

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°3
Septembre 2008

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé

- Chiffres et territoires : colloque international à Nantes 2
- Deuxième rencontre régionale nutrition santé 2

Actualité

- Santé Environnement en Baromètre 3

Brèves

4

Entretien

5

- Politique de développement santé et social :
Dominique Douay, maire-adjoint de Château-Thierry

Initiative

6

- Le recours à la santé des personnes âgées isolées

Focus : Les Pass

- Permanences d'accès aux soins de santé 8
- Les Pass en chiffres 9
- Pass en milieu rural : une action innovante et remarquable dans l'Oise 10

Données nationales

- L'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap 11

Brev'd'Europe

12

Europe

13

- Le réseau européen des CCAS

Doc

14

- Divers 14
- Géographie de la santé 15
- Sortir de la rue 15

Tribune libre

16

- Pour une éthique des maisons de retraite

Agenda

16

Les Pass

Dans le cadre de la loi du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions, des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ont été mises en place dans les établissements de santé. Ces cellules médico-sociales représentent un outil efficace pour faciliter l'accès des personnes démunies et en situation de grande précarité non seulement au système hospitalier, mais aussi aux divers réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Au plus court terme possible, les Pass ont pour objectif de permettre la reprise du suivi des soins dans une filière de prise en charge classique.

Une permanence d'accès aux soins de santé s'inscrit donc dans un partenariat fort, tant au sein de l'hôpital qu'avec les acteurs sociaux, les associations, les réseaux de santé, la médecine de ville... Ce travail en réseau est assurément gage d'avancée et de réussite, car la simple réponse concrète et technique aux difficultés de santé est loin d'être suffisante pour les publics concernés, même si elle représente une véritable reconnaissance de la personne et de ses souffrances. Il convient de se ménager régulièrement un temps de concertation et de réflexion entre les différents partenaires ; c'est ce que proposent les rencontres des comités de pilotage des Pass.

Le CHU Amiens-Picardie s'est ainsi engagé à ce que les difficultés sociales, quelles qu'elles soient la nature et l'importance, ne constituent jamais un frein à l'accès aux soins.

L'ensemble du service social hospitalier est impliqué dans le dispositif d'accès aux soins pour les personnes en situation précaire. Cet accompagnement est réalisé de manière transversale sur l'ensemble des différents services de l'établissement.

Au sein des urgences, l'accueil et la prise en charge en soins sont assurés sept jours sur sept par une infirmière d'accueil et d'orientation, par un médecin et une équipe soignante. Deux assistants sociaux se partagent le poste au niveau de la Pass et sont présents du lundi au samedi matin. Une fiche de liaison entre les équipes des urgences et le service social permet la transmission des informations pour les patients pris en charge en l'absence des assistants sociaux.

Différentes conventions ont permis la mise en place d'aides à la délivrance de médicaments, d'accès aux soins dentaires, aux transports (bus et taxi)... Un réseau de traducteurs a été référencé et un vestiaire permettant le change vestimentaire est accessible sept jours sur sept.

La permanence d'un agent de la Cpm au sein du CHU, à hauteur de deux demi-journées par semaine, permet une étude et un rétablissement des droits dans un bref délai après détection des difficultés, en lien direct avec les hospitaliers.

Les recommandations et les indicateurs sur l'organisation des Pass, récemment diffusés par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), témoignent de l'intérêt des instances concernées pour la poursuite des actions en faveur de l'accès aux soins des publics en situation de précarité. Il nous revient, en tant que professionnels du soin, conformément au devoir social que nous assigne notre statut d'agent du service public hospitalier et à l'aune de l'accroissement des phénomènes de précarité et de pauvreté, de tout mettre en œuvre pour l'accomplissement sans faille de cette mission.

Philippe Domy
Directeur général
CHU Amiens-Picardie

Chiffres et territoires : colloque international à Nantes

Quelles statistiques pour la connaissance et l'action publique en région ?

Ce colloque qui s'est tenu à Nantes du 2 au 4 juillet 2008 était organisé par cinq laboratoires de l'université de Nantes : le Centre nantais de sociologie (Cens), le Centre d'études sur les sociétés, les territoires et l'aménagement (UMR 6590 Eso-CNRS), Droit et changement social (UMR 3128 DCS-CNRS), le Laboratoire d'économie de Nantes (Len), Géolittomer (UMR 6554 LETG-CNRS) et par la Maison des sciences de l'homme (MSH) Ange-Guépin. Il a réuni 200 personnes appartenant à différents services de l'État, aux collectivités territoriales, à l'Insee et à des acteurs du monde associatif plus particulièrement concernés par les aspects d'observation. Les sessions étaient partagées entre plénières et ateliers thématiques.

Les thèmes portaient sur la connaissance chiffrée et l'action publique en région et sur les pratiques des observatoires régionaux sur la santé ou sur l'emploi et la formation. *Quelle observation avec quels observatoires*

au niveau des villes et des agglomérations ? et Les observatoires sont-ils des outils pour l'action publique en région ? complétaient par des interrogations le programme de ces journées. Un programme très alléchant dans le contexte d'une observation de plus en plus prépondérante dans les prises de décision. Deux ateliers, malheureusement en sessions parallèles, constituaient un intérêt particulier pour l'OR2S. Le premier, avec une intervention sur la spécificité du lien entre sanitaire et social en Picardie. La présentation centrée sur l'outil *Croisement d'informations régionalisées* et sur les premiers numéros de la *Plateforme sanitaire et sociale* a été très appréciée des participants de l'atelier qui ont été demandeurs de ces différents documents. Au cours de cet atelier, un débat a été engagé, d'une part, sur la différence entre le « chaud » et le « froid », autrement dit les aspects d'observation et de surveillance et, d'autre part, sur l'efficacité d'un système produisant plus d'informations dans la réduction des inégali-

tés de santé. Les avis furent partagés quant à cette dernière intervention.

L'autre atelier s'intéressait plus particulièrement aux aspects des observatoires qui sont en train de se mettre en place dans de nombreuses communes. Il est ressorti de ces échanges que, lorsque l'information est traitée de façon opérationnelle, elle permet à l'action publique de nouvelles ambitions et constitue une réelle aide à la décision.

En conclusion, la diversité des intervenants de par leur appartenance institutionnelle et la multiplicité des approches mises en place ont été la base d'échanges fructueux. Ainsi, cela a confirmé que de nombreux acteurs étaient désormais engagés dans la production et l'utilisation de divers outils de connaissance qui permettent des choix politiques, reposant sur de solides états des lieux.

Alain TRUGEON
OR2S

Deuxième rencontre régionale nutrition santé



Plus de cent-cinquante personnes ont assisté à la deuxième rencontre *Nutrition Santé* qui s'est déroulée le 26 juin dernier à l'amphithéâtre des écoles de l'Hôpital Sud d'Amiens.

Cette réunion a permis, non seulement de faire le bilan des actions menées en Picardie depuis 2003, mais également de mobiliser les acteurs de la région sur un projet fédérateur. En effet, depuis cinq ans, de nombreux projets ont été identifiés et un grand nombre d'acteurs ont répondu à l'appel à projets du groupement régional de santé publique pour l'un des trois objectifs prioritaires inscrits dans le plan régional de santé publique, à savoir : la malnutrition des personnes précaires, l'obésité de l'enfant et la dénutrition des personnes âgées.

Lors de cette assemblée, le référent régional PNNS, Henriette Noël, a proposé aux participants de constituer un réseau d'acteurs PNNS par le biais de la signature d'une charte. Cette proposition a fait l'unanimité de la salle. Quelques chartes signées ont d'ailleurs été remises ce jour là.

Enfin, afin de renforcer cette fédération, la création d'une association régionale a été également soumise et acceptée par l'assistance. Cette association regroupera deux réseaux : le réseau nutrition et le réseau pour la prévention et l'éducation du patient, sans statut juridique également. Elle sera l'interlocuteur privilégié des financeurs, en particulier du groupement régional de santé publique.

L'association « EPICURE prévention nutrition » co-présidée par le professeur Jean Daniel Lalau du CHU d'Amiens, pour la partie éducation, et par le docteur Jean-François Bouteleux de l'hôpital de Villiers-Saint-Denis, sur la partie nutrition, devrait voir le jour en octobre 2008.

Jeannine TISON, Urcam
Henriette NOEL, Drass Picardie

Santé Environnement en Baromètre

Le baromètre santé environnement 2007 est le premier baromètre consacré aux connaissances des Français sur les relations entre l'environnement et la santé. Il a fait l'objet d'une extension en Picardie, comme dans six autres régions françaises. Au total 1 312 Picards âgés de 18 à 75 ans ont participé à cette étude.

Par une approche centrée sur le cadre de vie et l'habitat de la population de France métropolitaine, le Baromètre Santé environnement appréhende les connaissances, attitudes et comportements des Français de 18 à 75 ans face à la perception des risques environnementaux. Il s'intéresse aux pollutions (atmosphérique, air intérieur et sols), à l'habitat et au logement, aux risques d'intoxication au monoxyde de carbone, au radon, à la qualité des eaux (du robinet et de baignade), aux légionelles, au bruit ainsi qu'à la téléphonie mobile.

Ce baromètre repose sur une enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de la population. L'institut de sondage Atoo a réalisé de janvier à fin juin 2007 la passation des questionnaires par téléphone. Un échantillon de 6 007 personnes, représentatif de la population française de 18 à 75 ans, a été interrogé dans le cadre de l'enquête nationale, et 1 312 Picards de 18 à 75 ans pour l'échantillon régional.

Avec la Picardie, six autres extensions régionales du Baromètre Santé environnement ont été réalisées avec les ORS : Aquitaine, Bretagne, Champagne-Ardenne, Île-de-France, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur¹. Seules les trois régions Aquitaine, Bretagne, Champagne - Ardenne et Provence - Alpes - Côte d'Azur ont pu participer à la démarche collective et ont rédigé une plaquette identique à celle faite en Picardie. En plus des résultats de la région, et afin d'observer d'éventuelles disparités entre les régions, des comparaisons interrégionales sont présentées. La Fnors a par ailleurs éditée une plaquette

approfondissant différences et similitudes entre les cinq régions.

72,3 % des Picards sont sensibles voire très sensibles à l'environnement (personnes ayant attribué une note de sensibilité comprise entre 7 et 10 sur une échelle allant de 1 à 10 ; plus la note est élevée plus la personne se dit sensible à l'environnement). La proportion de personnes sensibles à l'environnement est cependant plus faible en Picardie que pour la France métropolitaine.

Les Picards s'estiment *plutôt bien informés* des risques environnementaux sur la santé,

est observé au niveau national et dans les quatre autres régions étudiées.

De même, une part importante des Picards ne connaît pas les facteurs de risque de la légionellose. Parmi les personnes s'estimant *bien informées* sur le sujet, 45,9 % croient à tort qu'il est possible d'attraper la légionellose en buvant de l'eau, 44,4 % en mangeant, 32,4 % au contact de personnes infectées et 14,8 % au contact d'animaux. Elles sont plus de la moitié à ne pas savoir ou ne pas croire que la légionellose peut s'attraper en respirant (55,9 %) ou en prenant une douche (53,6 %). Des disparités concernant la connaissance des facteurs de risque de la légionellose existent entre les régions (après prise en compte du genre, de l'âge, du diplôme et du type de commune de résidence), les Picards étant les plus nombreux à ne pas savoir que la légionellose peut s'attraper en prenant des douches.

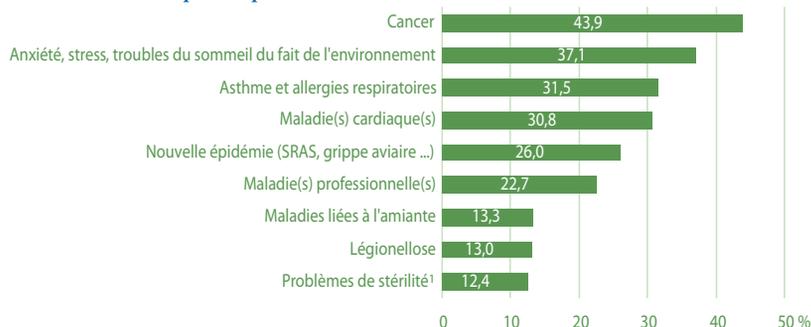
Lorsque l'on demande aux Picards s'ils craignent d'être affectés, au cours de leur vie, par des problèmes de santé liés à leur environnement, 43,9 % pensent courir un risque plutôt élevé d'être affectés par un cancer, 37,1 % par l'anxiété, le stress ou le trouble du sommeil, 31,5 % par l'asthme et les allergies respiratoires et 30,8 % par une maladie cardiaque. Comparativement aux quatre autres régions étudiées, et après prise en compte du genre, de l'âge, du diplôme, et du type de commune de résidence, ils sont globalement plus nombreux à craindre d'être affectés par des problèmes de santé liés à leur environnement.

Les Picards sont sensibles à l'environnement mais moins qu'au niveau national

que ceux-ci portent sur la qualité de l'eau du robinet (69,2 %), de l'air extérieur (66,3 %), du bruit (65,5 %) ou du monoxyde de carbone (63,8 %). Le sentiment d'information chute sensiblement lorsque l'on évoque la légionellose (52,1%), la pollution de l'air intérieur (44,8 %) ou la pollution des sols (43,7 %).

Le sentiment d'information déclaré ne reflète cependant pas forcément le niveau réel d'information. Ainsi, si 63,8 % des Picards ont le sentiment d'être *bien informés* sur le monoxyde de carbone et ses effets sur la santé, une personne sur cinq ne sait pas que le monoxyde de carbone est inodore. Le même constat

Craintes de courir un risque plutôt élevé d'être affecté, au cours de sa vie, par des problèmes de santé liés à son environnement



Nadège THOMAS,
ORS

Les résultats nationaux sont présentés dans le livre Baromètre santé environnement 2007 publié par l'Inpes.

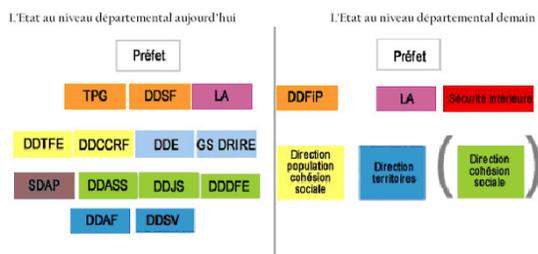
Plaquette téléchargeable sur le site de l'ORS



Plaquette téléchargeable sur le site de l'ORS



Réorganisation territoriale de l'État dans les départements



L'État en département va se réorganiser autour des besoins prioritaires des populations en couvrant les domaines de la sécurité, de la cohésion sociale, de la qualité des équipements publics et de l'environnement, de l'équité et du droit.

Ce nouveau contours de l'organisation territoriale de l'État suit les

conclusions du Conseil de modernisation des politiques publiques. Il se concrétise, dans les départements, par un socle composé de la préfecture, de l'inspection d'académie, de la direction départementale des finances publiques, des services chargés de la sécurité intérieure, de la direction départementale des territoires et la direction départementale de la population et de la cohésion sociale, laquelle peut éventuellement être scindée en deux directions distinctes.

La direction de la population et de la cohésion sociale assurera les missions de veille sanitaire et de sécurité dans les domaines de l'alimentation et de la protection des consommateurs, ainsi que celles liées à la cohésion sociale. Elle sera constituée notamment à partir des services en charge de la cohésion sociale de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass), des services de la préfecture chargés des questions sociales, de la direction départementale de la jeunesse et des sports (DDJS), du service départemental pour le droit des femmes et l'égalité (SDFE) et de la direction départementale des services vétérinaires (DDSV). L'unité territoriale de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi relève de cette direction.

La direction des territoires traitera des politiques à impact territorial, en s'appuyant notamment sur les actuelles directions départementales de l'équipement et de l'agriculture et les services «environnement» des préfectures. Les «unités territoriales» des directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (ex-subdivisions des directions régionales de l'industrie, de la recherche et de l'environnement) et de la direction régionale des affaires culturelles (SDAP) relèveront de cette direction pour ce qui concerne leurs activités s'inscrivant dans les compétences du préfet de département.

(www.somme.pref.gouv.fr)

Le Ciss et la réforme du système de soins

Dans un livre blanc qu'il vient de publier « Santé, changer de logiciel, pour une refondation de notre pacte social de santé », le



Collectif interassociatif sur la santé (CISS) veut faire entendre la voix des usagers sur l'avenir du système de soins.

Le livre blanc rassemble 40 propositions réparties en sept fiches :

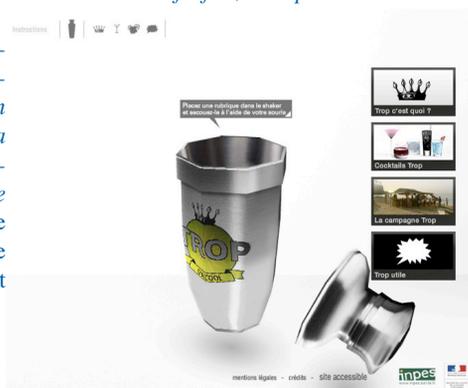
- financer la santé et la maintenir accessible ;
- mieux organiser la santé ;
- garantir la qualité des soins ;
- poursuivre la démocratie sanitaire ;
- conforter les droits individuels des patients ;
- la santé de demain ;
- les urgences populationnelles : autant de défis !.

Parmi les enjeux, le Ciss souhaite attirer l'attention sur certaines problématiques comme celles de la qualité des soins, celles en relation avec l'amélioration de la prise en charge de certaines populations dont sont connues les difficultés grandissantes d'accès aux soins.

La vente d'alcool aux mineurs interdite en 2009

Afin de lutter contre les phénomènes d'alcoolisation massive chez les jeunes, Roselyne Bachelot a confirmé le débat au parlement sur l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs. La loi Patients, santé, territoires devrait être présentée à l'Assemblée nationale en principe d'ici janvier 2009. L'application de la loi définitivement votée se ferait alors au cours du second semestre 2009. La vente d'alcool aux mineurs, même en deçà de 16 ans et les "open bars", consommation illimitée d'alcool au forfait, sont particulièrement visés.

Roselyne Bachelot prend en exemple les mesures d'interdiction prises dans d'autres pays de l'Union européenne, et la mortalité liée à la consommation d'alcool pour argumenter le projet de loi. Elle souligne par ailleurs que "les indicateurs de diminution des accidents de la route chez les jeunes sont extrêmement encourageants".



Le site internet Boire trop lancé par l'Inpes au cours de l'été 2008 (<http://www.boiretrop.com/trop.html>)

Controverse autour d'une circulaire

Le CoMeGas (collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins) vient d'écrire à la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde). L'objet de la dispute est la publication fin août d'une circulaire par l'Assurance maladie (CIR 32/2008) sur la notion de refus de soins par les médecins pour les personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Le CoMeGas reproche ainsi à l'Assurance maladie d'autoriser les médecins à porter plainte contre certains de leurs patients bénéficiaires de la CMU complémentaire auprès du conciliateur pour des griefs comme les retards injustifiés aux rendez-vous, les rendez-vous manqués ou annulés, les traitements non suivis ou interrompus, les exigences exorbitantes...

Et le CoMeGas de s'interroger sur le caractère discriminatoire de la circulaire, voire illégal en ce qui concerne l'observance, et sur le fait que ces procédures de plainte ne concernent pas les autres patients, non bénéficiaires de la CMU complémentaire, lesquels peuvent tout autant avoir des comportements semblables.

Politique de développement santé et social :

Dominique Douay, maire-adjoint de Château-Thierry

Berceau de Jean de la Fontaine, la ville de Château-Thierry, bien que située à proximité de Reims et de Paris, se positionne comme la capitale du Pays du Sud de l'Aisne.

Dominique Douay, adjointe à la restauration collective, aux activités physiques pour tous et à la prévention santé a accepté de participer à cet entretien pour dévoiler les grandes lignes de la politique de développement santé et social de la nouvelle équipe municipale.

Jeannine Tison : Dominique Douay, pouvez-vous dire qui vous êtes ?

Dominique Douay : Je suis professeur d'éducation physique au lycée Jean de la Fontaine. J'ai accepté de prendre cette mission au sein du conseil municipal eu égard aux constats que j'ai pu faire parmi mes élèves dans le cadre de mes cours, mais également dans celui du comité d'éducation à la citoyenneté, et à la culture (CESCC), dont je fais partie dans mon établissement.

En effet, 80 % des élèves qui fréquentent ce lycée sont issus des villages très ruralisés environnants. La précarité pour ces jeunes n'est pas essentiellement sociale, elle est avant tout culturelle et éducative. Ils n'ont pas facilement accès aux animations, expositions, clubs ou événements sportifs.

En parallèle, de nombreuses entreprises ferment sur le secteur et l'accompagnement social de la population devient une préoccupation journalière.

Enfin, on constate un noyau de précarité principalement en ville, avec des problèmes de toxicomanie et d'addiction.

J.T. : Comment se situe Château-Thierry par rapport à la Picardie ?

D.D. : Il est vrai que Château-Thierry est plus proche de Reims et de Paris que d'Amiens, qui est à plus de deux heures de route.

Nous avons le sentiment d'appartenir à la Champagne du fait même de notre économie liée à la viticulture.

En ce qui concerne le recours aux soins et la

vie quotidienne, les habitants font plus appel à Reims ou Paris, par exemple, qu'à Amiens.

Néanmoins, je souhaite, avec l'appui de Jacques Krabal, maire de Château-Thierry, et de notre équipe, créer une réelle dynamique territoriale : ville, communauté de communes, Pays du Sud de l'Aisne.

Cette dynamique nous permettra de nous inscrire pleinement dans la politique de la région Picardie.

Réaliser un diagnostic partagé sur les plans sanitaire social, économique et professionnel

J.T. : Justement, quel est votre projet ?

D.D. : La communauté de communes de la région de Château-Thierry, qui compte environ 31 000 habitants, draine tous les villages ruraux des environs. L'union des communautés de communes (UCCSA) regroupe quant à elle cent-vingt-quatre communes, soit environ 70 000 personnes.



Jacques Krabal, maire de Château-Thierry



Dominique Douay, maire-adjoint

Notre idée est de mobiliser tous ces acteurs afin de mettre en place une réflexion commune, que ce soit sur le plan de la prévention santé, du développement sportif et culturel et d'étendre cette mobilisation au Pays du Sud de l'Aisne.

Beaucoup d'initiatives ont été prises par l'équipe municipale précédente.

En effet, de nombreuses actions tournant autour de la santé, en particulier la nutrition, ont été lancées.

À présent, elles nécessitent d'être étendues et développées.

C'est pourquoi, notre ambition est, bien sûr, de tenir compte de ces actions et de les conforter, mais avant tout de mobiliser le territoire de l'Omois en réalisant un diagnostic partagé tant sur le plan sanitaire que social, économique et professionnel ; tout ceci pour aboutir à un véritable Plan territorial de santé.

En effet, plus de cent associations, culturelles, sportives, de loisir, de solidarité et de proximité existent sur ce pays, avec lesquelles nous devons travailler.

Les maires des petites communes se sentent démunis et sont demandeurs d'outils, de méthodes et, encore une fois, de mutualisation des actions et des idées.

J.T. : Comment s'intitule votre projet ?

D.D. : Ce projet, qui aura comme objectif de rassembler et de mutualiser tous les acteurs s'intitule « Château-Thierry et l'Omois : Tous en forme ».

Le recours à la santé des personnes âgées isolées

Une étude réalisée par le service social de la Cram Nord - Picardie met en évidence des freins au recours aux soins des personnes âgées.

L'accès aux soins, le droit à la santé et à la prévention pour tous, constituent un enjeu sociétal majeur aujourd'hui. La question devient cruciale pour les personnes avec de faibles revenus, dont les personnes âgées. L'échelon d'Amiens du service social de la Cram a réalisé en 2005 une étude sur cette thématique cœur de sa mission, auprès de trente-six bénéficiaires titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées domiciliés à Amiens et âgés de 60 à 75 ans. Elle est issue d'un partenariat existant avec le centre d'examen de santé de la Cram de la Somme qui propose des bilans de santé préventifs, adaptés aux seniors âgés de 60 à 75 ans, et développe son offre de service en faveur de publics en situation de précarité.

Cette étude qualitative, avait comme finalité, d'éclairer, par le recueil de témoignages, notre réflexion sociale et l'élaboration d'hypothèses d'actions pouvant en découler. Un questionnaire élaboré par des assistantes de service social, articulé autour de trois axes : l'accès aux soins, l'environnement de la personne et l'examen préventif de santé, a été présenté aux personnes, à leur domicile. S'il n'y a pas eu constitution d'un échantillon représentatif au sens statistique du terme, nous avons souhaité nous mettre en relation, dans un premier temps, avec des personnes peu consommatrices de soins afin de nous situer dans l'axe de la prévention.

De nombreux freins mis en évidence...

Notre recherche, avec les moyens dont nous disposons, ne nous a pas permis de rencontrer un public peu ou pas médicalisé : il semble qu'une proportion assez importante de la population, dès 60 ans, soit suivie très régulièrement par les médecins généralistes. À partir de cette remarque, la question a émergé de savoir si les personnes âgées de plus de 60 ans, vivant d'un revenu minimum, avaient une médicalisation plus importante qu'une population moins précaire mais avec une santé plus déficiente. C'est ainsi que seules trois des trente-six personnes rencontrées ne relèvent pas d'un suivi régulier de leur médecin traitant.

Autour de l'accès aux soins, nous avons relevé une adhésion, malgré des ressources modestes, à une couverture santé pour trois personnes sur quatre, en dehors des personnes qui peuvent prétendre à la CMU-C. Son financement représente cependant une charge importante. A contrario, une personne sur cinq ne bénéficie

pas de couverture complémentaire. Malgré la couverture santé, le coût des soins peut rester problématique notamment lorsqu'il faut faire l'avance des frais. Treize personnes déclarent ainsi renoncer à consulter pour cette raison.

Le reste à charge, après intervention du remboursement de Sécurité sociale et de l'organisme complémentaire, est signalé comme trop important, spécifiquement pour les frais d'optique, dentaire, ou de dépassement d'honoraires. Les freins financiers, importants pour une partie des personnes, peuvent les amener à différer certains soins, voire à y renoncer, comme pour les soins annexes à leur pathologie principale.

... dont ceux financiers mais aussi la peur, la gêne ou la défiance

Au delà du frein financier, les personnes ont exprimé d'autres freins, comme la nécessité d'être rassurées et accompagnées, la peur de ne pas comprendre ou d'être seules face à un médecin non connu (le spécialiste)... Une attitude fataliste peut s'installer : «ça peut attendre», «on s'en arrange», «je fais sans mes dents», dit une personne sans appareil dentaire depuis 30 ans, voire une attitude générale de renoncement : «ça ne sert à rien, ce n'est pas la peine...»

Parmi d'autres freins, on peut citer la peur d'avoir mal (dentiste), la gêne (rapport intime au corps de la consultation gynécologique) ; la peur de savoir, qui génère des consultations sans suite ou le manque de confiance dans le professionnel de santé faisant qu'une personne a cessé le suivi avec le diabétologue parce que trop questionnée sur son alimentation.

A contrario, la totale confiance dans le médecin traitant peut exister mais si ce dernier n'aborde pas le domaine de la prévention, le patient ne demande pas de soins supplémentaires. Une personne, présentant une pathologie visuelle importante, illustre bien ce propos : «Les choses de ma santé, je ne m'en occupe pas, la vue prend tout».

Autour de l'environnement des personnes, nous avons plus particulièrement pointé la question de l'alimentation. Les produits frais, poissons, fruits et légumes sont peu consommés en raison du coût. Les personnes isolées évoquent une perte d'intérêt par rapport au repas et à sa préparation. Des comportements alimentaires mal adaptés peuvent se développer... Les familles assurent cependant présence et aide pour une majorité des personnes rencontrées.

Le bilan de santé préventif intéresse environ dix-neuf personnes sur trente-trois et sept l'ont déjà passé. Son aspect pratique, le gain de temps (plusieurs examens le même jour, sur le même lieu) rassure et intéresse. La possibilité de pouvoir vérifier la vue et l'état dentaire constitue une motivation importante, de même que les tests de mémoire ou la rencontre avec une diététicienne. Sa gratuité constitue bien sûr un atout... On pointera cependant que l'intérêt manifesté pour le bilan n'est pas forcément traduit dans les actes : seules sept sur les dix-neuf personnes se sont déplacées pour un bilan dans les mois qui ont suivi l'entretien social. Les personnes qui se sont déclarées peu intéressées par le bilan font, en fait, confiance à leur médecin traitant. Elles invoquent aussi la question du déplacement, de l'accompagnement. Enfin, une personne déclare ne pas pouvoir sortir à jeun.

De manière très synthétique, cette étude nous a amené à émettre quelques remarques.

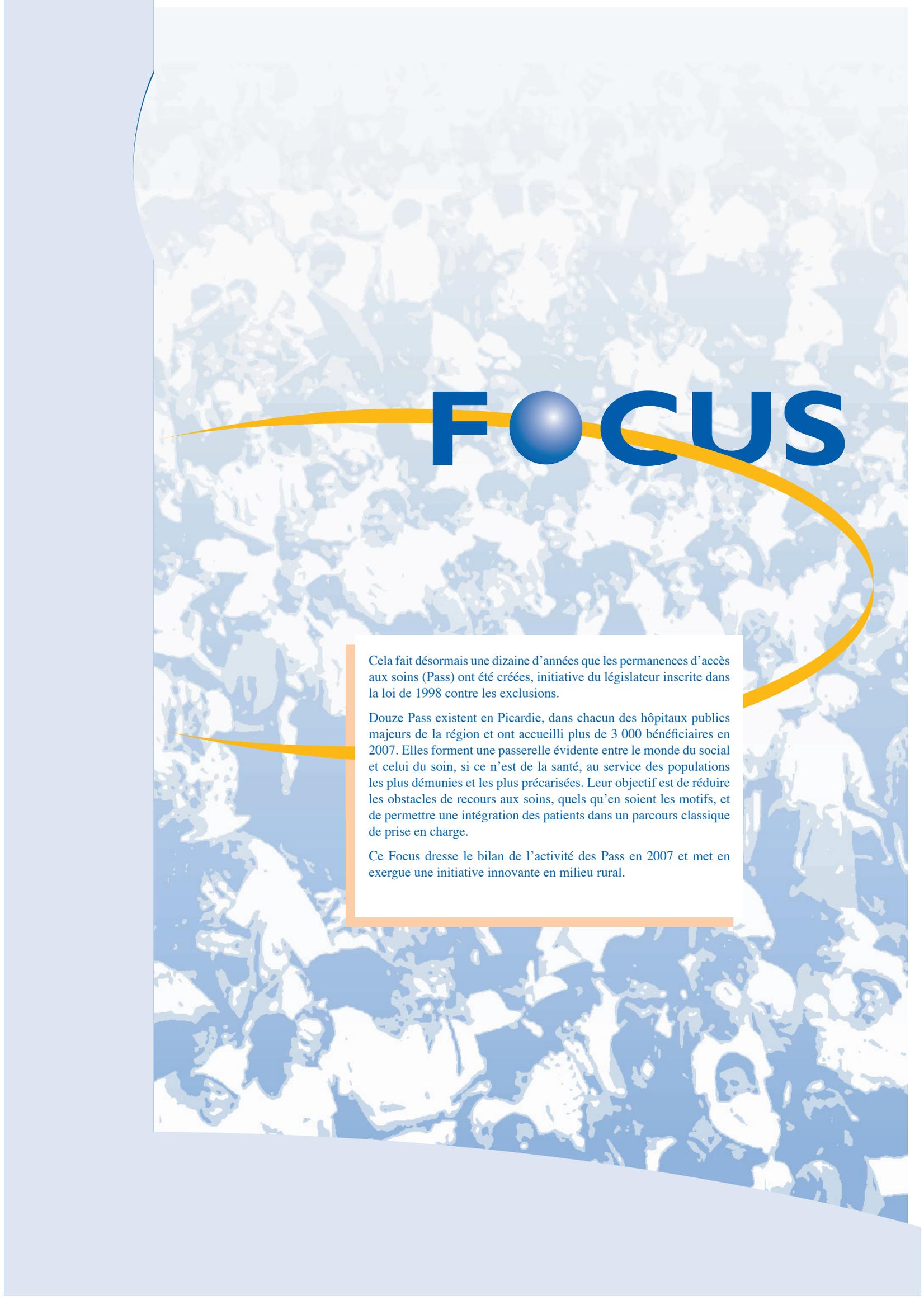
Au delà des suivis médicaux effectués par le médecin traitant, la prévention santé auprès de ce public senior, de moins de 75 ans et aux ressources faibles, revêt tout son intérêt. Les soins dentaires, de vision, de pédicure sont souvent ignorés : la précarité pouvant constituer un véritable frein. Les conduites alimentaires paraissent aussi être en lien, en partie, avec cet aspect économique...

Depuis cette étude, la Sécurité sociale propose une aide financière à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé qui peut apporter un soulagement aux personnes. Nous avons constaté que les personnes étaient souvent mal informées de leurs droits en matière de couverture santé et relevé aussi que des peurs, des réticences complexes à la prévention pouvaient exister...

La proposition d'un bilan de santé adapté aux seniors a suscité un réel intérêt chez une majorité des personnes. Cette étude a permis de poursuivre nos liens avec le centre de prévention et d'examen de santé et ses professionnels de santé, ainsi qu'avec la caisse primaire d'assurance maladie, convaincus de la nécessité des articulations entre le social et le médical...

GENEVÈVE JAMMET
Assistante sociale cadre
Service social CRAM Nord Picardie

Étude réalisée par D. Mermer, M. Mongrenier, M.-P. Mourcron, G. Jammet, et la participation de N. Latapie-Cope, Action d'expertise auprès de 36 personnes âgées de 60 à 75 ans titulaires de l'allocation spéciale vieillesse, 2005



FOCUS

Cela fait désormais une dizaine d'années que les permanences d'accès aux soins (Pass) ont été créées, initiative du législateur inscrite dans la loi de 1998 contre les exclusions.

Douze Pass existent en Picardie, dans chacun des hôpitaux publics majeurs de la région et ont accueilli plus de 3 000 bénéficiaires en 2007. Elles forment une passerelle évidente entre le monde du social et celui du soin, si ce n'est de la santé, au service des populations les plus démunies et les plus précarisées. Leur objectif est de réduire les obstacles de recours aux soins, quels qu'en soient les motifs, et de permettre une intégration des patients dans un parcours classique de prise en charge.

Ce Focus dresse le bilan de l'activité des Pass en 2007 et met en exergue une initiative innovante en milieu rural.

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins et d'accompagnement social.

Une équipe pluridisciplinaire (assistante sociale, médecin référent, infirmière, psychologue, accompagnateur social, secrétaire...) basée dans un espace dédié dans les hôpitaux doit permettre d'articuler l'intervention avec les dispositifs locaux pour :

- répondre aux besoins sociaux et médicaux des différents types de public du territoire ;
- en complémentarité et en partenariat avec les autres secteurs sanitaires et sociaux ;
- en cohérence avec les plans régionaux ;
- selon des modes d'organisation adaptés aux besoins.

L'organisation des Pass s'appuie sur un cadre juridique

La loi du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions, a instauré les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) en faveur des personnes en situation précaire et dans le cadre de ces programmes, les permanences d'accès aux soins de santé (Pass).

En effet, en application de l'article L6112-6 du code de la Santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public

hospitalier doivent mettre en place ces permanences. Elles comprennent, notamment, des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

Le 15 février 2008, une plaquette d'information a été diffusée à l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux de la région. Cette plaquette est téléchargeable sur les sites de la Drass (www.picardie.sante.gouv.fr) et de l'ARH (www.parthage.sante.fr).

Qu'en est-il en Picardie ?

Douze permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ont été mises en place dans la région au 31 décembre 2007, en réponse à un contexte sanitaire et social défavorable.

Peut être bénéficiaire des Pass, toute personne présentant un problème de santé (santé telle que la définit l'OMS) et répondant au minimum à l'un des critères suivants :

- une rupture de lien social ;
- une absence de logement stable ou logement précaire ;
- un problème de couverture sociale ;
- une difficulté d'accès ou de recours aux soins.

En mai 2008, le bilan d'activité des Pass de Picardie pour l'année 2007 dénombre 3 143 personnes qui ont eu recours aux Pass en Picardie (1 164 dans l'Aisne, 838 dans l'Oise et 1 141 dans la Somme).

Pour la région, la fréquentation des hommes est légèrement supérieure (51 %) à celle des femmes (49 %). Cette majorité masculine est surtout significative pour les Pass du département de l'Oise qui comptabilisent 54 % d'hommes contre 46 % de femmes. Les Pass du département de l'Aisne indiquent un pourcentage de femmes légèrement supérieur à celui des hommes : 51 % contre 49 %. Les Pass de la Somme ont une fréquentation hommes/femmes identique.

Pour les Pass des trois départements, le critère le plus identifié chez les bénéficiaires est la difficulté d'accès et/ou de recours aux soins. Ce critère regroupe les items suivants : freins culturels, administratifs et législatifs, psychologiques, difficultés d'accès géographiques, absence de référent santé.

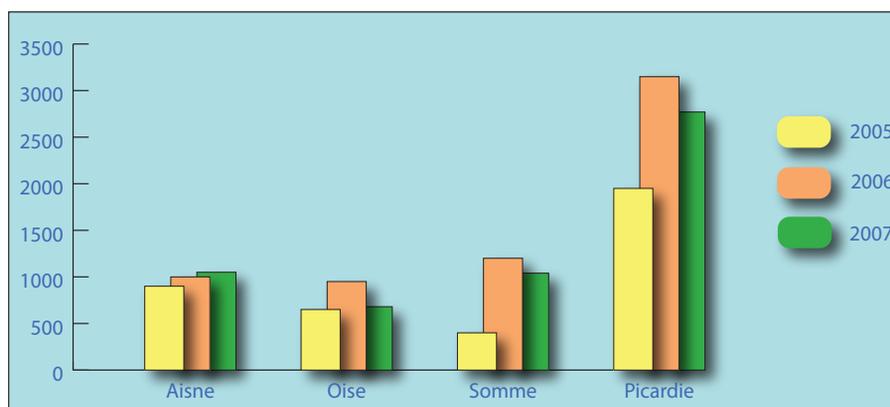
À partir de la Pass, les bénéficiaires peuvent être réorientés vers une :

- consultation intra hospitalière ;
- consultation extra hospitalière ;
- orientation psychiatrique (consultation et/ou hospitalisation).

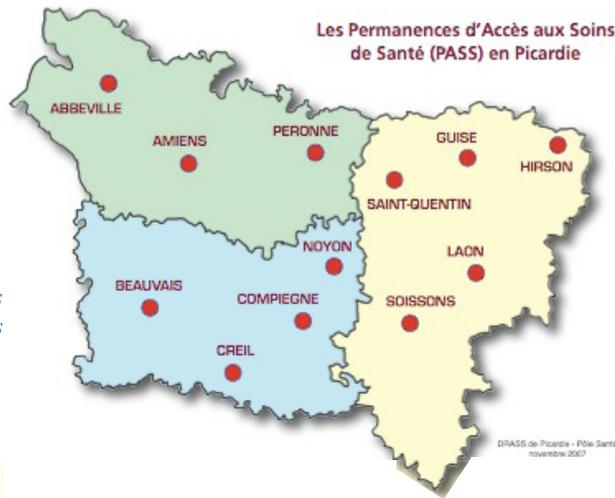
Enfin, certaines Pass délivrent gratuitement des médicaments.

Jeannine TISON, Urcam Picardie
Henriette NOEL, chef de projet Pass – Drass de Picardie

Activité des Pass dans les départements et la région



LES PASS EN CHIFFRES



Ces données ont été établies à partir des bilans annuels 2007 des douze permanences d'accès aux soins de santé.

Nombre de bénéficiaires

- Aisne : 1 164
- Oise : 838
- Somme : 1 141
- Picardie : 3 143

En 2006, l'activité des Pass a doublé par rapport à 2005. En 2007, une légère baisse est constatée qui s'explique par une moindre fréquentation des bénéficiaires des départements de l'Oise et de la Somme.

Genre

- Aisne : hommes : 49 %, femmes : 51 %
- Oise : hommes : 54 %, femmes 46 %
- Somme : hommes : 50 %, femmes : 50 %
- Picardie : hommes : 51 %, femmes : 49 %

Classes d'âge

- Moins de 18 ans : 7 %
- 18/25 ans : 19 %
- 26/59 ans : 50 %
- 60 ans et + : 24 %

Pour les trois départements, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 26/59 ans. C'est aussi celle qui est la plus importante dans la population.

La tranche d'âge minoritaire est celle des moins de 18 ans, sauf pour les Pass du département de l'Oise où la population la moins nombreuse est celle des 60 ans et plus.

Nationalité

- Française : 74 %
- Union européenne : 2 %
- Hors Union européenne : 24 %

Une particularité pour les Pass du département de l'Oise par rapport aux deux autres départements (comme en 2006) : les bénéficiaires relevant de l'Union européenne et hors Union européenne sont majoritaires (65 %) contre 35 % pour ceux de nationalité française.

Bénéficiaires selon les critères identifiés

- Difficultés d'accès/recours aux soins : 1 821
- Rupture du lien social : 1 248
- Défaut de couverture sociale : 1 337
- Absence de domicile fixe : 1 052

Le critère le plus fréquent identifié chez les bénéficiaires est la difficulté d'accès et/ou recours aux soins.

Ce critère regroupe les items suivants : freins culturels, administratifs et législatifs, psychologiques, difficultés d'accès géographiques, absence de référent de santé.

Freins identifiés

- Administratifs et législatifs : 1 615
- Culturels : 1 165
- Financiers : 1 144
- Psychologiques : 598
- Liés à l'absence de référent santé : 431
- Géographiques : 231

Les Pass de l'Oise et de la Somme ont identifié chez les bénéficiaires reçus une majorité de freins administratifs et législatifs, les Pass de l'Aisne, une majorité de freins culturels.

Les pathologies rencontrées

- Altération de l'état général : dénutrition, déshydratation, hypothermie.
- Pathologies dermatologiques, pneumologiques, cardiaques, neurologiques, infectieuses.
- Pathologies liées aux conduites addictives HTA, diabète.
- Dépistage HIV, hépatite.
- Souffrances psychiques et psychologiques.
- Syndrome post-traumatique.
- Lésions suite aux blessures reçues dans le pays d'origine.



- Les PASS de l'Aisne**
 - CH Guise, 888 rue des Docteurs Devillers - 03.23.51.55.69
 - CH Hirson, 80 rue aux Usages - 03.23.38.82.57
 - CH Laon, 33 rue Marcellin Berthelot - 03.23.24.31.12
 - CH Saint-Quentin, 1 avenue Michel de l'Hospital - 03.23.56.73.62
 - CH Soissons, 46 avenue du Général de Gaulle - 03.23.75.72.89
- Les PASS de l'Oise**
 - CH Beauvais, 40 avenue Léon Blum - 03.44.11.20.74
 - CH Compiègne, 8 avenue Henri Adrien - 03.46.33.60.29
 - CH Creil, Boulevard Lattre - 03.44.81.89.04
 - CH Nogent, avenue Adolphe Lemaire - 03.44.44.46.12
- Les PASS de la Somme**
 - CH Abbeville, 43 rue de l'Isle - 03.22.25.37.21
 - CH Amiens Nord, Place Victor Paschet - 03.22.66.80.70
 - CH Péronne, Place du Jeu de Paume - 03.22.83.60.13

LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Les PASS en Picardie

Qu'est ce qu'une PASS ?

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Pour Qui et Pourquoi ?

Pour tout public présentant un problème de santé et en difficulté d'accès aux soins en vue de :

- Permettre et faciliter l'accès aux soins et l'accès aux droits
- Apporter une aide concrète pour les problèmes liés aux besoins vitaux (hébergement, alimentation, hygiène et santé) en partenariat avec les acteurs locaux

Comment ?

- Un espace d'accueil, d'évaluation, d'information, de prise en charge et d'orientation, installé dans les hôpitaux
- Un accompagnement assuré par une équipe pluridisciplinaire (assistant(e) social(e), médecin référent, infirmière, psychologue, accompagnateur social, secrétaire...)
- Une intervention en articulation avec les dispositifs locaux pour :
 - répondre aux besoins sociaux et médicaux des différents types de public du territoire
 - en complémentarité et en partenariat avec les autres acteurs sanitaires et sociaux
 - en cohérence avec les plans régionaux
 - selon des modes d'organisation adaptés aux besoins

La Drass et les Ddass, l'ARH et le GRSP ont édité une plaquette dans l'objectif de valoriser les activités et missions des Pass de la région. Leur diffusion a été faite au cours du premier trimestre 2008 auprès des différentes structures et partenaires de la région.

Cette stratégie de communication a pour objectifs d'optimiser l'accueil et la prise en charge des bénéficiaires fréquentant les Pass et de favoriser la coordination d'actions au plus près des personnes et des territoires en renforçant les liens entre la santé et le social, entre la prévention et les soins dans une optique de démarche partagée auprès des personnes précaires.

PASS EN MILIEU RURAL : UNE ACTION INNOVANTE ET REMARQUABLE DANS L'OISE

Le centre hospitalier de Beauvais, en partenariat avec la MSA de l'Oise, la délégation territoriale à la solidarité de l'Oise et la Cpm de Beauvais et différents partenaires locaux, ont assuré les transports vers les professionnels de santé grâce à une accompagnatrice santé.

Fort du constat de non-recours aux soins dans certains cantons particulièrement précaires et isolés : Crèvecœur-le-Grand, Formerie, Grandvilliers, Marseille-en-Beauvaisis, Songeons, Auneuil, Chaumont-en-Vexin et le Coudray-Saint-Germer, le centre hospitalier de Beauvais, la MSA de l'Oise, la délégation territoriale à la solidarité de l'Oise (conseil général de l'Oise), la Cpm de Beauvais ainsi que les centres sociaux ruraux, les missions locales et diverses associations, ont conçu une procédure innovante d'accompagnement des personnes en difficulté issues du milieu très ruralisé.

Le projet a pour objectif de favoriser l'accès et le recours aux soins par l'accompagnement des populations en situation de précarité et d'isolement géographiquement ou ne bénéficiant pas de solidarité familiale ou de voisinage. Il s'agit pour les partenaires d'assurer les transports vers les professionnels de santé ambulatoires et/ou hospitaliers, en s'appuyant sur la relation entre le futur bénéficiaire du dispositif, le travailleur social qui a instruit la demande et l'accompagnatrice santé.

Le rôle de l'accompagnatrice santé est différent de celui du travailleur social. Il est prépondérant puisque l'accompagnatrice santé assure la médiation et le suivi du bénéficiaire.

Elle propose, tout en laissant libre, autonome et responsable la personne, un soutien et ainsi permet de dédramatiser les problèmes, de lever les freins psychologiques, socio-culturels (perception de la maladie, crainte du diagnostic...) et d'enclencher la démarche de soins.

Le bilan de l'année 2007 a permis de mettre en évidence l'intérêt de ce dispositif. En effet, 387 personnes ont été concernées, avec un accompagnement pour certaines sur le long terme.

Les accompagnements se font principalement sur les secteurs de Grandvilliers, Formerie et Songeons et les orientations médicales ambulatoires se font principalement auprès des dentistes, ophtalmologistes, orthophonistes, pharmaciens et psychiatres.

En ce qui concerne l'hôpital de Beauvais, les demandes de soins sont réparties de manière homogène, avec quelques pics en alcoologie, en ORL, en orthoptie et en psychologie.

Actuellement, cette action, avec une montée en charge permanente, pose quelques problèmes :

- un risque de perdre en qualité. Il est de plus en plus difficile de fixer des rendez-vous dans un délai raisonnable ;
- le nombre de ressortissants du régime agricole pris en charge est très faible par rapport à la population générale. La

MSA, qui porte le projet, s'interroge sur sa légitimité ;

- étant donné l'impact de cette action, il serait intéressant de la développer sur d'autres territoires très ruralisés de l'Oise, mais également des deux autres départements.

Pour l'année 2008, la MSA de l'Oise a déposé une nouvelle demande de financement auprès du groupement régional de santé publique en attente de trouver une association permettant de développer cette action sur la région.

Jeannine TISON
Urcam Picardie

Contact : Laurence VIEVILLE, responsable ASS, MSA de Beauvais

Prix MSA et territoires santé 2005

10

Cette action partenariale autour de l'accès au soin poursuit le travail commencé dès le milieu des années 2000. À l'époque, Daniel Adam, premier vice-président, avait reçu le 13 décembre 2005, au nom de la MSA de l'Oise le Trophée « Organisation et offre de soins » pour l'action santé menée en milieu rural : l'accompagnement aux soins.

Parmi ses nombreuses missions, l'accompagnatrice santé est chargée de faire le lien avec les professionnels de santé, de négocier les rendez-vous médicaux en cherchant à réduire les délais, d'entretenir la motivation pour une meilleure adhésion à la démarche de soins.



photo : Amina Paquiri

Daniel Adam, 1^{er} vice-président de la MSA et Pascale Keusch du centre hospitalier de Beauvais, ont reçu le prix MSA et territoires santé 2005

L'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap



À partir de l'enquête AAH 2007, la Drees constate que les personnes bénéficiaires de l'AAH sont souvent éloignées du marché du travail.

Entre juin 2005 et juillet 2006, 330 000 personnes, âgées en moyenne de 45 ans, ont obtenu une réponse à leur demande d'allocation aux adultes handicapés (AAH). Leurs demandes sont motivées par une déficience motrice (29 %), une déficience psychique (25 %), une déficience viscérale (tumeurs, infections virales..., 17 %), ou une déficience intellectuelle, principalement liée à un retard mental (13 %).

Seules 20 % d'entre elles travaillent pour 64 % de la population métropolitaine active âgée de 15 à 64 ans (Insee, 2007) : 13 % ont un emploi ordinaire, 7 % sont en établissements et services d'aide au travail (Esat). Le pourcentage de demandeurs travaillant en milieu ordinaire est plus faible parmi ceux à qui l'AAH a été accordée (9 %) que parmi ceux qui se l'ont vu refuser (23 %). Si l'on exclut les personnes handicapées travaillant en Esat, 53 % des demandeurs sont au chômage. Pris en compte, ce pourcentage est ramené à 43 %. Au total, 73 % des demandeurs pour qui l'AAH a été accordée sont considérés comme inactifs, soit ni chômeurs ni en emploi. Cette proportion n'est que de 45 % chez les demandeurs qui se sont vus refuser l'AAH. Enfin,

60 % des personnes handicapées depuis l'enfance sont inactives contre 65 % de celles qui le sont devenues plus tardivement.

Des différences selon la déficience sont observées. Ainsi, les personnes atteintes d'une déficience sensorielle sont plus nombreuses à avoir un emploi ordinaire : 25 % contre 13 % pour les autres. À l'inverse, les demandeurs les moins représentés sur le marché du travail sont ceux atteints d'une déficience psychique ou intellectuelle (9 %). 10 % des demandeurs handicapés depuis l'enfance travaillent en milieu ordinaire (15 % pour les autres demandeurs) et 45 % n'ont jamais travaillé (8 %). Ils exercent plus souvent en Esat : 17 % contre 2 % des autres demandeurs.

Plus des trois quarts des demandeurs qui travaillent en milieu ordinaire sont salariés et 8 % travaillent à leur compte. La moitié travaille à temps partiel mais la moitié de ceux-ci souhaite travailler plus. Les hommes sont principalement ouvriers (50 %) et les femmes employées (71 %). Seulement 15 % des demandeurs ont toujours ou presque toujours travaillé. Près de la moitié des personnes qui ont perdu leur emploi, l'a perdu pour des raisons de santé. Parmi les personnes âgées de 20 à 59 ans qui ne travaillent pas, 43 % souhaiteraient travailler.

Sophie PILLERON
OR2S

Téléchargeable sur

www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er640

Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse. Résultats provisoires de l'enquête ES 2006.

Selon les résultats provisoires de l'enquête *Établissements sociaux et médico-sociaux* menée par la Drees en 2006 auprès des établissements et services pour personnes handicapées, le nombre d'établissements ainsi que celui de places ont augmenté depuis 2001 en France, respectivement de 23 % et 19 %. La plus forte évolution a concerné les foyers d'accueil médicalisé (FAM), respectivement 62 % et 46 %. Néanmoins, leur capacité d'accueil, 13 400 places au 31 décembre 2006, reste inférieure à celle des autres structures : les foyers occupationnels ou de vie (43 400 places), les foyers d'hébergement (37 700 places), les maisons d'accueil spécialisé (19 600 places). Au 31 décembre 2006, environ 200 000 personnes handicapées étaient prises en charge par ces établissements, les hommes restant majoritaires : 60 % dans les établissements et services d'aide au travail (Esat) et 56 % dans les structures d'hébergement.

Dans ces deux types de structures, les personnes accueillies sont majoritairement âgées de 35 à 44 ans : 31 % dans les Esat et 28 % en hébergement. L'entrée dans ces établissements s'effectue à un âge jeune : 28,5 ans en moyenne pour l'entrée dans les Esat et 34,6 ans en moyenne pour les structures d'hébergement. L'ancienneté moyenne est de 11,5 ans dans les Esat et 10,3 ans dans les établissements hébergeant les personnes handicapées. En 2006, environ 14 000 personnes ont changé d'établissement ou en sont définitivement sorties, soit 6 % des effectifs. Cependant, plus de la moitié

des sortants sera, par la suite, hébergée ou accueillie en journée dans un autre établissement médico-social.

Déroulement de la vie professionnelle	Accords AAH	Refus AAH	Ensemble	Personnes handicapées depuis l'enfance	Personnes handicapées plus tardivement
Ensemble des personnes qui ont déjà connu un emploi régulier	52 %	68 %	57 %	35 %	65 %
A toujours alterné emploi-chômage	14 %	16 %	15 %	8 %	17 %
N'a jamais travaillé ou a connu de longues périodes d'inactivité	34 %	15 %	28 %	56 %	18 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : Drees, enquête AAH, 2007



Téléchargeable sur

www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er641.pdf

AGENDA SOCIAL RENOUVELÉ



Les 2 et 3 juillet, la Commission a présenté un ensemble d'initiatives complet et ambitieux en faveur de l'Eu-

rope sociale. L'agenda social renouvelé vise ainsi à donner aux Européens, et en particulier aux jeunes, les moyens de faire face à des réalités en mutation rapide – façonnées par la mondialisation, le progrès technologique, le vieillissement des sociétés – et à des évolutions, telles que l'augmentation récente des prix des denrées alimentaires et du pétrole et les remous sur les marchés financiers. Il a également pour but d'apporter une aide aux personnes qui éprouvent des difficultés pour s'adapter à ces évolutions.

Le «paquet» législatif adopté dans le cadre de l'agenda social renouvelé se compose de dix-neuf initiatives dans les domaines de l'emploi et des affaires sociales, de l'éducation et de la jeunesse, de la santé, de la société, de l'information et des affaires économiques. Ces initiatives sont centrées sur les priorités suivantes :

1. Se préparer à l'avenir : les enfants et les jeunes.
2. Investir dans le capital humain : gérer le changement.
3. Aider les gens à vivre plus longtemps et en meilleure santé.

4. Lutter contre la discrimination.
5. Renforcer les instruments.
6. Orienter l'action à mener sur le plan international.
7. Combattre la pauvreté et l'exclusion sociale.

La Commission propose, par exemple, un texte destiné à combler les lacunes du cadre législatif existant et à assurer une protection contre la discrimination exercée en dehors du lieu de travail, qu'elle soit fondée sur la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle. Une autre proposition législative du «paquet» vise à faciliter l'accès des patients aux soins de santé dans d'autres pays européens.

Ce dernier comprend également un document exposant le point de vue de la Commission sur le type d'écoles dont l'Europe a besoin au XXI^e siècle, ainsi qu'un autre document consacré à la problématique de l'éducation et de l'intégration sociale des enfants issus de l'immigration.

L'agenda social renouvelé fait suite à une vaste consultation publique que la Commission a lancée en 2007 pour faire le bilan de l'évolution de la réalité sociale en Europe.

LA SANTÉ DE DEMAIN

La DG SANCO organise les 29 et 30 octobre 2008 à Bruxelles une conférence de haut niveau pour débattre des enjeux pour l'Europe des politiques de santé, de consommation, d'alimentation pour la prochaine décennie. Intitulé Delivering for tomorrow's European Consumers, ces journées concluent le cycle de consultations mené depuis deux ans et introduiront le mandat de la prochaine Commission (2009-2014).

Au programme, la mondialisation, les dynamiques qui vont influencer les politiques de santé, les comportements des consommateurs, le soutien à la santé, le rôle de l'économie dans le futur agenda santé de l'Union.



49 % des Européens âgés de 15 ans et plus considèrent que leur vie sera moins bonne dans les vingt prochaines années que maintenant. C'est ce qui ressort d'une des dernières consultations Eurobaromètre lancée par la Commission. Les ressortissants des nouveaux États membres semblent cependant plus optimistes. 82 % des personnes sondées estiment que le fossé entre les riches et les pauvres va s'élargir, 80 % que la durée du temps de travail va s'allonger.

EUROBAROMÈTRE

INTÉGRATION DES MINORITÉS



Vladimír Špidla

Le 9 juillet 2008, la session plénière du Comité économique et social européen (Cese) a adopté un avis exploratoire sur la lutte contre la discrimination et sur la promotion de l'intégration des minorités, notamment des Roms. L'avis propose une série de recommandations politiques pratiques sur la manière de mettre

fin à la discrimination et d'encourager la citoyenneté et la participation des Roms à la société.

Pour Vladimír Špidla, commissaire européen aux affaires sociales, l'avis du Cese souligne la nécessité de développer une approche cohérente de l'Union.

Le Cese définit six principes clefs pour la promotion de l'intégration des minorités: une plateforme d'intervention adaptée à la situation juridique, fondée sur l'acquis, ainsi que sur la méthode ouverte de coordination (Moc), une stratégie politique générale de la Commission qui soit cohérente et à long terme, une coopération structurée, transparente et durable de tous les acteurs de la société civile organisée, ainsi que la promotion du développement des capacités des organisations non gouvernementales, l'implication active et responsable dans ce processus des représentants des Roms, une plateforme institutionnalisée responsable de la mise en œuvre pragmatique de mesures concrètes, le développement de programmes d'actions positives dans les domaines de l'éducation, de la formation et de l'emploi, et notamment du travail en tant qu'indépendant.

CONSEIL DE L'EUROPE



Lluís Maria de Puig, Président de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE), plaide en faveur d'un « droit à un environnement viable, sain et durable ». Il s'est engagé à défendre l'idée d'un droit exécutoire au niveau européen, incorporé dans la Convention européenne des droits de l'homme, en élaborant un protocole additionnel.

Le réseau européen des CCAS

Le 28 janvier 2008, Elisan a été officiellement créé. Il s'agit du réseau européen pour l'inclusion et l'action sociale locale qui rassemble les centres sociaux d'action communale ou équivalent de part l'Europe. 1 011 villes de 11 pays s'y sont déjà inscrites mais aucune en Picardie.

C'est sous la conduite de l'Union nationale des CCAS (Unccas) que le réseau Elisan (*European local inclusion and local action network*) a vu officiellement le jour lors de l'assemblée générale constitutive réunie au Comité des régions à Bruxelles.

Au printemps 2004, l'Unccas avait déjà lancé l'idée d'un réseau européen d'élus de l'action sociale locale, qui s'était concrétisée lors de son congrès des 24-25 octobre 2006 à Metz, par le lancement du réseau Elisan, sous le haut patronage du Comité des régions de l'Union européenne. Avec l'approbation de ses statuts en janvier à Bruxelles, Elisan est donc parfaitement opérationnel. Le but de ce réseau est de « *connaître l'action sociale locale, et d'assurer une meilleure prise en compte de la participation des élus de l'action sociale locale dans la mise en œuvre d'une politique sociale européenne efficace et cohérente* ».

Des objectifs et des actions ont été ainsi définis :

- favoriser les échanges d'informations et d'expériences en matière de politiques sociales au niveau local ;
- encourager les partenariats européens pour répondre ensemble aux appels d'offres et appels à projets de l'Union européenne ;
- aider les différents acteurs, partenaires de ces politiques, à mieux comprendre les dispositifs d'action dont ils peuvent bénéficier, à tous les niveaux de décision : local, régional, national, européen et international ;
- sensibiliser (et à terme influencer) sur les décisions prises dans ces domaines au niveau européen tels que : fonds structurels européens, les règlements, les directives, les plans de lutte contre l'exclusion sociale, les

programmes spécifiques en matière d'emploi, de formation etc.

- participer aux débats (comme les SSIG, services sociaux d'intérêt général...), réagir aux travaux menés par les institutions européennes, faire connaître la réalité des services communaux de l'action sociale, etc.

Des thèmes de travail à développer au sein du réseau ont été proposés :

- enfance / famille ;
- gens du voyage ;
- insertion par l'économique ;
- inclusion sociale ;
- personnes âgées / handicapées ;
- politique sociale liée au logement ;
- problèmes urbains ;
- réfugiés et droit d'asile ;
- santé...

Elisan vise à faire entendre la voix des collectivités locales en Europe pour que soient mieux pris en compte les critères sociaux dans la construction de l'Union européenne. Elisan est favorable à la mise en œuvre d'une politique communautaire cohérente et durable dans le domaine social. Le réseau entend s'appuyer sur l'échange d'expériences entre ses membres et sur leurs capacités d'expertise, de réactivité et d'innovation en matière d'action sociale de proximité pour alimenter le débat européen.



Les membres du Bureau d'Elisan

Patrick Kanner, président d'Elisan. Adjoint au maire de Lille, vice-président du Conseil général du Nord, et président de l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (UNCCAS).

Stefano Valdegamberi, conseiller aux affaires sociales de la Région Veneto (Italie)

Tobias Kogge, chargé des affaires sociales de la ville de Dresde (Allemagne)

Yvan Mayeur, Président du CPAS de Bruxelles-capitale (Belgique)

Véronique Fayet, vice-présidente et adjointe au maire de Bordeaux (France)

Evelyne Haguenaer, adjointe au maire de Lyon (France)

Jaroslav Szostakowski, union des powiats de Pologne (Pologne)

Dimitrios Kalogeropoulos, association des autorités locales d'Athènes (Grèce)

Elisan représente 1 011 villes, 11 pays pour un total de 22 millions d'habitants. Il n'y a pour l'instant aucune ville de Picardie membre d'Elisan.

Le réseau publie une lettre électronique réservée à ses membres portant sur la législation européenne et présentant les documents de travail ou publiés dans le domaine social.

L'inscription en ligne est possible. Le coût de l'adhésion est de 50 euros.

Autour de Michel Delebarre, président du Comité des régions et Patrick Kanner, président d'Elisan (2^e et 3^e à partir de la gauche), quelques membres du bureau, Yvan Mayeur, Stefano Valdegamberi, Tobias Kogge

Grand Angle

L'Observatoire national de la délinquance (OND) estime grâce aux données transmises par la direction centrale de la sécurité publique, par la préfecture de Police de Paris et par la direction générale de la gendarmerie nationale, qu'en 2007, 47 573 faits constatés de violences volontaires sur femmes majeures par conjoint ou ex-conjoint ont été enregistrés en France métropolitaine et dans les quatre départements d'outre-mer, soit 31 % de plus qu'en 2004. Ce type de violences représente 25,6 % de l'ensemble des faits constatés de violences. Des trois départements picards, la Somme figure parmi les départements où les violences faites aux femmes sont des plus élevées, au huitième rang des départements présentant les plus forts taux.

La revue est téléchargeable sur : <http://www.inhes.interieur.gouv.fr/Grand-angle-60.html>



Rapport d'information du Sénat sur les addictions

Anne-Marie Payet, sénateur de la Réunion, a déposé en juillet au titre de la commission des affaires sociales du Sénat, un rapport sur l'état des connaissances en matière de dépendance aux substances (tabac, alcool, drogues) et aux comportements (jeux de hasard et jeux vidéo).

Dans son avant-propos, s'appuyant sur les études de l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) ou sur les données des Douanes, Anne-Marie Payet montre que les pratiques addictives évoluent et que des personnes de plus en plus jeunes sont dépendantes à une ou plusieurs substances : 150 000 personnes fument ainsi plus d'un « joint » par jour. Enfin, les technologies modernes influent sur les addictions aux jeux, en facilitant l'accès à ces derniers (paris en ligne, jeux vidéo).

La Commission recommande l'élaboration d'un outil de mesure du phénomène addictif, un discours préventif mieux adapté dans les établissements scolaires porté par des acteurs aguerris et la mise en place d'un numéro d'appel national permettant aux parents de s'informer sur le risque d'addiction aux jeux vidéo.

Dans ce rapport, une large place est faite aux verbatims d'une table ronde organisée le 14 mai 2008 au Sénat et animé par Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.

Parmi les intervenants, le Pr Martine Daoust, de la faculté de pharmacie à l'université de Picardie Jules Verne, est revenue sur la Task force alcool qu'elle préside et qui a été mise en place à l'initiative de Préfet de région.

Le rapport est téléchargeable sur : <http://www.senat.fr/rap/r07-487/r07-4871.pdf>

Accompagner vers l'emploi

Dans une étude sur les dispositifs d'insertion pour les personnes les plus éloignées du marché du travail, Éric Besson, secrétaire d'État à la Prospective et à l'Évaluation des politiques publiques, dresse un état des lieux comparatifs entre l'Allemagne, le Danemark et le Royaume-Uni, choisis pour leurs systèmes très différents.

En évacuant d'emblée une solution « prête à être appliquée », l'auteur met en évidence cinq principes :

- un guichet unique ;
- un accompagnement précoce, fréquent et continu ;
- une relation d'accompagnement et d'aide avec un conseiller personnalisé en capacité de jouer un rôle d'intermédiation ;
- une combinaison de prestations favorisant le contact avec l'entreprise.

Dans les trois pays, la santé est perçue comme un obstacle à la démarche d'emploi, plus certainement en Allemagne et au Danemark qu'au Royaume-Uni.

En Allemagne, le maintien en santé des personnes les plus fragilisées est privilégié, tandis qu'au Danemark, certains programmes proposent un accompagnement non directement centré sur la recherche d'emploi et intégrant, par exemple, des conseils pour améliorer les pratiques de nutrition ou encore des séances d'exercices physiques.

Le rapport est téléchargeable sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000461/>



Santé des personnes d'origine étrangère en France

Selon les données de l'enquête décennale santé menée par l'Insee en 2002-2003, les personnes d'origine étrangère vivant en France se déclarent en moins bon état de santé que les Français

nés en France. Les conditions socio-économiques dégradées de ces populations expliquent en partie leur plus mauvaise santé perçue. De plus sont également observées des différences d'état de santé selon les pays d'origine, liées au niveau de développement de ces derniers. Ainsi, les personnes originaires des pays les plus riches déclarent un meilleur état de santé que les personnes originaires des pays de niveau de développement moyen, suggérant un effet à long terme de la situation sociale et sanitaire du pays de naissance sur l'état de santé. Les personnes originaires des pays les plus pauvres déclarent également un meilleur état de santé que les personnes originaires des pays de niveau de développement moyen, ce qui peut s'expliquer par une sélection à la migration plus marquée dans ces pays. Enfin, il ne semble pas y avoir de différence d'état de santé entre les immigrés étrangers et ceux ayant été naturalisés.

La revue est téléchargeable sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes133.pdf>



Violences faites aux femmes

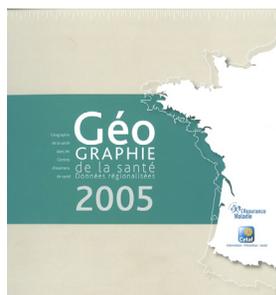


Réalisé à la demande de Valérie Létard, secrétaire d'État à la solidarité, l'IGSJ, IGA, l'IGPN et l'IGA ont évalué le plan 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes. Le rapport d'évaluation « 10 mesu-

res contre les violences faites aux femmes », répond à quatre questions : la connaissance du phénomène de violence faites aux femmes, leur prévention, la coordination et la formation des acteurs, et la prise en charge dans leur globalité des femmes victimes. Si les effets du plan sont jugés satisfaisants, la dynamique engagée doit cependant être poursuivie et renforcée.

Le rapport est téléchargeable sur : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=084000487&brp_file=0000.pdf

Géographie de la santé



Réalisé à partir des données des examens de santé de l'Assurance maladie, ce septième rapport dresse un état de santé régional des 16 ans et plus selon leur catégorie socioprofessionnelle et leur situation de précarité.

La septième édition de *Géographie de la santé dans les centres d'examens de santé* a été publiée par le Centre technique d'appui et de formation des CES (Cetaf) en juin 2008. Il s'agit d'un tableau de bord de l'état de santé de la population de 16 ans et plus couverte par le régime général. Les données utilisées sont celles recueillies systématiquement lors des examens de santé réalisés en 2005. Les différents indicateurs sont présentés dans cinq chapitres : consommation de produits psycho-actifs, recours aux soins, santé bucco-dentaire, santé cardio-vasculaire et qualité de vie. Pour chaque indicateur, une comparaison entre population précaire et population non précaire est présentée, ainsi que les variations régionales et selon la catégorie socio-professionnelle. En 2005, les centres d'examens de santé (CES) ont réalisé 569 415 examens. Une pondération a rendu la base de données représentative de la population française. L'indicateur utilisé pour caractériser la situation de précarité est le score Epices (*évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé*), prenant en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

Avec un score de précarité supérieur à 30 (cf. encadré ci-dessous), la Picardie figure parmi les cinq régions métropolitaines aux plus forts taux (compris entre 14 % et 17 %).

La Picardie figure aussi dans le peloton de tête des régions pour lesquelles le taux de non-consultation d'un dentiste depuis deux

ans est le plus élevé (25 % de la population). De même, la Picardie est la région la plus affectée par la présence d'au moins une dent cariée non traitée (50 % chez les 16-24 ans), ou par une surface masticatoire insuffisante, notamment chez les 65-74 ans. Mais c'est dans cette région que la densité des dentistes est la plus faible (40 dentistes pour 100 000 habitants), indicateur mis en parallèle par les auteurs.

La Picardie partage avec l'Aquitaine le nombre de femmes n'ayant pas effectué de mammographie de dépistage depuis deux ans ; avec le Nord - Pas-de-Calais, l'Alsace, la Lorraine et la Champagne-Ardenne, la plus grande proportion de consultants considérés comme obèses et avec la Lorraine, le Poitou-Charente et l'Aquitaine, le nombre de sujets ayant une hypertension artérielle non traitée. Enfin, avec un score souvent inférieur à sept, c'est l'une des régions où les personnes ont une perception plutôt négative de leur santé.

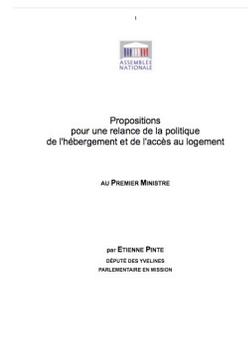


Taux de précarité en 2005

source : Cetaf, géo. de la santé 2005

Score Epices

Le score Epices a été construit en 1998 par les centres d'examen de santé, le Cetaf et l'école de santé publique de Nancy à partir de quarante-deux questions prenant en compte plusieurs dimensions de la précarité, onze ont été statistiquement sélectionnées comme donnant le plus d'information : rencontre parfois un travailleur social, vit en couple, aide possible de l'entourage pour un hébergement, aide matérielle possible de l'entourage, propriétaire de son logement, difficultés financières face aux besoins, sport, cinéma, vacances au cours des douze derniers mois, contacts familiaux autres que parents/enfants, assurance maladie complémentaire. Chacune des onze questions retenue est affectée d'un coefficient, la somme des réponses donne le score Epices. Il est continu et varie de 0 à 100. 0, signifiant l'absence de précarité, 100, maximum de précarité, le seuil de 30 a été retenu comme étant celui de la précarité.



Sortir de la rue

Le député Etienne Pinte présente les conclusions sur la politique proposée à l'égard des sans abri et des mal logés.

Les propositions reposent sur quatre piliers : le pilotage de la politique publique, la prévention, l'hébergement et le logement. Quatre mesures phares sont énoncées.

- Nomination d'un super Préfet sous l'égide du Premier ministre, cohérence sur un territoire, moyens renforcés pour l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion (Onpes).

- Suspensions possibles par le préfet des expulsions locatives, garantie universelle des risques locatifs, accélération de la résorption de l'habitat indigne.

- Renforcement de l'accompagnement social dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), réhabilitation des centres vétustes, création d'un fonds d'expérimentation de cinq millions d'euros destiné à des solutions novatrices ou atypiques (péniches, etc.), réexamen des budgets affectés à l'hébergement en CHRS.

- Mesures logements : renforcement du logement très social, négociation avec les préfets des contingents réservataires, loi Dalo accélérée, intermédiation associative soutenue.

Ce rapport intéressant présenté le 29 février auprès du Premier ministre comporte cependant quelques lacunes (par ex. : aller au devant des populations qui ne demandent rien, cf. rapport Igas).

Des textes ont été votés le 28 juillet dernier en première lecture, en particulier sur le logement. Nous reviendrons dans le numéro 4 de Plateforme sanitaire et sociale sur les textes concernant l'hébergement d'urgence et le logement.

18 septembre 2008, Abbeville

Colloque Être adolescent en Picardie Maritime... pas toujours facile ! La prise en charge des jeunes suicidant : dépistage et orientation des jeunes à risque suicidaire (Théâtre municipal)

Renseignements, inscriptions :
Agnès Lion, service de pédiatrie, centre hospitalier d'Abbeville, 43 rue de l'Isle 80142 Abbeville
Tél : 03 22 25 57 04
Mél : lion.agnes@ch-abbeville.fr

7 octobre 2008, Amiens

Les violences sexistes et sexuelles dans les relations de travail : mieux les connaître pour mieux agir ! Journée organisée par l'association nationale Elu:es contre les violences faites aux femmes et soutenue par le conseil régional de Picardie (Université de Picardie Jules Verne)

Renseignements : www.ecvf.uvaton.org

14-15 octobre 2008, Nancy

4^e colloque «Collectivités territoriales et santé publique sur le thème : Dynamiques des politiques territoriales de santé : rôle et place de chacun.». Organisé par le CNFPT.

Renseignements : viviane.bayad@cnfpt.fr (03 83 95 51 61)
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
Site Internet : www.atoutcom.com

18 octobre 2008, Paris

Colloque L'adolescence dans tous ses états, Collège international de l'adolescence

Renseignements, inscriptions :
Valérie Discours, 5 rue Jean Dussourd, 92600 Asnières-sur-Seine
mél : valerie.discours@orange.fr

23 octobre 2008, Creil

Colloque Les mutilations sexuelles féminines

Renseignements : Philippe Lorenzo, Cres de Picardie
mél : philippe.lorenzo@crespicardie.rg

11 décembre 2008, Amiens

Rencontre régionale sur Les plateformes sanitaires et sociales, OR2S

Renseignements, inscriptions :
OR2S, Faculté de médecine 3 rue des Louvels
80036 Amiens cedex 1
mél : info@or2s.fr
Site Internet : www.or2s.fr

11-12 décembre 2008, Nice

Journée du travail social Le travail social sert-il à quelque chose ? Fnars

Renseignements, inscriptions :
Fnars, 76 rue du Faubourg Saint-Denis 75010 Paris
Tél : 01 48 01 82 00
mél : fnars@fnars.org
Site Internet : www.fnars.org



**Aline
Osman-Rogelet**

Pour une éthique des maisons de retraite

Le vieillissement massif de la population nécessite l'élaboration de politiques sociales et sanitaires posant un cadre juridique de référence à l'ensemble des acteurs professionnels œuvrant auprès des personnes âgées. Les lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002 stipulent le droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité. C'est de cette exigence que naissent les interrogations, les insuffisances face à la notion de vieillissement et à la prise de conscience du risque qui en découle et que se pose la question fondamentale de l'égalité et de la liberté du choix de vie des personnes âgées dépendantes, choix fortement lié à leurs possibilités financières. Nous avons ainsi relevé ce qu'il y a d'exemplaire dans deux établissements picards et dans un troisième, en Sologne, considéré comme novateur. Tous les trois se sont posés la question du projet social pour la personne vieillissante. La Maison de Pommery (Fondation Joly de Bammerville), à Etreillers près de Saint-Quentin dans l'Aisne est habilitée à accueillir des personnes bénéficiant de l'aide sociale et de l'allocation logement. Dans le projet de vie sociale, l'accueil est personnalisé et préparé, et les actions d'animation quotidienne sont considérées comme essentielles au même titre que la restauration, les soins médicaux ou para-médicaux. Elles font l'objet de concertations régulières entre les résidents, les salariés, les bénévoles et les familles. Les résidents sont personnellement informés et stimulés à participer aux activités récréatives et thérapeutiques comme sortir dans la propriété, participer aux fêtes du village, faire les courses, assister à des ateliers d'art plastique, de langue picarde, ou encore à des manifestations musicales ou des débats sur l'Histoire... Certaines activités sont intergénérationnelles. L'Hôpital de Guise dispose de l'intégralité des dispositifs nécessaires à un hébergement selon les degrés de dépendance grâce à deux maisons de retraite construites en 1969-1970 et en 1992. Promoteur d'un Clic (centre local d'information et de coordination gérontologique), il a pour mission l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation, le

conseil et le soutien aux familles ainsi que l'évaluation des besoins et l'adaptation de programmes d'intervention personnalisée. Cette articulation nécessaire à la qualité de l'accueil et des soins est développée dans la Charte des personnes âgées et dépendantes dont quatre points sont essentiels :
- l'admission d'une personne doit se faire avec une information et un dialogue préalable et avec son accord ;
- le respect du domicile de la personne âgée ;
- la volonté de s'ouvrir à la famille et à l'environnement ;
- l'accent mis sur la possibilité d'utiliser les ressources personnelles et financières selon le gré de la personne.

Enfin, le centre de rencontre des générations de Mont-Evray à Nouan-le-Fuzelier, en Sologne, met en exergue l'accueil intergénérationnel individuel et collectif, avec l'accueil de familles, de classes de nature, de séminaires... Avant toute décision, un test de court séjour est proposé afin de réfléchir à un nouveau projet de vie. Des loisirs sont régulièrement proposés : lecture, musique, gymnastique, cinéma, il est toujours possible de les organiser en intergénérationnel.

Les professionnels de la santé et du social ont pour objectif de développer la qualité des prestations et de perdurer dans cette démarche. Leur compétence, leur motivation ont souvent permis la mise en place de la qualité, et c'est ainsi que l' 'Éthique' prend toute sa place, comme fil conducteur de nombreuses institutions en donnant vie à des organisations en lien avec les personnes : accueillis, hébergés, usagers, locataires, résidents... Ce raisonnement éthique et professionnel donne sens à leur action, malgré leur frustration, les freins (financement...) et parfois leur épuisement. Les travailleurs des secteurs de la santé et du social ont rarement fait défaut à ce principe, et approchent certainement ce que Paul Ricoeur, philosophe et sociologue, définit dans le concept d'éthique : 'avec et pour les autres dans des institutions justes'.



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

N°3, septembre 2008

Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3, rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1
Tél : 03 22 82 77 24, mél : info@or2s.fr site : www.or2s.fr
Mél de la plateforme sanitaire et sociale : 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 septembre 2008