

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°4

Décembre 2008

SOMMAIRE

Édito	
On en a parlé	2
<ul style="list-style-type: none">• Inégalités de santé : colloque des ORS, Marseille• Collectivités territoriales et santé publique, Nancy	
Actualité	3
<ul style="list-style-type: none">• Plateforme sanitaire et sociale : la Martinique consulte• Task force alcool	
Brèves	4
Entretien	5
<ul style="list-style-type: none">• La Thiérache veut inscrire la prévention santé dans une logique de développement durable. Entretien avec Claude Beaufort	
Initiative	6
<ul style="list-style-type: none">• Vacances médicale des établissements publics de santé de Picardie	
Focus	8
<ul style="list-style-type: none">• Les aires de santé en Picardie : présentation• Les aires de santé en Picardie : enquête• Témoignages	9 10
Données nationales	
<ul style="list-style-type: none">• La santé des immigrés en France	11
Brev'd'Europe	12
Europe	13
<ul style="list-style-type: none">• Base de données européenne de la Santé pour tous	
Doc	14
<ul style="list-style-type: none">• Sortir de la rue (suite...)• Loger les immigrés. La Sonacotra 1956-2006	15 15
Tribune libre	16
<ul style="list-style-type: none">• Plateformes sanitaires et sociales en colloque : Amiens, 11 décembre 2008	
Agenda	16

Les aires de santé



L'Urcam de Picardie accompagne, depuis son installation en mars 1998, les professionnels de santé, et particulièrement les médecins généralistes, dans le champ de la santé publique.

Le 23 mars 2006, un arrêté ministériel, sous le vocable « avenant 12 », instaure les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie en définissant les missions de prévention et de coordination des soins de ces professionnels de santé.

Dans le souci de répondre au mieux aux objectifs fixés, et de conforter ainsi la relation existante, l'Urcam s'est engagée, dans le cadre de son programme régional de travail, à aider les professionnels dans cette mission.

Pour ce faire, un outil statistique a été conçu, en collaboration avec l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie et la direction régionale du service médical. L'originalité de ce travail a été de déterminer de nouveaux territoires d'intervention en fonction d'un comportement homogène de la population en regard de l'offre de soins et de santé, appelés « aires de santé ».

Cinquante-huit « aires » ont pu être ainsi définies en Picardie et une publication par « aire » intitulée « *Regard santé* » doit être envoyée personnellement à chaque médecin généraliste.

Cette démarche présente un double intérêt.

D'une part, offrir aux décideurs régionaux et locaux des informations concernant la situation socio-sanitaire de certaines zones géographiques pour lesquelles il est urgent d'intervenir.

D'autre part, apporter à chaque professionnel de santé une information, quelquefois sous-estimée, afin de susciter des dynamiques locales, contribuant ainsi à la politique de santé publique régionale. Actuellement, les médecins généralistes de onze « aires » ont reçu le document les concernant. Cet envoi devrait se prolonger jusqu'en février 2009.

Par ailleurs, un test a été réalisé sur quatre « zones » : Compiègne dans l'Oise, Abbeville dans la Somme, Marle et Ribemont dans l'Aisne, auprès de cent-soixante-trois médecins, afin de recueillir leurs impressions sur cette offre de service.

Les résultats sont partagés et démontrent qu'une partie de la profession est réceptive à une telle offre et souhaite prolonger cette expérience et qu'une autre partie reste réservée sur les relations institutionnelles.

Néanmoins, je reste persuadé que cette action permettra de sensibiliser un grand nombre de professionnels de santé sur l'importance de la prévention.

Gérard MORAND

Directeur de la Cpam de la Somme

Directeur de l'Urcam de Picardie

Inégalités de santé : colloque des ORS, Marseille

C'est dans un contexte d'aggravation des inégalités sociales que la loi relative à la politique de santé publique de 2004 a placé la lutte et la prévention des inégalités de santé au rang de ses priorités.

C'est ainsi que le 11^e congrès national des observatoires régionaux de la santé qui s'est tenu du 16 au 17 octobre dernier à Marseille a réuni six cents personnes autour de la thématique « *Les inégalités de santé, nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques* ». Il était organisé par l'observatoire régional de la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. Les communications orales* étaient partagées entre conférences plénières et ateliers. Les premières ont laissé une large part aux intervenants étrangers avec deux chercheuses américaines, Lisa Berkman et Ana Diez-Roux, qui ont ouvert les travaux. Bobbie Jacobson et John Wilkinson ont par la suite présenté les moyens mis en œuvre en Angleterre pour réduire les inégalités en santé. Victor G. Rodwin de l'université de New-York a développé une étude comparant les conséquences d'un faible accès aux soins dans trois villes : Paris, Londres et New-York.

Erik Schokkaert a donné son point de vue d'économiste sur la thématique des inégalités en santé. De leur côté, les ateliers furent

consacrés aux travaux menés autour des inégalités de santé, plutôt sur l'aspect niveau régional.

Au côté de Michel Vauzelle, président du conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur et d'Yvonne Glandier, présidente de la Fnors, Didier Houssin, directeur général de la santé, a ouvert le congrès. Il a souligné l'importance des observatoires régionaux de santé dans la connaissance de l'état de santé de la population et a insisté sur le fait que « *la réduction de ces inégalités de santé est une priorité des politiques de santé* ». Il est bien sûr intervenu sur la question des agences régionales de santé et il a voulu rassurer en indiquant que « *les ORS y trouveront leur place* ».

L'OR2S n'a pas manqué d'être présent lors des ateliers puisqu'Alain Trugeon et Nadège Thomas ont présenté un travail mené par la Fnors et plusieurs ORS, dont celui de Picardie, à partir des données du Baromètre santé environnement 2007. L'OR2S a également présenté en communication orale le travail mené autour des diagnostics territoriaux de santé réalisé par l'OR2S à la demande, d'une part, du conseil régional et, d'autre part, de l'Urcam. Ce sont deux administrateurs de l'OR2S qui ont présenté cette communication : Dominique Barot du conseil général de la Somme et Danièle Fontaine de l'échelon local du service médical de la Cnamts. Par

ailleurs, l'OR2S en collaboration avec les ORS de Bretagne et Provence-Alpes-Côte d'Azur a également pré-

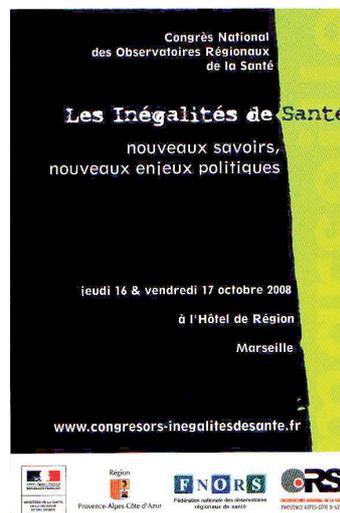
senté une communication affichée intitulée « *Évaluation de la qualité du chaînage des séjours hospitaliers : préalable nécessaire à l'étude des inégalités de santé à un niveau géographique fin* ». Ce travail sur la qualité du chaînage du PMSI a été, d'ailleurs, très apprécié du public. En Picardie, ce sont Nadège Thomas et Élisabeth Lewandowski (CHU d'Amiens) qui y ont travaillé.

Enfin, Aline Osman-Rogelet, autre administratrice de l'OR2S, a présenté une communication affichée sur la précarité et la santé.

À signaler que Françoise Van Rechem, directrice de la Drass Picardie et Colette Michaux, vice-présidente chargée de la santé au conseil régional de Picardie ont effectué le déplacement provençal.

Sophie PILLERON

* *Les interventions en plénières et dans les ateliers, les communications affichées et les articles de presse sont téléchargeables sur le site www.congresors-inegalitesdesante.fr.*



Collectivités territoriales et santé publique, Nancy

Quels rôle et place des collectivités territoriales dans la politique de santé ?

Le colloque *Collectivités territoriales et santé publique* organisé par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) a rassemblé à Nancy les 14 et 15 octobre dernier, 380 personnes venues écouter plus de 70 interventions sur le thème du « rôle et de la place de chacun » dans les politiques territoriales de santé.

Les exposés introductifs ont souligné les ambiguïtés de l'implication des collectivités territoriales dans le domaine de la santé. En effet, la santé est avant tout de la compétence de l'État et de l'Assurance maladie, et l'approche « santé » peut servir de nouveaux habits au contrôle social quand les problèmes de santé

s'expriment dans l'espace public (conduites addictives, problèmes de santé mentale par exemple). Par ailleurs, la future loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) prévoit que le conseil de surveillance des établissements hospitaliers ne soit plus automatiquement présidé par un élu local.

Faut-il en déduire qu'après plus de vingt ans de décentralisation, le mouvement s'inverserait ? Non, car le patient a toujours une approche locale en poussant la porte de tel ou tel service de santé. Le mouvement d'élaboration de schémas régionaux ou départementaux (d'organisation des soins, de la PMI...) ne peut que se poursuivre pour trouver les articulations pertinentes pour couvrir au mieux tout un territoire. Et en amont, les problèmes de santé ont aussi une composante territoriale

forte : des populations cumulant des vulnérabilités sont regroupées dans certains quartiers, et les territoires peuvent avoir en eux-mêmes un rôle pathogène (émissions polluantes, habitat insalubre, etc.). De ce fait, les élus et les fonctionnaires territoriaux sont naturellement en situation d'observation de ce qui se passe sur leur territoire, et en situation d'élaboration de politiques locales, à l'interface de la population et des services, et à l'articulation du local et du national. Car si les services de soins ne sont pas de leur compétence, nombre de déterminants de la santé comme l'urbanisme, les modes de déplacement ou le lien social dépendent directement de leur action.

Denis FONTAINE

Directeur d'études de l'ORS Rhône-Alpes

Plateforme sanitaire et sociale : la Martinique consulte

Sylvie Merle, directrice de l'ORS de la Martinique était en mission dans la région afin d'étudier la mise en place d'une plateforme sanitaire et sociale.



Sylvie Merle en compagnie de Christine Jaafari, Drass

Plateforme : Sylvie Merle, vous êtes venue aujourd'hui rencontrer la Drass et l'ORS au sujet de la plateforme sanitaire et sociale ? Qu'êtes-vous venue chercher ?

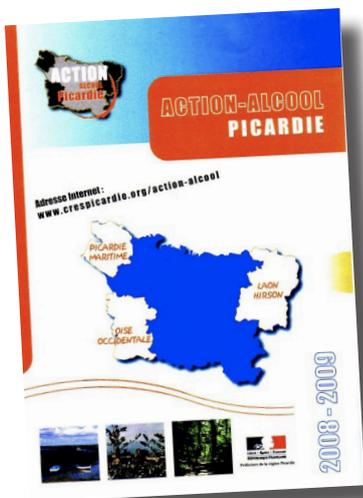
Sylvie Merle : Je suis venue ici en Picardie chercher des idées auprès d'une plateforme qui existe depuis de nombreuses années et qui a donc fait ses preuves. Jusqu'ici il est vrai que j'ai une conception assez théorique de ce que doit être une plateforme. Je veux voir concrètement quels seraient les éléments dont je pourrais m'inspirer pour construire notre plateforme en Martinique.

Plateforme : Entre la Picardie et la Martinique, y-a-t-il des différences ou les contextes sont-ils identiques ?

Sylvie Merle : Il y a des différences dans la taille et l'organisation de nos régions. La Martinique est une région monodépartementale avec assez peu de structures de référence en dehors des institutions. Il n'y a par exemple qu'un seul conseil général et une seule DSDS (regroupant les fonctions d'une Drass et d'une Ddass).

Je ne crois pas qu'il y ait d'ailleurs des régions comparables dans l'Hexagone et il est donc difficile de trouver une expérience direc-

tement transposable. L'expertise de l'ORS dans la gestion des données est intéressante pour moi notamment pour les données sociales. En effet, ce que je trouve intéressant en Picardie, c'est le fort aspect social de la plateforme. Jusqu'ici en Martinique, nous sommes plutôt centrés sur la santé. L'idée pour nous est de bien articuler le social et le sanitaire. En étant parti d'abord du social, l'exemple picard est intéressant. Il l'est d'autant plus qu'en Martinique le contexte économique et social est assez mauvais. C'est donc un aspect sur lequel il faut mettre l'accent.



Réunissant des experts, le groupe régional *Task force alcool* est alors constitué sous la conduite de Martine Daoust*, professeur des Universités, responsable du groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances (GRAP), et de Nathalie Viard, directrice adjointe de la Drass.

Des auditions préalables menées auprès d'acteurs de l'éducation, de l'offre sanitaire et médico-sociale, de la distribution et de la vente, des services de gendarmerie et de police, de la justice ont permis de cerner les propositions d'action et de déterminer trois territoires pilotes : Picardie maritime, Pays Thiérache et Laonnois et Oise occidentale. Les actions de prévention se focalisent sur des publics précis, des lieux de vie (jeunes, femmes enceintes, Éducation nationale, milieu du

travail...) ou essaient de rendre plus lisible l'offre de soins. La coordination régionale du dispositif est assurée par le groupe *Task force alcool*, relayée dans chaque territoire par un sous-préfet et une équipe projet pluridisciplinaire chargée de définir et de mettre en place un projet de prévention cohérent à l'échelle territoriale.

Parce que ni l'enseignant, ni le travailleur social, ni la police, ni la justice, ni le professionnel de santé, ni le militant associatif... ne peuvent régler seuls le problème de l'alcool, l'expérimentation vise la mobilisation de tous les acteurs d'un même territoire autour d'un même message de prévention. À ce titre, des actions en milieu du travail pourront être menées : mobilisation et accompagnement des entreprises et administrations à une démarche de prévention, formation des médecins du travail... Une action avec les distributeurs et producteurs d'alcool autour d'une charte soulignera leur engagement à améliorer l'accès de l'information des consommateurs : rappel de la loi pour les moins de 16 ans... Parallèlement, une sensibilisation des étudiants, des parents, des éducateurs encadrant les jeunes sera réalisée. Les élèves et les apprentis inscrits dans un parcours d'éducation ou

de formation seront invités à construire eux-mêmes leurs propres messages et supports de prévention (films, expositions, scénettes de théâtre...), qui seront présentés lors d'un rassemblement régional.

Dans la perspective d'améliorer le repérage des personnes en difficulté avec l'alcool, des temps de formation seront proposés aux médecins généralistes sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB).

Par ailleurs, à l'échelle de chaque territoire, le projet de prévention doit permettre une meilleure visibilité de l'offre de soins afin de faciliter l'accompagnement médico-social du patient. À ce titre, des arbres décisionnels seront construits permettant d'identifier chaque acteur de la prise en charge médico-sociale pour venir en appui aux professionnels des champs sanitaire (médecins généralistes...), éducatif et social.

L'animation de l'ensemble du dispositif a été confiée au Cres de Picardie.

Valérie GODET
Cres Picardie

* Appelée à d'autres fonctions, M^{me} Daoust a quitté la région début décembre.

Task Force Alcool

En décembre 2007, le préfet de Picardie décide de mener une action de prévention forte du risque alcool...

Haut Conseil de la famille

La secrétaire d'État chargée de la famille a présenté un décret créant un Haut Conseil de la famille.

La création de ce conseil a pour objectif de doter la politique familiale d'une instance de concertation de haut niveau permettant d'améliorer le pilotage de cette politique.

Ce conseil se substitue au Haut Conseil de la population et de la famille et à la Conférence nationale de la famille.

Placé sous la présidence du Premier ministre, il comprend cinquante deux membres : des représentants des partenaires sociaux, des représentants du mouvement familial, des représentants de l'État, des organismes de sécurité sociale et des associations représentant les collectivités territoriales, ainsi que sept personnalités qualifiées, nommées en raison de leur compétence et de leur expérience.

Revenu de solidarité active : la Fnars et la Halde s'engagent

La fédération picarde comme la fédération nationale ont toujours approuvé le principe du RSA comme réel progrès pour les bénéficiaires des minima sociaux. Elles estiment cependant que le RSA* aurait gagné en force s'il s'était inscrit dans une politique sociale plus globale.

L'offre des formations reste un préalable essentiel, l'incitation financière ne peut être le seul levier à l'accompagnement vers une réelle insertion. Alors que le niveau de chômage des jeunes est très élevé en France et en Europe, les jeunes de moins de 25 ans, comme pour le RMI, ainsi que les personnes en détention, restent exclus du dispositif. Les contrats précaires, le temps partiel et/ou mal rémunéré risquent de se développer,

La Fnars estime que les financements devraient être revus à la hausse et que le RSA devrait être mobilisé à mieux couvrir les besoins des personnes en difficulté quelle que soit leur difficulté.

Selon la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde), le RSA comporte plusieurs dispositions revêtant un caractère discriminatoire. Ainsi, pour bénéficier du RSA, les étrangers non communautaires devront être en possession d'un titre de séjour autorisant à travailler depuis au moins cinq ans, ce qui constitue pour la Halde une différence de traitement entre Français et étrangers prohibée par l'Organisation internationale du travail et contraire à la Convention européenne des droits de l'Homme. La Haute Autorité demande aussi la réalisation d'une étude pour évaluer les conséquences d'une disposition excluant les moins de 25 ans du dispositif. Enfin la Halde rappelle son opposition à tout dispositif exigeant, comme le fait le projet de loi, que seuls les enfants étrangers entrés en France dans le cadre de la procédure de regroupement familial puissent être pris en compte.

* La loi sur le RSA a été promulguée le 1^{er} décembre 2008, jour anniversaire de la création du RMI.

À consulter : dernière minute ASH du 31 octobre 2008 n°2579 et le site <http://www.vie-publique.fr>

Sites Web : la fin des dérogations pour l'accessibilité aux personnes handicapées

Un projet de décret sur l'accessibilité aux personnes handicapées des services de communication en ligne des administrations ne prévoit plus de dérogations. Trois modifications importantes sont à signaler dans la dernière version de ce décret.

Pour les nouveaux sites, l'accessibilité ne devrait pas être génératrice de coûts trop importants.

En revanche, il restera à mettre aux normes les services existants, ce qui pourrait représenter des sommes considérables...

Enfin, l'accessibilité sera intégrée aux programmes de formation des agents publics : une notion peu connue dans les services web des petites collectivités.

Le texte doit encore subir quelques arbitrages en vue de sa publication d'ici la fin de l'année. Une fois le décret publié, les collectivités disposeront de trois ans pour se mettre en conformité. Si elles ne le font pas, il reviendra au préfet de «mettre en demeure la collectivité». «Si celle-ci n'obtempère pas, elle sera mise sur liste noire... mais aucune sanction précise n'est évoquée, si ce n'est que les collectivités auront à faire face à un risque de contentieux».



Journée mondiale du diabète...

À l'occasion de la 17^e journée mondiale du diabète, l'OR2S a publié une plaquette four-

nissant quelques données épidémiologiques disponibles à ce jour pour la Picardie au travers des remboursements de médicaments, du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), des admissions en affections de longue durée (ALD) et de la mortalité.

La situation en Picardie montre que par rapport au diabète, il y a :

- davantage d'admissions en affections de longue durée pour diabète qu'en métropole;
- une prévalence du diabète traité maximale chez les personnes de soixante-dix ans ;
- des séjours hospitaliers qui concernent d'avantage les hommes ;
- une diminution de la mortalité ;
- mais une surmortalité significative par rapport au niveau national.

... et Journée mondiale du sida

De la même façon, l'OR2S a poursuivi sa publication annuelle des données pour la Journée mondiale de lutte contre le sida. Ainsi, entre 2004 et 2006, en moyenne annuelle, neuf cas de sida ont été notifiés chez des personnes domiciliées en Picardie, notamment dans l'Oise. Mais, entre 2005 et 2007, ce sont chaque mois, trois nouveaux cas de séropositivité qui sont avérés. On observe une contamination davantage par rapports homosexuels parmi les nouvelles séropositivités que parmi les nouveaux cas de sida.

Les deux documents sont sur le site www.OR2S.fr

Tabac et papillomavirus

Deux études récentes, publiée pour l'une dans le Scandinavian Journal of infectious diseases, et pour l'autre dans la revue Cancer epidemiology, Biomarkers & Prevention (2008;17(7):1790-9), montrent que le tabac favorise le développement des lésions viro-induites comme l'HPV. Les chercheurs montrent aussi que les récurrences après traitement semblent plus fréquentes chez les patientes fumeuses. Le tabac aurait un effet à la fois sur l'immunité humorale, favorisant l'acquisition et la persistance du virus chez la jeune fille, mais également sur l'immunité cellulaire, laissant se développer une lésion préneoplasique.

La Revue du Praticien – Gynécologie Obstétrique





La Thiérache veut inscrire la prévention santé dans une logique de développement durable.

Entretien avec Claude Beaufort

Jeannine Tison : Le conseil de développement de la Thiérache a organisé, le 21 novembre dernier à l'abbaye de Saint-Michel-en-Thiérache, une journée d'étude sur la prévention santé. Elle ouvrait une série de rencontres consacrées à la mise en œuvre de la Charte de développement durable du Pays. Pourquoi cette priorité donnée à la santé ?

Claude Beaufort : L'élaboration de la Charte nous a convaincus qu'à travers les indicateurs de santé publique c'est la totalité des handicaps du pays qui se résumaient : handicaps économiques, sociaux ou culturels. Nous savions que ces indicateurs étaient préoccupants. Le diagnostic territorial de santé de la Thiérache que l'OR2S a réalisé entre temps à la demande du conseil régional, nous en a définitivement convaincu. Le développement durable du pays nous est apparu inséparable de sa ressource humaine. Il fallait commencer nos réflexions opérationnelles par la santé.

J. T. : Mais vous l'avez commencé plus précisément encore par la prévention santé...

C. B. : Le bon sens populaire dit : « mieux vaut prévenir que guérir ». Or le diagnostic de l'OR2S établit que l'état de santé en Thiérache procède largement de l'inclination de la population à ignorer la menace de certaines pathologies ; à accepter des comportements à risque ; à négliger des contrôles préventifs ; à aller souvent trop tard vers le système de soins. La nécessité d'une prévention renforcée s'impose donc comme un impératif.

J. T. : Et comment le pays pense-t-il répondre à cet impératif ?

C. B. : En s'engageant sur deux voies qui nous paraissent inséparables : renforcer la détection des risques santé ; accroître la responsabilité de chacun sur son capital santé ; et cela le faire tout au long de la vie. Raison pour laquelle notre colloque a privilégié un examen des enjeux par grandes tranches d'âge : âge scolaire ; âge de l'activité ; âge de la retraite.

J. T. : Concrètement, comment allez-vous renforcer l'effort de détection sur le pays ?

C. B. : La prévention infantile est globalement satisfaisante. Les parents y sont attentifs. Au delà de la prime enfance, les choses se délitent. La médecine scolaire est en manque d'effectifs. La visite médicale, autrefois annuelle, n'est plus tenue à ce rythme. Dans la vie professionnelle, il en va de même pour le rendez-vous avec le médecin du travail : il est devenu « périodique ». Les populations en insertion se montrent rétives aux bilans de santé qui leur sont proposés. Les seniors gardent leur libre arbitre sur l'opportunité des vaccinations ou des tests suggérés par l'Assurance maladie... Plusieurs pistes ont été inventoriées pour remédier à cet affaiblissement de la vigilance aux risques. Là

où le bilan de six ans ne serait pas réalisé : inviter les communes ou les communautés de communes à lier l'inscription en CP à la production d'un certificat médical sur l'aptitude à la scolarité ; certificat établi par un médecin de famille à partir d'un protocole élaboré par la médecine scolaire ; l'Assurance maladie prenant en charge la visite. En CES, les deux centres de bilans de santé de l'Aisne qui dépendent des caisses primaires sont prêts à détacher des moyens requis pour deux examens pendant les quatre années d'études, soit dans l'établissement, soit dans un hôpital à proximité du collège. Pour les populations en insertion, une même décentralisation de moyens pourrait s'opérer. Ceci est important car le refus de ce type d'examen semble souvent lié, pour ce public, à l'obligation d'un déplacement vers Laon ou Saint-Quentin. Mais il revient à la mission locale de convaincre fortement les intéressés de la nécessité d'un tel rendez-vous.

La médecine du travail, la MSA, le RSI, pour les catégories d'actifs concernés, apparaissent disposés à ce que le colloque avec le praticien intègre un dialogue de prévention renforcé. La demande a été formulée que médecins du travail et médecins scolaires fassent des communications confraternelles plus fréquentes aux médecins traitants afin d'enrichir le contenu des dossiers médicaux qu'ils détiennent. Les visites obligatoires permettent à ces médecines spécialisées d'approcher des publics captifs de « bien portants ». Elles leur offrent l'opportunité intéressante de sensibiliser à une démarche de prévention adaptée au profil de leurs interlocuteurs.

Pour les personnes vivant au foyer ou les seniors, la mutualité de l'Aisne proposera, à partir de 2009 et pour trois ans, le passage dans des communes rurales excentrées d'un car médicalisé. Il permettra, en liaison technique avec des hôpitaux de proximité, des examens préventifs de base. Les élus locaux pourront inviter des personnes qui se déplacent difficilement à profiter de ce dispositif ambulatoire pourvu de technologies avancées.

J. T. : Et sur la responsabilisation au maintien individuel du capital santé qu'est ce qui peut être fait ?

C. B. : Le colloque a permis de percevoir qu'à l'initiative de CCAS ou de réseaux associatifs, nombre d'initiatives intéressantes étaient déjà engagées. Mais il a fait ressortir que la couverture géographique de ces initiatives demeurait imparfaite. Soutenues à l'est du pays, elles apparaissent plus ténues ailleurs. Nombre de produits et de services, adaptés aux différentes tranches d'âge, ont été proposés par le Cres, la MSA, le RSI, la médecine du travail... Ils peuvent permettre aux établissements scolaires, aux entreprises, aux communes, aux communautés de communes, aux clubs du 3^e âge, à des associations diverses de conduire une sensibilisation sérieuse, originale, souvent même attractive. Les conduites à risque font l'objet d'une offre particulièrement intéressante. Mais ces offres de qualité doivent être soutenues par des efforts de diffusion et de prescription amplifiés.

J. T. : Est-ce à cela qu'entendait répondre une autre orientation de votre colloque : favoriser des synergies entre acteurs de la prévention ?

C. B. : Absolument. Intervient sur la prévention santé un nombre impressionnant d'acteurs : administrations d'État, collectivités locales, Assurance maladie, professionnels de santé, entreprises, associations... Mais le niveau de coopération est faible et la perte en ligne considérable en termes de couverture et d'efficacité. À cela s'ajoute la complexité des démarches à engager pour présenter des projets, les financer, les pérenniser. Renforcer les synergies et simplifier les modes de coopération constituent des enjeux primordiaux.

J. T. : Des propositions significatives ont-elles été avancées pour y parvenir ?

Oui. J'en retiens particulièrement deux.

La première, c'est l'amorce d'un dialogue innovant entre professionnels de santé et Assurance maladie. Le secteur d'Hirson se prête bien pour l'expérimenter. Une dizaine de généralistes y travaillent déjà ensemble pour la formation continue. Des acteurs paramédicaux, des responsables associatifs les rejoignent pour traiter d'enjeux locaux de santé publique. La pratique libérale s'élargit donc à une prise en compte d'intérêt général, à une approche attentive de besoins collectifs. L'Urcam, la Cpm semblent percevoir là une opportunité de renforcer des échanges d'informations sur des enjeux de santé publique ; voire d'amorcer des consultations de prévention et de renforcer des réseaux de soins. Les expériences seraient susceptibles de se démultiplier sur le reste du pays.

Deuxième proposition : entre professionnels de santé, Assurance maladie et collectivités locales, travailler à un meilleur confortement de l'offre de soins sur le pays. Le déficit de généralistes est flagrant, comme dans beaucoup de territoires ruraux et nombre de praticiens approchent de l'âge de la retraite. Le taux des paramédicaux est plus satisfaisant. Le développement de maisons médicalisées, réunissant à un niveau cantonal, plusieurs acteurs de santé semble répondre aux besoins du pays. Des financements incitatifs existent. Le colloque a dégagé la perspective d'actions concertées pour promouvoir ce maillage d'équipements.

J. T. : En définitive, comment se résument les principaux engagements de votre colloque ?

C. B. : Amener le plus grand nombre d'habitants du pays vers le système de soins pour évaluer l'état de leur capital santé ; offrir des réseaux d'information et d'appui pour les aider à maintenir ce capital santé à son meilleur niveau ; n'avoir à guérir qu'au moment où prévenir ne suffit plus ; inviter l'ensemble des acteurs concernés à œuvrer en synergie pour rendre efficace cette démarche.

Un territoire de pays représente vraiment un espace pertinent pour conduire un tel effort de prévention.

Claude BEAUFORT

Rapporteur du Conseil de développement,
Entretien réalisé par **Jeannine TISON** (Urcam)

Vacance médicale des établissements publics de santé de Picardie

Au premier janvier 2007, plus de 1 800 équivalents temps pleins de personnels médicaux et pharmaceutiques diplômés sont en activité dans les principaux établissements publics de santé picards. Les ETP des postes non-occupés représentent 14 % de l'ensemble des ETP médicaux budgétés. Un cinquième des ETP de médecins radiologues (21 %) et de médecins pédiatres (19 %) sont vacants.

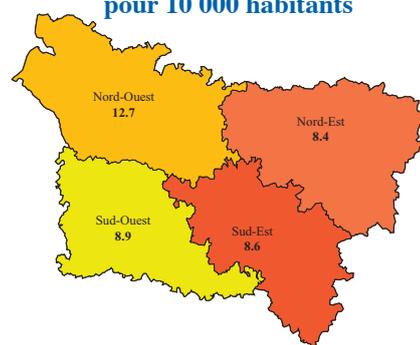


En 2007, 9,8 ETP de personnels médicaux pour 10 000 habitants exercent dans les établissements publics de santé de Picardie. La densité médicale picarde est légèrement inférieure à la densité nationale (9,9 ETP médicaux pour 10 000 habitants).

L'offre est inégalement répartie entre les quatre territoires de santé qui couvrent la Picardie. Un grand déséquilibre existe entre le territoire de santé Nord-Ouest (Abbeville-Amiens), avec environ 12,7 ETP médicaux pour 10 000 habitants, et les trois autres territoires (entre 8,4 et 8,9 ETP médicaux pour 10 000 habitants). La présence du centre hospitalier universitaire (CHU) de la région dans le territoire de santé Nord-Ouest concourt en grande partie à ce déséquilibre, l'ensemble des spécialités médicales se devant d'être présentes dans le cadre du pôle universitaire.

Début 2007, 14 % des ETP médicaux des éta-

Nombre d'ETP médicaux pour 10 000 habitants



Sources : ETP médicaux 2006 - Drass Picardie / RGP 1999 - Insee

blissements publics de santé picards étaient réellement vacants. Les deux territoires de l'Est sont les plus touchés avec un taux de vacance compris entre 17 % et 18 %. Le territoire Sud-Ouest est le mieux préservé avec un taux de vacance médicale réelle de 10 %.

Le taux de vacances en ETP de médecine générale dans le territoire de santé Sud-Ouest s'élève à 3 %, un taux particulièrement faible

comparé aux 15 % rencontrés dans les territoires Nord-Ouest et Sud-Est et aux 11 % de vacance dans le territoire Nord-Est.

Parmi les autres spécialités comportant un nombre d'ETP important (plus de 60 ETP au niveau régional), la radiologie est la plus touchée par la vacance. Plus d'un ETP de radiologie prévu sur cinq n'est pas occupé. Le territoire Sud-Ouest est, ici, le moins touché, avec 11 % de vacance contre 21 % à 28 % pour les autres territoires.

La vacance médicale en pédiatrie (19 %) est proche de celle de la radiologie (21 %). Avec un tiers de vacance dans cette spécialité, le territoire du Nord-Ouest est cette fois-ci le plus touché. Il s'agit pour ce territoire, du plus important taux de vacance, toutes spécialités confondues.

Avec un taux de vacance de 15 %, la psychiatrie générale se trouve dans la moyenne

régionale. Elle est, en revanche, particulièrement élevée dans le territoire Sud-Est (67 %). Il s'agit, du plus important taux de vacance de ce territoire. Il faut, cependant, noter que l'organisation de la psychiatrie s'inscrit au niveau départemental. La majeure partie des secteurs psychiatriques relèvent de trois établissements spécialisés.

Les spécialités cardiologie et maladie vasculaire, gynécologie - obstétrique et biologie médicale connaissent un taux régional de vacance de l'ordre de 10 %.

La pharmacie est très peu affectée par la vacance de poste. Seuls 3 % des ETP de pharmacie sont vacants au premier janvier 2007.

Christophe TROUILLARD
Drass Picardie

Spécialités	Taux de vacance médicale réelle (hors Internes)				
	Territoire de santé				
	Nord-Est	Nord-Ouest	Sud-Est	Sud-Ouest	Picardie
Médecine générale	11 %	15 %	15 %	3 %	12 %
Spécialités médicales	18 %	14 %	21 %	10 %	15 %
Spécialités chirurgicales	14 %	11 %	12 %	9 %	11 %
Autres disciplines	25 %	9 %	14 %	12 %	14 %
Ensemble	18 %	13 %	17 %	10 %	14 %

Retrouvez plus de détails dans *Études et Statistiques*—n° 8—Décembre 2008 « Les professions médicales des établissements publics de santé : statuts, vacances et plus de 55 ans en Picardie »

À retrouver sur <http://www.picardie.sante.gouv.fr/etudes.htm>

Définitions

Le territoire de santé est un découpage géographique propre au schéma régional d'organisation sanitaire (Sros). Ce découpage correspond à des aires de proximité d'accès autour des huit principaux pôles hospitaliers picards.

L'équivalent temps plein (ETP) est une unité de mesure du temps de travail.

Cette unité est plus pertinente, en termes de temps de travail, que la somme des personnels travaillant, du fait de la coexistence de personnels à temps plein et à temps partiel.

Lecture : « 1 800 ETP médicaux » signifie qu'il y a l'équivalent de 1 800 médecins travaillant à temps plein.

La vacance est la différence entre le nombre de postes budgétés et le nombre de postes pourvus.

Elle est théorique quand on ne prend en compte que les postes pourvus de statut d'emploi identique au statut du poste ; réelle lorsque l'ensemble des postes pourvus est pris en compte.

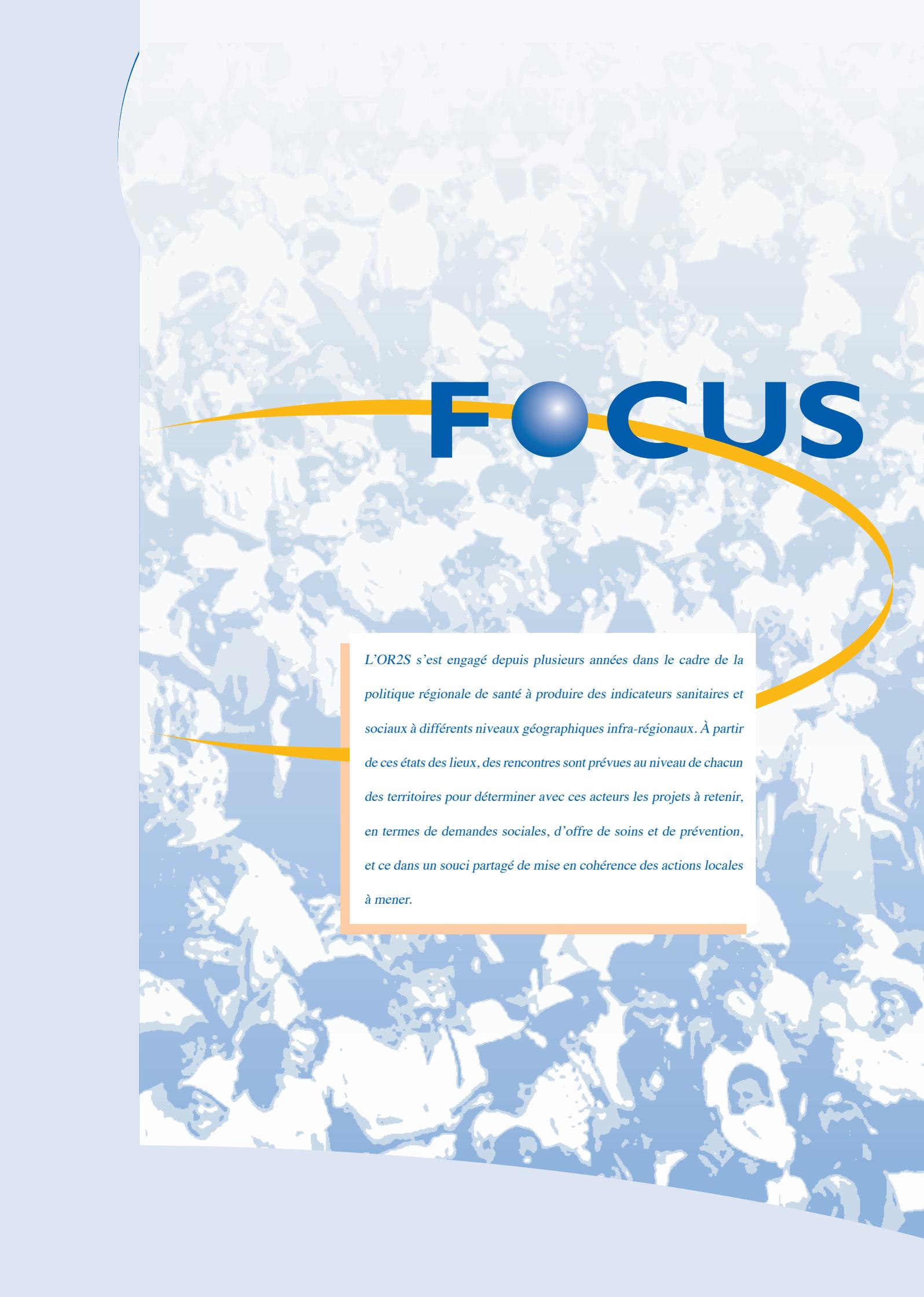
L'enquête - ETP médicaux 2006

Origine institutionnelle : le contrat État / ARH 2006-2009 dans son volet démographie médicale et pour élaborer un plan régional a exprimé la nécessité de disposer d'un état des lieux précis de l'emploi médical dans les établissements publics de santé. Il servira à estimer le nombre de médecins à former par spécialité, et dans chaque établissement, à identifier les spécialités les plus en difficulté.

Maîtrise d'ouvrage : la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie et le Groupe de travail régional sur la démographie médicale hospitalière ont répondu à cette demande en mettant en œuvre une enquête spécifique.

Méthodologie : au mois de mai 2007, chaque établissement de santé public a été contacté pour compléter un questionnaire électronique à trois dimensions : statut de poste, statut d'emploi et spécialité d'exercice des effectifs médicaux, avec les postes budgétés, pourvus, vacants en ETP et la part des plus de 55 ans.

Participation : 33 des 39 établissements publics de santé interrogés ont répondu à l'enquête, soit environ 95 % des ETP disponibles en Picardie.



FOCUS

L'OR2S s'est engagé depuis plusieurs années dans le cadre de la politique régionale de santé à produire des indicateurs sanitaires et sociaux à différents niveaux géographiques infra-régionaux. À partir de ces états des lieux, des rencontres sont prévues au niveau de chacun des territoires pour déterminer avec ces acteurs les projets à retenir, en termes de demandes sociales, d'offre de soins et de prévention, et ce dans un souci partagé de mise en cohérence des actions locales à mener.

Les aires de santé en picardie : présentation

Cinquante-huit aires de santé ont été dessinées sur l'ensemble du territoire régional à partir d'une analyse multidimensionnelle de l'offre de soins, des besoins et de consommation de santé.

Ce travail a consisté dans un premier temps à définir des aires de santé à partir de la comparaison des profils de recours sanitaire des populations au niveau cantonal. Les cantons contigus ayant des populations aux profils comparables ont été regroupés. Trois sources de données ont été utilisées :

- le CépiDC de l'Inserm concernant les décès survenus dans les établissements de santé ;
- l'État civil pour les naissances ;
- l'Urcam de Picardie pour les consommations de santé (consultations de médecins généralistes et de certains spécialistes - ophtalmologistes, dermatologues, gynécologues et cardiologues - ainsi que les dépenses de pharmacie).

Ces données ont été croisées avec le domicile et le lieu de soins.

Les variables utilisées correspondent aux lieux de consommation de soins, de naissance ou de décès. Elles rassemblent cinq grands groupes :

- naissances (78 cantons et 11 départements, 8 limitrophes à la région et 3 de l'Île-de-France) ;
- décès en établissements de soins (82 cantons et 11 départements) ;
- dépenses de pharmacie (112 cantons et 11 départements) ;
- consultations de médecins généralistes (112 cantons et 11 départements) ;
- consultations de médecins spécialistes (sans distinction des quatre spécialités pour lesquelles les données sont disponibles, 32 cantons et 11 départements).

L'analyse de données s'est déroulée en deux temps : une analyse en composantes principales (ACP) pondérée par la population picarde estimée au 1^{er} janvier 2004, puis une classification hiérarchique. L'objectif de l'analyse en composantes principales est de regrouper les cantons en un nombre restreint de classes homogènes, les aires de santé. La représentation des individus sur les plans factoriels permet d'apprécier leur répartition et de repérer les cantons aux profils semblables ou, au contraire, opposés par rapport à un axe.

Les indicateurs sont calculés à partir des bases de données de l'Inserm, de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, de l'Assurance maladie, des collectivités locales, des caisses d'allocations familiales et d'autres producteurs de données.

Les analyses se basent sur une mise en relation de données démographiques (densité, répartition par âge de la population, fécondité...), sociales (revenus moyens, aide personnalisée à l'autonomie, demandeurs d'emploi, revenu minimum d'insertion, couverture maladie universelle...), sanitaires (professionnels de santé, taux de mortalité, admissions en affections de longue durée, séjours hospitaliers pour différentes pathologies, consommation de psychotropes...) et de prévention (taux de dépistage des cancers du sein, vaccins...)

Les 1 800 médecins généralistes libéraux vont être destinataires de la plaquette aire de santé de leur aire d'exercice.

Classification des 58 aires de santé

Classe 1 (aires en situation la plus précaire de Picardie) : revenu moyen plus faible, mortalité plus élevée, consommation de médicaments plus importante (anxiolytiques, anti-asthmatiques, anti-dépresseurs, neuroleptiques), pourcentage de vaccinations plus faible. De plus, la proportion de personnes de 75 ans et plus y est plus importante.

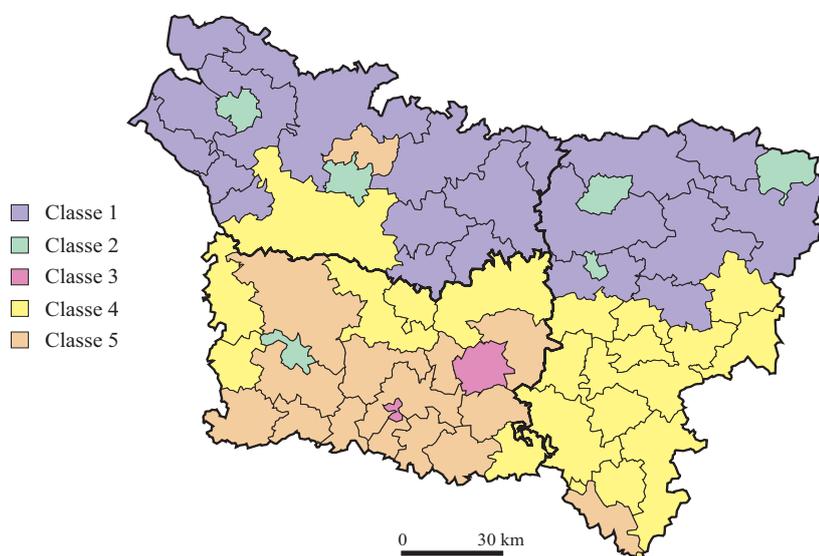
Classe 2 : aires urbaines où les taux de RMI, de mères mineures, de mortalité (notamment prématurée) sont les plus élevés. La consommation de médicaments y est plus importante (anxiolytiques, psychotropes, anti-dépresseurs, neuroleptiques). La part de personnes de moins de 25 ans y est plus faible.

Classe 3 : aires urbaines où le taux d'hospitalisation en 2004-2005 et le taux de RMI sont les plus élevés. Le pourcentage de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe est plus faible.

Classe 4 : aires en situation moyenne où sont observés un pourcentage de personnes de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe plus élevé, une consommation de médicaments (anxiolytiques, psychotropes, anti-dépresseurs) plus faible, un taux de RMI et une densité de médecins (généralistes et de manière moindre spécialistes) moins importants.

Classe 5 : aires en situation plus favorisée où l'on observe un revenu moyen plus élevé, une espérance de vie plus élevée, une mortalité (notamment prématurée) plus faible. Le taux de RMI et la consommation de médicaments (psychotropes, neuroleptiques, anti-asthmatiques, anxiolytiques, anti-dépresseurs) y sont plus faibles. La part de personnes de moins de 25 ans y est plus importante.

Classification des 58 aires de santé



Les aires de santé en picardie : enquête

Les 1 800 médecins généraux de la région vont recevoir la plaquette de l'aire de santé dans laquelle ils exercent. Une enquête a déjà été menée auprès d'une partie des premiers médecins à qui une plaquette est déjà parvenue.

L'observatoire régional de la santé et du social de Picardie, l'Urcam de Picardie et le service médical Nord - Picardie ont décidé de diffuser à l'ensemble des médecins généralistes sur leur lieu d'exercice les plaquettes des diagnostics sanitaires et sociaux se rapportant à leurs aires de santé.

Intitulés *Regard santé*, ces diagnostics ont pour objectif d'apporter une aide à la pratique quotidienne du médecin généraliste et d'être à l'origine d'une démarche partagée entre les acteurs du système de santé.

Les principaux résultats de l'évaluation de « Regard Santé »

C'est pour apprécier la pertinence d'une telle approche et pour permettre de meilleurs échanges entre tous les partenaires que des délégués de l'Assurance maladie (Dam) ont proposé à 163 médecins généralistes exerçant sur quatre aires de santé (Abbeville, Compiègne, Marle et Ribemont) de participer au cours du mois de septembre à un entretien d'évaluation du document.

L'objectif était de recueillir les remarques des praticiens de terrain, notamment pour mesurer l'écart entre les informations statistiques publiées et leur représentation de l'état sanitaire et social de la population de leur territoire. Les médecins ont également pu exprimer des suggestions en vue d'améliorer le document et de le rendre plus utile.

Quelque 106 médecins ont accepté de recevoir un délégué de l'Assurance maladie, soit deux médecins sur trois.

Neuf sur dix déclarent avoir reçu le document, parmi lesquels 80 % l'ont lu totalement ou en partie (la dernière page du document reprend les principales informations). Ainsi, sur les quatre aires de santé enquêtées, le document a été lu au moins partiellement par un médecin sur deux.

Les médecins qui ont lu le document ont porté un jugement positif sur les thèmes abordés : neuf sur dix ont trouvé *Regard Santé* intéressant. Pour trois médecins sur quatre, les informations diffusées sont en adéquation avec leur perception de l'état sanitaire et sociale de leur environnement.

Pour deux médecins sur cinq, *Regard Santé* constitue une aide dans leur pratique quoti-

dienne, notamment en matière de prévention et sur la connaissance de la morbidité de la population.

Poursuivre une démarche partagée

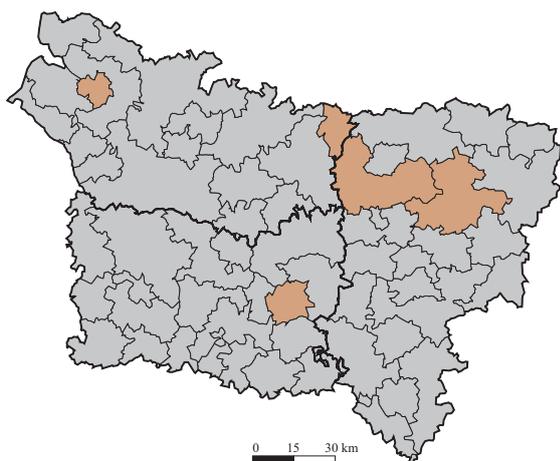
Quarante-six médecins ont formulé des suggestions, les plus récurrentes peuvent être regroupées sous trois thèmes :

- développer ou ajouter d'autres thèmes ;
- faire un document plus synthétique et plus facile à lire en l'absence de connaissances statistiques ;
- renforcer la prévention (installer un médecin supplémentaire permettrait de dégager du temps pour faire de la prévention, donner plus de moyen à une structure de gestion...)

Enfin, 85 % des médecins visités aimeraient disposer d'informations actualisées, de préférence sous un format papier. Parmi les médecins visités, un sur deux serait d'accord pour participer à une réunion locale afin de définir collectivement les actions prioritaires en termes de prévention.

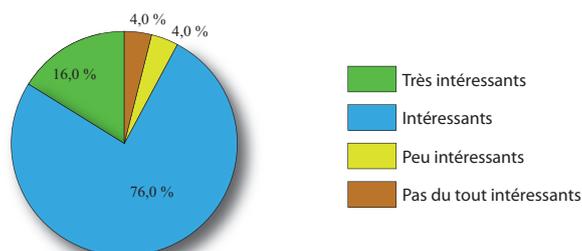
Olivier ZIELINSKI
Urcam de Picardie

Les aires de santé concernées par l'étude



Aire	Médecins	Visites	Taux visite
Abbeville	40	39	98 %
Compiègne	77	36	47 %
Marle	10	9	90 %
Ribemont	36	22	61 %
Total	163	106	65 %

Jugement porté par les médecins sur les thèmes abordés dans *Regard santé*



Onze plaquettes « aires de santé » ont été diffusées en juillet 2008 auprès des médecins généralistes des aires concernées. Dès la mi-septembre, les délégué(e)s de l'Assurance maladie (Dam) se sont rendus au cabinet des médecins généralistes de quatre des onze aires afin de recueillir leurs perceptions, observations et suggestions.

Témoignages de la coordinatrice de l'action, d'un médecin généraliste et de quatre Dam.



Dr Danièle Fontaine,
échelon local
du service médical
de la Cnamts

L'observation comme préalable aux actions de santé localisées.

La production de diagnostics territoriaux permet de créer, à l'échelle infra-départementale, des conditions de dialogue et de décision partagée entre les différents acteurs du champ sanitaire et du champ social.

Les actions prioritaires peuvent ainsi être retenues tant en offres de soins, en prévention, qu'en démarches sociales.

Les territoires « aires de santé » ont été déterminés en partant, d'une part, des profils de recours sanitaires de la population de chaque canton picard et, d'autre part, en prenant en compte les profils comparables de ces populations.

Ainsi, les analyses statistiques ont permis de déterminer en Picardie cinquante-huit aires de santé homogènes en termes de comportement de la population par rapport aux recours aux soins.

Avoir un regard global sur la région et pouvoir comparer les territoires « aires de santé » afin d'en analyser les disparités est capital pour une prise de conscience collective de l'état sanitaire et social et pour l'appropriation partagée des enjeux entre tous les acteurs locaux.

Dr Xavier Lejeune,
médecin généraliste
à Abbeville

En préalable, je voudrais souligner le problème de démographie médicale sur mon secteur d'activité. En effet, actuellement, plusieurs confrères ont quitté l'activité libérale et n'ont pas trouvé de remplaçants, ce qui implique, en conséquence, un surcroît de travail.

C'est pourquoi, il m'est impossible de m'engager sur une participation à la mise en place, par exemple, d'un projet qui serait porté par des médecins libéraux sur Abbeville.

Par contre, une réflexion sur la santé publique menée dans le cadre de nos enseignements post-universitaires (EPU) semble tout à fait intéressante et mon implication y serait plus sensible.

Pour exemple, une action partagée qui fonctionne très bien est l'organisation du dépistage du cancer colo-rectal. Adema a su mobiliser 100 % des médecins du secteur pour présenter la campagne et nous former dans le cadre d'un EPU. Notre rôle est ainsi reconnu tant financièrement que stratégiquement pour convaincre nos patients.

Mon partenariat avec l'Assurance maladie est pour moi important et je trouve tout à fait normal

de répondre aux sollicitations institutionnelles, en recevant régulièrement les délégués de l'Assurance maladie, dans la limite du possible.

En conclusion, je dirais que j'adhérerai plus facilement à une démarche nouvelle concernant la prévention, si celle-ci s'inscrit dans le cadre des consultations habituelles et qu'elle requiert « le moins de paperasse possible ».

Brigitte Marceau,
Déléguée de l'Assurance
maladie à
Compiègne



Je suis déléguée de l'Assurance maladie auprès des médecins compiègnais, depuis janvier 2004.

Ma difficulté habituelle de convaincre les médecins de bien vouloir m'accorder un moment de leur temps a été confirmée lors de cette action.

Malgré un certain forcing, lors d'un contact téléphonique, ils ne se sont pas montrés très volontaires pour répondre au questionnaire.

Parmi les refus, certains ne se sont pas cachés d'avoir jeté le document sans l'avoir lu, d'autres n'avaient même pas dix minutes de leur temps à m'accorder.

En fait, une petite moitié des professionnels a accepté de me recevoir.

Voilà, très synthétiquement, ce qui ressort de ces entretiens.

Une majorité des médecins ont jugé la période d'envoi peu propice. Pendant les vacances, le courrier est pré-trié et le médecin priorise sa lecture à son retour.

Par ailleurs, le recueil du ressenti, après une période de deux mois est jugé aussi trop tardif.

Le document par lui-même a été jugé comme purement statistique et n'a pas été perçu comme une aide possible dans la connaissance du territoire.

C'est pourquoi, j'estime pour ma part que ce document n'a pas connu un « franc succès » auprès des médecins de mon secteur.

Par ailleurs, en ce qui me concerne, je conçois que ce nouveau rôle d'interface, dans le champ de la prévention, entre la région et les professionnels de santé serait un ajout supplémentaire à nos missions.

Néanmoins cela nécessiterait une redéfinition de nos interventions qui sont déjà multiples et complexes.

Laurence Paquet,
Déléguée de l'Assurance
maladie
Secteur de Marle

Malgré le temps très court qui nous a été donné, la passation des questionnaires s'est faite relativement facilement.

Les médecins de ce territoire étaient plutôt in-

téressés, mais souvent dubitatifs quant au suivi qu'il en découlerait.

Intéressés par cette vue générale qui leur permet de situer leur secteur d'activité, ils estiment pourtant qu'en aucune façon ils ne remettraient en question leur pratique.

Ils sont convaincus faire le maximum tant en terme de soins qu'en prévention.

Sylvie Petithomme
Déléguée de l'Assurance
maladie de Saint-
Quentin

Cette action auprès de généralistes d'une aire de santé était une tout autre

démarche par rapport aux discours de maîtrise médicalisée portés habituellement par un Délégué de l'Assurance Maladie.

J'ai été bien reçu par l'ensemble des médecins rencontrés.

Même si certains ne se rappelaient plus du document adressé quelques temps plus tôt, ils étaient généralement intéressés par la mise à leur disposition de données démographiques, sociales et sanitaires. Certaines données se rapprochaient de leur ressenti sur le terrain. Ils ont cependant été étonnés du faible taux de participation à la prévention « cancer du sein » malgré leur insistance auprès de leurs patientes. Leur conclusion est : il est temps d'agir auprès d'une population de plus en plus en situation de précarité et de pallier au manque de médecins. La demande de soins n'est pas adaptée aux besoins réels des habitants.

Joël Traulle,
Délégué de l'Assurance
maladie
Secteur d'Abbeville

À part un refus, tous les médecins généralistes d'Abbeville ont accepté le rendez-vous et pris le temps de répondre, en direct, au questionnaire proposé.

Il semble que cette approche nouvelle de santé publique ait été appréciée. En effet, bien que pour la majorité d'entre eux, ce document soit passé plus ou moins inaperçu, car envoyé pendant une période de vacances et noyé dans une masse de courriers, les professionnels de santé rencontrés ont été positifs quant à cette démarche d'information et espèrent que d'autres documents suivront.

Ils souhaitent également la mise en place de réunions sur les différents thèmes abordés dans *Regard santé*.

Enfin, en ce qui me concerne, j'ai particulièrement jugé agréable cette démarche qui m'a permis d'aborder les médecins sous un angle nouveau, démarche que j'accepterai bien volontiers de renouveler.

La santé des immigrés en France

Dans le numéro de septembre, a été brièvement évoquée l'étude de l'Irdes sur la santé des immigrés en France. L'occasion est donnée dans ce numéro de revenir plus en détail sur cette étude fondatrice.

En juillet dernier, l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) a publié un *Questions d'économie de la santé* sur la santé perçue des immigrés en France à partir de l'exploitation des données de l'enquête décennale santé 2002-2003.

Si les inégalités sociales de santé sont aujourd'hui largement documentées en France, l'état de santé de certaines sous-populations, notamment celle des immigrés (8,1 % de la population française en 2004) reste encore à explorer. L'enquête décennale santé menée en 2002-2003 par l'Insee permet de décrire les différences d'état de santé perçue liées à la nationalité et au pays d'origine, puis de chercher à voir si ces différences sont expliquées par la situation économique et sociale des immigrés dans le pays d'accueil, par les conditions économiques du pays d'origine ou par un effet spécifique attribuable à la migration.

Les immigrés ont un état de santé moins bon que les Français de naissance...

Parmi les personnes de 18 ans et plus de l'échantillon analysé, 91 % sont nées Françaises en France, 9 % sont des immigrés, c'est-à-dire des personnes nées à l'étranger, dont environ les deux tiers ont été naturalisés. Les immigrés naturalisés et étrangers ont un état de santé plus mauvais que les Français de naissance : respectivement 36 % et 31 % contre 25 %. Un lien entre le statut économique et social et l'état de santé a été observé. Ainsi, la probabilité de déclarer un mauvais état de santé diminue significativement lorsque les niveaux d'instruction et de revenu, le statut social et l'accès à l'emploi augmentent. Par ailleurs, les personnes vivant en couple avec enfant(s) déclarent un meilleur état de santé que les personnes en couple sans enfant, les personnes seules, issues d'une famille

monoparentale ou dans d'autres situations. Cette plus mauvaise santé des immigrés est donc en partie expliquée par leur situation socio-économique défavorable. En effet, leurs taux de chômage et d'inactivité sont plus importants, ainsi que la proportion de personnes sans diplômes, qui atteint 48 % chez les immigrés étrangers contre 15 % chez les Français nés en France. Les personnes immigrées vivent aussi plus souvent en couple avec enfant(s) et appartiennent également plus souvent à des ménages associant plus de deux générations et des adultes cohabitants.

...expliqué par leur situation socio-économique

Par ailleurs, à situation économique et sociale donnée, le risque que les immigrés étrangers se déclarent en mauvaise santé est plus élevé (*odds ratio*=1,3) que celui des Français nés en France et celui des immigrés naturalisés (*odds ratio*=1,4). Ce résultat suggère un effet délétère sur la santé du fait d'avoir migré.

Parmi les 2 296 personnes immigrées interrogées, 30 % sont nées en Europe du Sud, 30 % au Maghreb, 9 % en Europe du Nord. Après contrôle de leur situation sociale, seules les personnes originaires d'Europe du Sud et du Maghreb déclarent plus fréquemment un mauvais état de santé que les personnes nées en France, alors que les immigrés d'Europe du Nord apparaissent toujours en meilleure santé. Ces différences d'état de santé perçue après la prise en compte de la situation économique et sociale actuelle des immigrés selon leur région de naissance suggèrent une influence à long terme des caractéristiques économiques, sanitaires et politiques des pays d'origine. En effet, le bon état de santé des personnes originaires d'Europe du Nord pourrait être lié au fait qu'elles ont été confrontées dans leur pays d'origine à des conditions en moyenne



plus favorables que les personnes originaires des pays du Maghreb ou d'Afrique. Des analyses complémentaires montrent que les personnes nées dans des pays ayant un niveau de développement intermédiaire ont, toutes choses étant égales par ailleurs, une probabilité plus élevée de déclarer un mauvais état de santé que les personnes originaires des pays les plus développés. Ce résultat confirmerait un effet protecteur à long terme du niveau de développement du pays d'origine. Cependant, on constate également que les personnes nées dans les pays les moins développés n'ont pas un état de santé perçue significativement différent de celui des personnes nées dans les pays les plus riches.

Ces résultats traduisent probablement l'existence d'un effet de sélection à la migration plus marqué pour les personnes en provenance des pays les plus pauvres, effet selon lequel les personnes en très bon état de santé auraient plus de facilité à migrer.

**DELIVERING FOR TOMORROW'S
EUROPEAN CONSUMERS**

Les 29 et 30 octobre 2008 s'est tenue à Bruxelles à l'initiative de la DG Sanco, une conférence de haut niveau sur les enjeux de la santé de demain en Europe. Intitulé *Delivering for tomorrow's European Consumers*, ces journées ont conclu le cycle de consultations mené depuis deux ans. La réflexion se poursuivra tout au long des six prochains mois afin de définir le mandat de la prochaine Commission (2009-2014).



Placée sous la présidence de Robert Madelin, directeur général DG Sanco, cette conférence a réuni quelque 500 participants, issus tant des champs de la santé publique que de la défense des consommateurs mais aussi de l'industrie.

Les principales conclusions des discussions tournent autour de la confiance à retrouver, dans les institutions comme dans les entreprises, notamment dans la période de crise actuelle. Cette crise est d'ailleurs pointée comme une opportunité à saisir pour redéfinir des partenariats entre tous les acteurs, y compris avec les citoyens, qui ne doivent plus être uniquement pensés comme des consommateurs ou des usagers. Les conférenciers sont revenus sur la nécessité d'écouter et d'entendre les citoyens, de les éclairer sur les travaux scientifiques ainsi que sur la prise en compte des risques et des incertitudes par la recherche scientifique et les politiques publiques.

Tous les documents du colloque sont disponibles sur : <http://www.sanco-tomorrow.eu/en/articles/sanco-tomorrow/documents.cfm>

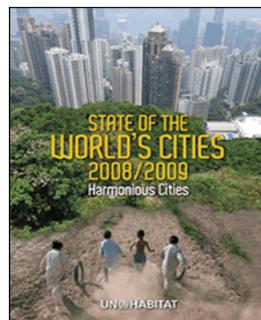
**TABAC ET COMMUNICATION
EN SANTÉ PUBLIQUE**

Les 11 et 12 octobre 2008, la Commission a organisé une conférence sur le thème : *La communication en santé, l'exemple du tabac*. Cent-soixante-douze experts de vingt-neuf pays réunis durant les débats et ateliers ont conclu leurs travaux en approuvant treize recommandations, parmi lesquelles :

- le maintien des campagnes de communication parce qu'elles ont un rôle non négligeable dans le contrôle de la consommation de tabac ;
- le partenariat à rechercher avec les jeunes, à quelque niveau que soit menée l'action, de sa planification à son évaluation ;
- l'exploitation d'une approche globale des comportements ;
- la nécessité de tisser des ponts avec les autres sphères des politiques publiques, comme l'éducation ;
- la valorisation des non-fumeurs et des comportements sains ;
- la dénonciation du rôle de l'industrie, y compris pour les autres problèmes de santé ;
- la diffusion des pratiques d'éducation par les pairs et de communication ;
- le développement de la recherche et de l'évaluation, en prenant en considération les inégalités.

EUROSTUDENT

L'Observatoire de la vie étudiante publie dans sa dernière lettre d'information les résultats de l'étude Eurostudent, qui s'est déroulée en 2005-2006 auprès de 25 000 étudiants de dix-neuf pays. L'enquête montre que la primo-inscription dans l'enseignement supérieur est plus précoce en France que chez nos voisins européens mais que les reprises d'études y sont plus rares. Relativement jeunes, les étudiants français sont moins souvent en couple ou en charge de famille et moins fréquemment en situation d'autonomie résidentielle que dans les pays du nord. Ils sont néanmoins assez nombreux à exercer une activité rémunérée en cours d'études. Enfin, dans l'ensemble des pays européens, l'accès à l'enseignement supérieur et la mobilité internationale restent corrélés à l'appartenance aux catégories supérieures.

**VILLES HARMONIEUSES**

ONU habitat, 244 p., 44 \$

Le 23 octobre 2008 à Londres, Anna Tibaijuka, directrice exécutive du programme de l'ONU, ONU-Habitat, programme des Nations unies pour les établissements humains, a présenté « Villes harmonieuses », quatrième édition du rapport sur « L'État des villes du monde ». Cette publication, somme de sta-

tistiques et d'études de cas sur le phénomène urbain, dévoile, par exemple, que depuis 2008 plus de la moitié de l'humanité vit en ville ou encore que des mégapoles de plus de 20 millions d'habitants sont en train de se constituer : après Tokyo et Mexico viendront Bombay, Sao Paulo, Karachi...

Dans sa conférence de presse, Anna Tibaijuka a insisté sur le fait que la crise financière actuelle n'est pas ponctuelle mais qu'elle résulte d'une politique qui fait faillite. Elle ajoute : « Clairement, nous ne pouvons avoir une société harmonieuse si les gens ne sont pas en sécurité dans leurs maisons. Les gouvernements doivent faciliter l'accès à des maisons peu chères pour ceux qui ont de faibles revenus parce que l'accès au logement ne peut pas être uniquement laissé au marché concurrentiel ».

**ALZHEIMER
EN EUROPE**

À l'occasion de la Conférence européenne sur La lutte contre la maladie d'Alzheimer, le 31 octobre à Paris, Nicolas Sarkozy a incité l'Europe à agir selon trois axes : la connaissance de la maladie et la recherche, le partage d'expériences sur les soins et la prise en charge, l'éthique. Il a souhaité que le Conseil européen adopte avant la fin de la présidence française des recommandations invitant chaque État membre à se doter d'un plan Alzheimer d'ici 2010. Priorité en France, la lutte contre cette maladie doit l'être en Europe, a-t-il conclu.



Base de données européenne de la Santé pour tous

L'Organisation mondiale de la santé - Bureau pour l'Europe - met en ligne depuis le milieu des années quatre-vingt la base de données *La santé pour tous*. Elle est mise à jour deux fois par an, en janvier et en juillet.

La Santé pour tous est une base de données centrale des statistiques sanitaires essentielles, établies en toute indépendance, comparables et actualisées. Depuis son lancement par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, au milieu des années quatre-vingt, cette base de données est une source d'informations capitales sur la santé dans la Région européenne. Elle contient des séries chronologiques dont les plus anciennes datent de 1970.

Actualisée deux fois par an, elle reprend quelque six cents indicateurs des cinquante-trois États membres européens de l'OMS. Ces indicateurs couvrent :

- * les données démographiques de base ;
- * l'état de santé (mortalité, morbidité, santé maternelle et infantile) ;
- * les déterminants de la santé (par exemple le style de vie et l'environnement) ;
- * les soins de santé (moyens et affectation).

L'internaute peut aussi choisir de n'avoir accès qu'aux données nationales, sans comparaisons avec les autres pays membres.

La base de données de la Santé pour tous permet de représenter les analyses nationales et internationales sous forme de diagrammes, de courbes ou de cartes, qui peuvent être exportés gratuitement vers d'autres logiciels. Ces données proviennent :

- * d'un réseau d'experts nationaux actifs dans les divisions des statistiques et de la surveillance, ainsi que dans les observatoires des ministères ;
- * des programmes techniques du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ;
- * des organismes partenaires comme l'Organisation de coopération et de développement économiques...

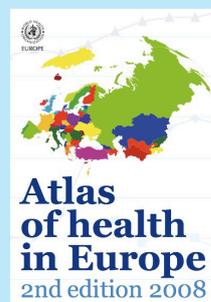
La base de données de la Santé pour tous peut être utilisée en ligne ou téléchargée pour être intégralement installée sur un ordinateur de bureau, ce qui permet des traitements plus intéressants.

Base de données de la Santé pour tous, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>).



Atlas de la santé en Europe, 2008

Cette deuxième édition de l'Atlas de la santé en Europe présente des chiffres clés sur la santé des cinquante-trois États membres de la Région européenne de l'OMS. Les données portent sur



les populations, les naissances, les décès, l'espérance de vie et les maladies, le mode de vie ainsi que sur l'environnement, la consommation d'alcool, le tabagisme et les accidents de la route, ou encore les types et niveaux de soins de santé.

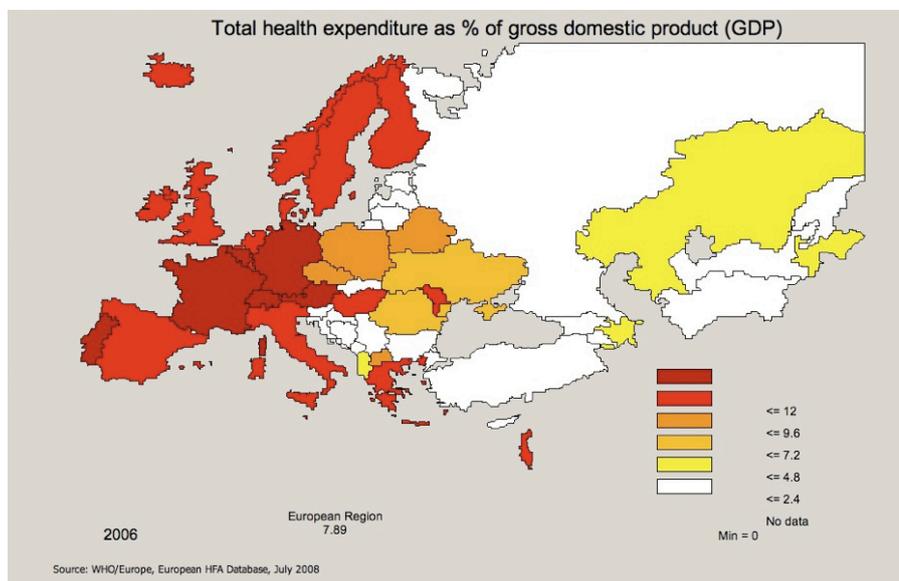
Chaque indicateur est présenté sous forme de carte pour montrer les variations régionales globales, d'un diagramme à barres horizontales pour indiquer le classement des pays et d'un graphique chronologique pour montrer l'évolution au fil du temps dans trois principaux groupes de pays.

Cet atlas, qui exploite la base de données La santé pour tous du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en la combinant avec les meilleures autres sources de données de la Région, propose le tour d'horizon le plus complet de la santé en Europe.

Téléchargeable sur : http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080905_1?language=French

** Si l'explication de l'application est en français, l'interface de sélection des indicateurs et toutes les autres informations ne sont disponibles qu'en anglais.*

Exemple de carte générée par l'application* la santé pour tous de l'OMS à partir d'une requête sur le pourcentage des dépenses de santé dans le PIB



Santé et territoires

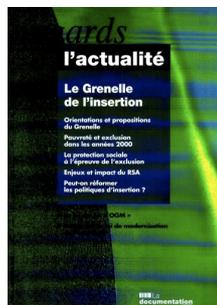
En 2006, le groupe Santé et territoires s'est constitué autour d'anciens auditeurs de l'Institut des hautes études de l'aménagement et du développement durable des territoires (Ihedeat). Aujourd'hui, ce groupe entend alimenter la réflexion et le débat sur la relation entre la santé et les territoires, notamment dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires. Le débat ouvert à cette occasion constitue pour ce groupe l'opportunité pour inscrire et conforter dans le dispositif législatif, puis réglementaire la référence territoriale.

Il vient d'éditer un rapport fort de douze fiches et de vingt-quatre recommandations autour de trois principes :

- l'équité, issue de la recherche de l'égalité des chances et des droits des citoyens ;
- la nécessité du changement et de l'ambition de la réforme ;
- l'ancrage territorial, le lien avec les élus.

Le rapport est téléchargeable sur : <http://www.educasantepicardie.org/>

Le Grenelle de l'environnement



Le dossier de ce Regards sur l'actualité de la Documentation française est consacré au Grenelle de l'insertion qui s'est conclu en mai 2008. L'idée de ce Grenelle est de réexaminer les dispositifs de l'insertion professionnelle qui se sont succédé depuis une trentaine d'années.

Cinq articles forment ce dossier :

- Grenelle de l'insertion : orientations et principales propositions ;
- pauvreté et exclusion dans les années 2000 : analyse d'un tableau de bord ;
- la protection sociale à l'épreuve de l'exclusion ;
- le revenu de solidarité active : enjeux et effets attendus ;
- les politiques d'insertion : quelle réforme possible ?

Annoncé en octobre 2007 par Nicolas Sarkozy sur le modèle du Grenelle de l'environnement, le Grenelle de l'insertion a été lancé dès novembre par Martin Hirsch en mobilisant toutes les parties prenantes de l'insertion professionnelle. Trois groupes de travail ont été créés : redéfinition de la politique publique d'insertion professionnelle, mobilisation des employeurs, évaluation des parcours d'insertion. Le Grenelle s'est tenu le 27 mai 2008.



Croissance et inégalités dans les pays de l'OCDE

Cet ouvrage réunit de nombreuses analyses de la distribution des ressources économiques dans les pays de l'OCDE. Les données présentées sur la distribution des revenus et la pauvreté couvrent, pour la première fois, l'ensemble des trente pays de l'OCDE au milieu des années deux mille. En outre, des informations sur les évolutions observées depuis le milieu des années quatre-vingt sont fournies pour environ deux tiers d'entre eux.

Cet ouvrage décrit également les inégalités dans divers domaines (tels que le patrimoine des ménages, les modes de consommation ou les services publics en nature) qui sont généralement exclus des analyses classiques sur la distribution des ressources économiques entre les individus et les ménages.

Ainsi, le rapport met en exergue que le nombre de personnes peu qualifiées et faiblement instruites sans emploi sont l'une des principales causes des inégalités de revenus. Un autre facteur est la multiplication des personnes qui vivent seules et des familles monoparentales. De la même façon, le document souligne que la pauvreté des enfants a augmenté.*

* Selon la définition de l'OCDE, il y a pauvreté lorsque chaque membre d'un ménage a un revenu inférieur à la moitié du revenu médian, corrigé de la taille de la famille.

État de santé dans le monde : Charge mondiale de la morbidité, OMS 2008



L'Organisation mondiale de la Santé publie La charge mondiale de morbidité, qui présente une image complète de l'état de santé mondial et régional. Sur la

base d'un nombre important de données recueillies dans tous les pays, l'OMS se livre à une comparaison des décès, des maladies et des traumatismes survenus en 2004 selon la région, l'âge, le sexe et le revenu national.

Cette étude fait le point sur :

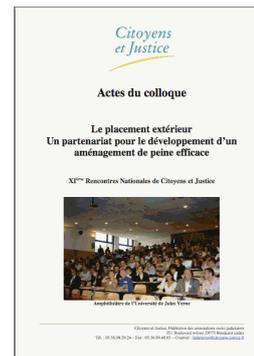
- les causes de décès dans différentes régions de l'OMS ;
- les principales causes de décès par âge, par sexe et par maladie ;
- le nombre de personnes souffrant de diverses maladies et incapacités ;
- les causes de la perte de santé et le nombre réel d'années de bonne santé perdues - qui sont mesurées par les années de vie corrigées de l'incapacité* (Daly). On y apprend ainsi, par exemple, que la dépression est la principale cause d'années perdues pour cause d'incapacité, la charge étant plus lourde de 50 % chez les femmes que chez les hommes. Tant dans les pays à revenu faible que dans ceux dont le revenu est élevé, les problèmes liés à l'usage nocif de l'alcool figurent parmi les dix premières causes d'incapacité.

* Une année de vie corrigée de l'incapacité équivaut à la perte d'une année de pleine santé.

Téléchargeable sur : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html

Rencontre nationale de citoyens et Justice à Amiens

Se sont tenues à Amiens les 12 et 13 juin 2008, les XI^{es} rencontres nationales de Citoyens Justice sur le thème « Le placement extérieur, un partenariat pour un développement d'un aménagement de peine efficace ». Ces journées ont été animées par le journaliste Serge Moati, la synthèse orale et écrite a été réalisée par Jean Danet, avocat honoraire et maître de conférence à l'université de Nantes.



Les actes du colloque sont consultables sur le site www.citoyens-justice.fr/publications

Sortir de la rue (suite...)



Après son rapport d'étape remis en janvier 2008 au Premier ministre, Étienne Pinte a rendu son rapport définitif en septembre dernier, fort d'un certain nombre de propositions sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées.

En décembre 2007, le Premier ministre François Fillon confiait à Étienne Pinte, député des Yvelines, une mission parlementaire sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées alors que la loi Dalo (mars 2007) se mettait progressivement en place. Manque de logements en France, manque de constructions de logements très sociaux, manque de logements adaptés aux populations très fragiles, tels furent les constats à l'époque. Le rapport Pinte de septembre 2008, s'il se montre source de propositions, revient aussi sur la politique mise en place. Ainsi, en matière d'hébergement, il qualifie d'insuffisantes la ligne budgétaire 2008 et l'enveloppe prévue pour 2009 pour poursuivre le financement des maisons relais et pour répondre au besoin d'hébergement d'urgence. Il regrette aussi que l'enveloppe de développement de l'intermédiation locative ne soit toujours pas budgétée.

Conditionner les avantages fiscaux : une vraie contrepartie sociale

Pour l'heure, le programme hébergement, 1 256 millions d'euros 2008, est en cours de réalisation, et l'enveloppe 2009 doit être établie à partir des besoins recensés par Alain Régnier, préfet délégué général nommé par le Premier ministre. Pour les dispositifs sanitaires supplémentaires (équipes mobiles psychiatrie précarité, lits halte-soins, Pass), les financements dépendent du ministère chargé de la santé mais le Premier ministre s'était engagé à les financer pour 2008 à hauteur de 10 millions d'euros. Le rapport souhaite les voir pérenniser et qu'une partie de l'enveloppe consacrée aux nuitées d'hôtel aille vers la location et la sous-location.

Pour le logement, Étienne Pinte milite pour le maintien de l'enveloppe des aides à la pierre à la même hauteur que 2008 (800 millions d'euros), en se concentrant plus sur les zones tendues et rappelle que la disparition de l'habitat indigne a été érigé au rang de « priorité absolue » mais que la totalité des moyens 2008 n'a pas été mise en place.

Il préconise le renforcement du pilotage national sous l'autorité du préfet Régnier et du pilotage départemental par les préfets avec une

campagne de sensibilisation sur les nouveaux types de logement : maisons relais, résidences hôtelières à vocation sociale, ainsi que l'intermédiation locative et solidaire.

La contrepartie sociale doit être effective et recentrée sur les plus modestes, que ce soit dans la location ou la sous-location. Étienne Pinte voudrait que soient améliorées et diversifiées les capacités en matière d'hébergement. Il avance pour cela la réalisation d'un diagnostic de l'existant et des besoins, la poursuite des plans d'humanisation, la réduction des dortoirs et la mise en œuvre de projets innovants, tout en assurant une prise en charge plus homogène sur tout le territoire des familles avec enfant(s) de moins de trois ans par le département.

En ce qui concerne les populations les plus fragiles, le rapport met en avant une prise en compte des personnes souffrant de troubles de la personnalité. Il préconise encore la poursuite de la politique de prévention des expulsions et le maintien de l'effort de construction de logements sociaux, par exemple en imposant 20 % de logements sociaux pour les communes de plus de 2 500 habitants.

Pour l'accès au logement social des plus modestes, Étienne Pinte propose que les produits du surloyer pourraient être reversés aux fonds de solidarité des organismes HLM et qu'en Île-de-France soit initiée une politique expérimentale de loyers progressifs et la minoration de certains loyers déjà minimes.

Au titre de la lutte contre l'habitat indigne, le rapport préconise de traiter 100 000 logements d'ici 2012 par une réforme du prêt d'amélioration de l'habitat indigne et par la consolidation des moyens donnés à l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat.

Enfin, il souhaite la promotion d'une logique nouvelle en matière d'accompagnement social par la création d'un référentiel commun entre centres d'hébergement d'urgence (CHU) et centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), par la prévention des expulsions le plus en amont possible et par le dépassement des clivages institutionnels.

Aline OSMAN-ROGELET

Étienne Pinte, *Rapport de synthèse sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes mal logées*, avec les contributions d'Isabelle Rougier et de Laurent Chambaud (Igas), coordination Delphine Bonjour, (Assemblée nationale), septembre 2008



Loger les immigrés La Sonacotra 1956-2006

Emblématique de l'immigration de travail en France, la Sonacotra, devenue Adoma, a fortement marqué le logement social en France.

L'ouvrage de Marc Bernardot propose, à partir d'entretiens, d'enquêtes de terrain et d'archives, une sociologie historique de la Société nationale de construction pour les travailleurs, de sa création en 1956 jusqu'à nos jours.

Cette société d'économie mixte a été créée par le ministère de l'Intérieur, soucieux de surveiller les Algériens présents en métropole durant la guerre d'Algérie. L'entreprise s'est imposée dans les années soixante comme le laboratoire de l'habitat social, incontournable pour détruire les bidonvilles et réhabiliter les centres urbains, loger les ouvriers étrangers de l'industrie, des grands chantiers et des villes nouvelles. La Sonacotra est ainsi devenue un acteur central de la politique d'immigration et a développé un modèle de contrôle social séparé pour les immigrés des anciennes colonies. Implantée nationalement, elle a construit et géré non seulement des foyers pour célibataires, mais aussi des cités d'accueil, des centres d'urgence, et des HLM pour les familles, jusqu'à devenir l'un des premiers opérateurs de logement en France.

Dans les années soixante-dix, ce modèle paternaliste et raciste va entrer en crise et être remis en cause par ce qui restera la plus longue mobilisation politique des étrangers en France au XX^e siècle. Depuis les années quatre-vingt-dix, les foyers, stigmatisés par la presse et dans l'opinion, ont été intégrés dans la politique de lutte contre l'exclusion et d'accueil des demandeurs d'asile. L'archipel des foyers n'a pourtant pas disparu et reste un lieu central de la vie des immigrés en France.

Marc Bernardot *Loger les immigrés - La Sonacotra 1956-2006*, éditions Du Croquant, Collection Terra, oct 2008, 352 p.

Automnales 2008

20 janvier 2009, Paris

« Être une femme sans domicile fixe après 50 ans :
Enquêtes et réflexions »

Renseignements, inscriptions
Conseil régional Ile-de-France
Tél. : 00 33 (0) 1 53 85 66 96
mél : catherine.genin@iledefrance.fr

22 janvier 2009, Paris

Colloque Fnadepa : « Vers une nouvelle gouvernance au
service des établissements et services pour personnes
âgées »

Renseignements, inscriptions
Fnadepa
Tél. : 00 33 (0) 1 49 71 55 30
mél : info@fnadepa.com

27-28 janvier 2009, Paris

Rencontres européennes du maintien à domicile
(Remad 2009)

Renseignements, inscriptions :
Marie Davy
Tél. : 00 33 (0) 1 70 94 65 02
mél : m.davy@b-c-a.fr

28-29-30 janvier 2009, Paris

Journées d'étude APF Formation : « Au risque de la
relation »

Renseignements, inscriptions :
APF Formation
Tél. : 00 33 (0) 1 40 78 69 52

29-30 janvier 2009, Angers

Colloque CNFPT-Ancaed : « Quel avenir pour le travail
social généraliste dans les départements ? »

Renseignements et inscriptions en ligne uniquement :
www.enact-angers.cnfpt.fr

Fin janvier 2009, Amiens

Promotion de la santé et agences régionales de la santé :
Séminaire de réflexion co-organisé par la SFSP et le Cres
de Picardie

Renseignements : cres@crepicardie.org

2 février 2009, Bruxelles

Génération en santé : Présentation officielle du projet,
Comité des Régions, Bruxelles

Les neuf opérateurs du projet *Génération en santé*, dont
l'OR2S et le Cres Picardie, présentent à leurs partenaires
et à la presse européenne, ce projet transfrontalier dans
le cadre d'Interreg IV, poursuite de *Vers des programmes
transfrontaliers de santé* (Interreg III).

Renseignements et réservation obligatoire par mail :
philippe.lorenzo@or2s.fr

22-24 juin 2009, Prague

17^e conférence européenne des services sociaux : « Qualité
et performance dans les services sociaux en Europe »

Renseignements : <http://www.esn-eu.org/-call-for-workshops/index.html>

Plateformes sanitaires et sociales en

colloque : Amiens, 11 décembre 2008*



En ouvrant les Automnales 2008 de l'OR2S, Françoise Van Rechem, directrice de la Drass de Picardie, souligne que les plateformes sanitaires et sociales ont un rôle crucial pour la connaissance et l'analyse prospective. Et cela, dans la perspective de débats publics. En Picardie, dès 2006, dans le cadre du contrat de plan État-région, la maîtrise d'œuvre en a été confiée à l'ORS. D'où la naissance de l'OR2S à la demande de la préfecture de région et du conseil régional. Pour son président, le docteur Joseph Casile, la Picardie est confrontée à l'extrême urgence de passer de la connaissance à l'action, tout en décloisonnant activement les différents professionnels. Aujourd'hui, 25 plateformes fonctionnent en France, avec des noms et des montages différents selon les régions. Leurs enjeux et valeurs communes répondent de quatre verbes : recenser, mutualiser, échanger, partager. Et en plus, diffuser et rendre lisible, pour quiconque, les données colligées et validées.

Les organisations, actuellement constatées d'une région à une autre, reposent sur la souplesse. Les expériences des régions Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne et Pays de la Loire sont abordées au cours des différents exposés. Elles impliquent que les missions soient clairement définies ; elles nécessitent d'associer parfois jusque 25 à 50 partenaires, voire plus... D'où la structuration en comité de pilotage, en comité partenarial, comité technique ou scientifique. Le point commun de toutes les régions est de déléguer l'opérationnel à une structure ou une équipe donnée. Se pose alors la question des moyens.

Ces moyens sont d'abord constitués par les compétences et le temps. Car il faut étudier et analyser, réfléchir et programmer, face à une multitude de données dans le souci de la fiabilité, la simplicité et l'utilité partagée.

La cartographie reste un outil privilégié. Et les indicateurs doivent être choisis, structurés et agréés par rapport à des objectifs ciblés et concertés.

La communication est une préoccupation permanente et une priorité incontournable. Les outils développés sont nombreux et mobilisent des res-

sources non négligeables : colloques et rencontres, cahiers et bulletins périodiques, atlas et répertoires, sites et portails internet. Ces supports constituent la face visible, véritables « produits » et « livrables » des plateformes. Leur spécificité est de croiser les regards, les données et les informations.

Faire vivre une plateforme, c'est développer expertise, ingénierie et animation. C'est également être à l'écoute des attentes et des retours des partenaires et utilisateurs. L'utilisation des plateformes débouche sur l'action. Présentées à titre d'exemples, trois actions dévoilent des finalités bien différentes : la santé communautaire sur un territoire, l'accès aux soins de personnes isolées, la formation-action dans une dynamique d'insertion sociale. Chacune a ses spécificités. On peut citer : la mise en synergie d'acteurs et l'animation territoriale du niveau communal au niveau intercommunal, l'accompagnement individualisé et personnalisé des personnes, la dynamique action-formation-supervision-ajustement. Ces actions ont un point commun : le diagnostic territorial, avec identification de problématiques précises.

L'avenir des plateformes d'observation « social et santé » est lié à la mise en place de la révision générale des politiques publiques, avec l'émergence des agences régionales de la santé et des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. La cohésion sociale est d'ailleurs définie par le Conseil de l'Europe et peut se résumer par « savoir vivre ensemble ».

En clôturant ces Automnales, Colette Michaux, vice-présidente du conseil régional de Picardie, situe la qualité du travail accompli en Picardie et l'importance de le poursuivre pour l'aide à la décision et le soutien à l'action auprès des populations. Merci à Martine D'Halluin, Xavier Durang, Bernadette Lemery, Philippe Lorenzo, Bernard Vilain, Laurence Vieville, Nathalie Frigul et Sylvie Hazard pour la qualité des témoignages.

Matthieu MÉREAU

*Les actes complets de cette journée seront publiés dans le courant de l'année 2009.

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE

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

N°4, décembre 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), Christophe Trouillard (drass), Alain Trugeon (or2s)
Mise en page : Philippe Lorenzo (or2s)

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S décembre 2008