

# Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°6

Novembre 2009

## SOMMAIRE

## Diagnostiques territoriaux

**M**ieux cerner les spécificités de chacun des dix-huit pays qui composent la région Picardie : tel est l'objectif que s'est fixé le conseil régional de Picardie en répondant favorablement à la proposition formulée par l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie.

La démarche a plusieurs mérites. Le premier d'entre eux est de prendre en compte la diversité d'une région et de ses territoires, de produire des données à l'échelle du pays et des intercommunalités qui le composent, afin qu'un diagnostic précis et nuancé puisse être établi. La santé, on le sait, dépend d'un si grand nombre de facteurs, que cette approche détaillée est la seule qui vaille.

Une autre grande qualité de cette démarche est de lier le sanitaire et le social, de mettre en parallèle la situation économique des habitants et leurs problèmes de santé. Le lien bien connu à travers les productions scientifiques nationales, voire internationales, se révèle également être une évidence au sein de la région. À ce titre, l'approche par intercommunalité montre qu'à l'intérieur d'un même pays de fortes différences existent en matière de santé, et que le gradient social est le plus souvent l'un, mais non le moindre, des facteurs qui interviennent dans ces contrastes. Au moment où a été promulguée la loi dite HPST et où le T de cet acronyme signifie Territoires, le conseil régional montre ainsi sa volonté d'être à l'écoute de la population et de l'approcher là où elle vit.

Enfin, ce travail n'a d'intérêt que parce qu'il est partagé par les acteurs locaux. Les forums organisés dans la plupart des pays avec tous ceux qui vivent au quotidien les attentes et les besoins de la population permettent d'ouvrir un large espace de dialogue et de définir des priorités d'actions futures.

Priorités des actions à mener, voilà bien l'enjeu crucial de ce travail. Mais pour mettre en place ces actions, le conseil régional, s'il est le catalyseur d'une démarche et s'il souhaite bien sûr s'impliquer toujours plus, toujours mieux pour la qualité de vie des Picards, ne peut le faire qu'avec les autres acteurs potentiels, que sont les élus des communes, des pays mais aussi avec les institutions départementales ou régionales qui ont les compétences pour intervenir.

Toutefois, la question de l'accès aux soins, de la justice sanitaire comme prolongement indispensable de la justice sociale, même si elle trouve des solutions locales dans lesquelles les régions prennent une part de plus en plus large, relève avant tout d'un choix de société national. Les inégalités dans l'accès aux soins et la prévention sont un problème qui ne trouvera de solution pleine et entière que dans une véritable politique de santé publique.

**Claude GEWERC**  
Président  
Conseil régional de Picardie

Édito	
On en a parlé	2
• Une réforme pour l'avenir	
Actualité	3
• Annuaire de prévention	
Brèves	4
Entretien	5
• Expérimentation du RSA dans l'Oise : Entretien avec Anne Blondelle, directrice de l'action sociale et de l'insertion au conseil général de l'Oise	
Données nationales	6
• La démographie médicale à l'horizon 2030 • Protection de l'Enfance	
Focus : Diagnostiques territoriaux	
• Au cœur des pays de Picardie : le diagnostic territorial	8
• Un outil partagé par l'ensemble des acteurs	9
• Paroles de terrain en trois réponses	10-11
Brev d'Europe	12
Europe	13
• 17 <sup>e</sup> conférence européenne des services sociaux	
Doc	14
• Le glanage alimentaire	15
• Postes médicaux vacants	15
Tribune libre	16
• Bernard Leurquin, Les pays : une capacité d'initiatives en santé, action sociale et environnement	
Agenda	16

# Une réforme pour l'avenir

**La loi du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), affiche l'ambition de réorganiser et moderniser le système de santé. L'agence régionale de santé (ARS) est le pivot de cette nouvelle gouvernance. Christophe Jacquinet en a été nommé directeur préfigurateur pour la Picardie lors du Conseil des ministres du 30 septembre 2009.**

Ce texte comprend quatre grands titres, consacrés chacun à un aspect de la politique de santé. Les points d'évolution portent sur :

- une meilleure organisation territoriale ;
- des établissements adaptés à leurs missions ;
- une organisation des soins optimisée pour les patients ;
- des professionnels mieux formés, responsabilisés et reconnus.

## La modernisation des établissements de santé

La loi replace l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins au cœur du projet hospitalier. Le fonctionnement de l'hôpital est modernisé et les liens entre médecine de ville et hôpital sont renforcés. Le pilotage de l'hôpital, sous la conduite du chef d'établissement, est recentré sur le projet médical, cœur du projet d'établissement. Les actions de coopération à l'échelle des territoires seront favorisées par la création des « communautés hospitalières de territoire » (CHT), associant plusieurs établissements autour d'un projet médical partagé avec la mise en commun d'un certain nombre de fonctions et de moyens. Établissements publics et privés pourront également se rapprocher au sein de « groupements de coopération sanitaire (GSC) ».

## L'amélioration de l'accès à des soins de qualité

Le deuxième titre concerne l'accès aux soins de ville et vise à améliorer la répartition des médecins sur le territoire en fonction des besoins de santé locaux afin de lutter contre le phénomène des « déserts médicaux ». La loi précise les missions de la médecine générale dite de « premier recours ». Le médecin généraliste devient le pivot de l'organisation de l'offre de soins ambulatoires. La coopération entre médecins et paramédicaux (infirmiers...) est réaffirmée. La loi prévoit notamment l'organisation d'une permanence des soins au niveau de chaque région

pour faciliter l'accès à un médecin de garde. Cette évolution devra s'accompagner d'une évolution de la formation continue des professionnels de santé.

## La prévention et la santé publique

Érigé en politique nationale, le texte prévoit des dispositions visant à limiter les maladies chroniques et les cancers en agissant sur la prévention de leurs principaux facteurs de risque (alcool, tabac). L'inscription dans la loi de l'éducation thérapeutique du patient facilitera et organisera son extension, et permettra d'améliorer les conditions de vie et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. La volonté de protection de la santé des jeunes se traduit par des mesures d'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs, de la réduction de l'offre d'alcool en encadrant certains modes de vente (open bars, livraison à domicile ou vente réfrigérée), ou encore à l'interdiction des cigarettes bonbons pour protéger les plus jeunes de l'initiation précoce au tabagisme.

## L'organisation territoriale du système de santé

La principale mesure est la création des agences régionales de santé (ARS). Elles ont pour mission de « définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le cadre de la politique de santé publique ». Ces actions seront menées en articulation avec la médecine scolaire et la médecine du travail. Elles auront en particulier la charge d'assurer une meilleure articulation entre le champ sanitaire et le champ social et médico-social et veilleront au juste équilibre entre les actions de prévention et de soins. En matière de sécurité sanitaire, les ARS organiseront « la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, ainsi que le recueil et le traitement de tous les signalements d'événements sanitaires ». Pour cela, les ARS pourront s'appuyer sur les observatoires régionaux de la santé (ORS) Elles ont en outre des missions en matière de « gestion de la réponse aux alertes sanitaires » et « des situations de crise sanitaire, sur la ba-



se des orientations du projet régional de santé et des priorités transmises par le représentant de l'État territorialement compétent ».

Les ARS devront établir « un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène » et « réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procéder aux inspections nécessaires ».

Les ARS devront « favoriser la coordination entre les professionnels de santé, les établissements et les services médico-sociaux ».

Dans le domaine de l'éducation et de la promotion de la santé, les ARS auront pour missions de « définir, financer et évaluer les actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie ».

En relation avec les collectivités territoriales qui souhaitent s'équiper, elles seront chargées d'établir une cartographie des défibrillateurs cardiaques présents sur le territoire.

Chaque ARS sera secondée par une conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) où siègeront des représentants des collectivités territoriales et tous les acteurs de santé concernés. Ces conférences contribueront notamment à l'élaboration de « projets régionaux de santé » (PRS), regroupant un plan stratégique régional de santé (orientations et objectifs chiffrés), des schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, ainsi que - le cas échéant - des programmes sectoriels ou thématiques définissant les modalités de mise en œuvre et le financement des schémas.

La plupart des mesures devraient entrer en vigueur dans le courant du premier semestre 2010.

**Christine JAAFARI**  
Drass Picardie

# Annuaire de prévention

Deux annuaires en ligne, complémentaires, s'attachent à recenser le plus exhaustivement possible les acteurs de la prévention : l'un est toutes thématiques et porte sur la Picardie, l'autre sur les addictions dans la Somme. C'est l'Ireps qui a en charge la constitution de ces annuaires.

Grâce à un financement du conseil régional de Picardie, l'Ireps de Picardie a engagé depuis maintenant deux années la construction d'un annuaire des acteurs de la prévention dans la région. Cet annuaire se veut le plus exhaustif possible mais, en l'absence de toute référence antérieure, cette exhaustivité ne peut être que relative d'autant que certains acteurs, comme les établissements relevant de l'Éducation nationale, ne sont pas répertoriés. Car l'objectif de cet annuaire étant de mettre à la disposition du grand public comme des professionnels, les ressources existantes dans la proximité des uns et des autres, les établissements scolaires sont alors plus des lieux où se déroulent les actions de prévention que des acteurs-ressources de la prévention. Au total, à partir du croisement de plusieurs fichiers et bases de données détenues par l'Ireps et le conseil régional, ou à partir d'annuaires partiels déjà existants et du *Journal officiel*,

ce sont quelque huit cents structures qui ont ainsi été incorporées dans la nouvelle base de données.

Le retour d'un questionnaire envoyé à toutes ces structures a permis de mettre en ligne plus de quatre cents acteurs pour les trois départements. Les chargés de projets de l'Ireps continuent cependant à enrichir la base au fil du temps en fonction des créations de structures ou de rencontres dans les territoires. La mise à jour se fait ainsi de manière continue. L'intérêt d'un tel annuaire est qu'il permet de trouver en ligne un acteur de prévention, que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire, selon divers mots clefs : thématiques, aire d'intervention, public, âge. Chaque fiche comporte les coordonnées de la structure, de la personne référente, les heures et lieux d'accueil pour les usagers et divers éléments caractérisant son activité. La fiche est lisible à l'écran, imprimable et téléchargeable en pdf.

## Annuaire toxicomanies Somme

À la demande du sous-préfet de Péronne, chargé des projets Mildt dans la Somme, l'Ireps a été mandaté pour constituer un annuaire des ressources de prévention et de prise en charge des personnes en addictologie. Cet annuaire fournit les coordonnées des structures, siège social comme antennes et lieux de permanence dans le département. Les acteurs sont recensés selon qu'ils travaillent dans le domaine du tabac, de l'alcool ou des autres toxicomanies. L'annuaire sera mis en ligne sur le site internet de la préfecture, sous la forme d'un fichier pdf. Les modalités en sont actuellement à l'étude

## La page d'accueil de l'annuaire prévention (www.cr-picardie.fr/ /spip.php?article2404)

L'accès direct à l'annuaire peut se faire à partir du site du conseil régional, tout comme à partir du site de l'Ireps Picardie ([www.ireps-picardie.fr](http://www.ireps-picardie.fr)) ou de celui du pôle de compétence ([www.educantepicardie.org](http://www.educantepicardie.org)).

La fiche de l'OR2S sur l'annuaire des acteurs.

## Un décret pour mesurer la pauvreté

Le gouvernement veut réduire d'un tiers d'ici 2012 la pauvreté en France. Le 20 mai dernier, François Fillon, Premier ministre, Christine Boutin, ministre du Logement et Martin Hirsch, haut-commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté ont co-signé le décret relatif à la mesure de la pauvreté.

Le Code de l'action sociale et des familles a introduit l'objectif quantifié de réduction de la pauvreté. Trente-huit indicateurs relatifs à onze objectifs thématiques forment désormais le tableau de bord de suivi de cette politique.

Les onze objectifs thématiques sont les suivants :

- lutter contre la pauvreté monétaire et les inégalités ;
- lutter contre le cumul des difficultés des conditions de vie ;
- lutter contre la pauvreté des enfants ;
- lutter contre la pauvreté des jeunes ;
- lutter contre la pauvreté des personnes âgées ;
- lutter contre la pauvreté des personnes qui ont un emploi ;
- favoriser l'accès à l'emploi ;
- favoriser l'accès au logement et le maintien dans le logement ;
- favoriser l'accès aux soins ;
- lutter contre l'exclusion bancaire.

Décret n° 2009-554 du 20 mai 2009

## L'Ireps remplace le Cres

Dans le cadre de la restructuration nationale des CRES et CODES de France, en 2009,

Le comité régional d'éducation et de promotion de la santé de Picardie (CRES de Picardie) devient

### IREPS de Picardie

Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Picardie

**IREPS de Picardie**  
Etablissement de la Somme  
Espace Industriel Nord  
67, rue de Poulainville - 80080 AMIENS  
Tél. : 03 22 71 78 00 - Fax : 03 22 71 78 04  
somme@ireps-picardie.fr

**IREPS de Picardie**  
Etablissement de l'Oise  
11, rue Jean Moynet - 60000 BEAUVAIS  
Tél. : 03 44 10 51 90 - Fax : 03 44 10 00 90  
oise@ireps-picardie.fr

**IREPS de Picardie**  
Etablissement de l'Aisne  
7A, rue Emile Zola - ZAC, Le Champ du Roy  
Tél. : 03 23 79 90 51 - Fax : 03 23 79 48 75  
aisne@ireps-picardie.fr

**IREPS de Picardie**  
Espace Industriel Nord  
67, rue de Poulainville - 80080 AMIENS  
Tél. : 03 22 71 78 00 - Fax : 03 22 71 78 04  
ireps@ireps-picardie.fr  
www.ireps-picardie.fr

2009



En avril 2005, les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé fusionnaient pour donner naissance au comité régional d'éducation et de promotion de la santé de Picardie, avec le sigle Cres conservé.

Plus de trois ans plus tard, c'est l'ensemble des comités appartenant à la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnesc) qui s'engage dans une dynamique semblable. Feu donc les Cres et les Codes et place désormais aux instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps). Le changement en Picardie n'affectera que le nom, le site internet et les adresses mails.

Ainsi, le site de l'Ireps Picardie est [www.ireps-picardie.fr](http://www.ireps-picardie.fr), les adresses mails se forment à partir de prénom.nom@ireps-picardie.fr ou nomdépartement@ireps-picardie.fr Mais les anciennes adresses ont été maintenues pour faciliter le changement.

## À découvrir ! Le site de l'ADSMHAD 80

Association départementale des services de maintien et d'hospitalisation à domicile des personnes âgées et handicapées du département de la Somme  
<http://maintien-adomicile.com>

**ADSMHAD 80**  
www.maintien-adomicile.com

Accueil Dossiers de Presse Edito Présentation Textes officiels

**Innover ou subir** (0)  
21 septembre 2009 - Catégorie: Edito  
L'augmentation constante du gain en années de notre espérance de vie bouleverse notre conception du vieillissement...  
La perte d'autonomie survient d'autant plus tardivement, et son déni constitue l'un des écueils à la mise en place de mesures de prévention pourtant bien nécessaires, qui permettraient de rester au domicile le plus longtemps possible et, pourquoi pas, [...]  
-> Article en entier

**Derniers Articles**

- Plan solidarité-dépendance 2008-2012
- à votre disposition
- Les services de soins infirmiers à domicile
- Les services de soins infirmiers à domicile: les Salés.
- ADSMHAD 80

**Dossiers de Presse**

- 1. Présentation de l'ADSMHAD80
- 2. Argumentaire de l'ADSMHAD80

**Nos Partenaires**

SSIAO  
MAD & SSIAD : état des lieux (2007)

## Manger bio ?

Une méta-analyse, démarche statistique consistant à analyser les résultats d'une série d'études indépendantes, vient corroborer les conclusions de l'étude réalisée en 2003 par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa). Menée sous la conduite du Britannique Alan D. Dangour (École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres), cette méta-analyse a pris en compte quelque 90 000 études scientifiques publiées depuis 50 ans sur le thème de l'alimentation bio. Parmi celles-ci, 55 ont été plus finement analysées. L'équipe du professeur Dangour, conclut que « du point de vue de la nutrition, il n'y a actuellement aucun élément en faveur du choix de produits bio plutôt que d'aliments produits de manière conventionnelle ». Les légères différences relevées ne sont pas statistiquement significatives et n'auraient aucun impact en termes de santé publique.

Reste que cultiver bio, sans pesticide, serait plutôt de nature à sauvegarder l'environnement...

*Nutritional quality of organic foods: a systematic review*  
Sakhi K Dodhia, Arabella Hayter, Elizabeth Allen, Karen Lock and Ricardo Uauy

## Bien vieillir - vivre ensemble

Le 15 juillet 2009, Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports et Nora Berra, secrétaire d'État chargée des



ânés ont lancé le label « Bien vieillir - Vivre ensemble » en partenariat avec l'Association des maires de

France (AMF) et l'association parlementaire « Vieillir ensemble ».

Ce label s'inscrit dans le plan national « Bien vieillir 2007-2009 » porté par le ministère de la Santé et le ministère du Travail. D'ici 2030, trois personnes sur cinq vivront dans les villes et 28 % des Français seront âgés de plus de 65 ans. C'est pourquoi les ministères parties ambitionnent la mise en place de structures adaptées pour répondre aux enjeux liés à la place des aînés dans les villes comme les transports, l'habitat, l'urbanisme, le logement, les prestations de services et le renforcement du lien social.

Le rôle des communes a été ciblé comme primordial pour favoriser une politique locale en faveur des aînés. Chaque ville qui s'engage dans l'obtention de ce label témoigne d'une véritable volonté d'établir un plan d'action sur 5 ans. Un élu municipal « Bien vieillir - Vivre ensemble » sera désigné comme référent et coordinateur du programme entre les différents services de la commune.

# Expérimentation du RSA dans l'Oise

## Entretien avec Anne Blondelle, directrice de l'action sociale et de l'insertion au conseil général de l'Oise

**Suite aux Assises départementales de l'insertion fin 2006, le département de l'Oise s'est inscrit dans l'expérimentation du RSA avec un premier contrat signé en novembre 2007 à Creil. Retour sur 20 mois de mise en œuvre.**

*Plateforme sanitaire et sociale : M<sup>me</sup> Blondelle, le département de l'Oise est entré dans l'expérimentation du RSA en 2007. Comment cela s'est-il passé ?*

**Anne Blondelle :** L'inscription de l'Oise dans l'expérimentation du RSA a mobilisé l'ensemble des partenaires suite aux premières rencontres départementales de l'insertion fin 2006 : les caisses d'allocations familiales, la mutualité sociale agricole et le pôle emploi (ex-ANPE). Les usagers ont été étroitement associés dès la phase de conception de l'expérimentation jusqu'à son évaluation.

Dans l'Oise, l'expérimentation comportait trois volets : une incitation financière mensuelle, une aide complémentaire personnalisée à la reprise d'activité versée pour aider l'usager dans sa démarche de recherche d'emploi, et un accompagnement dans l'emploi pouvant consister à prendre directement contact avec l'employeur en cas de difficultés, si l'usager en exprimait le besoin.

**PF : Tout le département a-t-il été concerné ?**

**A. B. :** L'expérimentation a porté sur les cantons de Liancourt et de Creil – Nogent-sur-Oise, soit 25 communes totalisant 10 % du nombre d'allocataires du RMI du département. La cible était de 300 ménages sur les 1 500 allocataires du territoire expérimental qui pourraient être, au terme de la première année, potentiellement bénéficiaires du RSA.

Pour cette expérimentation, le département a mis en place des moyens conséquents et ses partenaires se sont beaucoup investis. Trois animatrices et une secrétaire pour l'accueil ont été recrutées. Un numéro d'appel spécifique a été ouvert et une campagne de communication et d'information collective a été menée.

**PF : Maintenant que la loi a définitivement mis en place le RSA, quel regard portez-vous sur cette expérience ?**

**A. B. :** La généralisation du RSA au 1<sup>er</sup> juin 2009 a effectivement mis un terme à l'expérimentation qui au lieu de durer trois ans, a été réduite à vingt mois !

Revenons tout d'abord sur les bénéficiaires. On comptait 346 bénéficiaires du RSA au 31 décem-

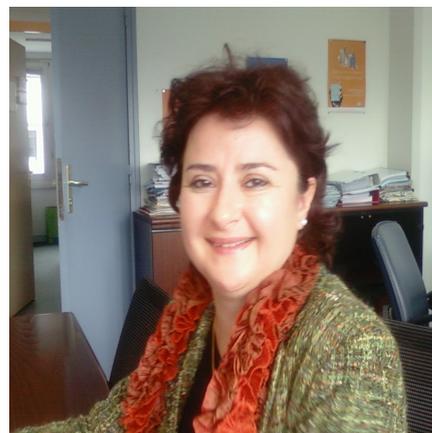
bre 2008, nombre porté à 411 fin avril 2009, dont 60 % encore en activité, représentant un volume de 1 011 contrats de travail. Fin décembre 2008, sur 458 dossiers étudiés, 225 personnes sont sorties du dispositif RSA dont 54 à cause de ressources supérieures au plafond, c'est-à-dire que, grâce à leur emploi, elles ont pu continuer sans le RSA. Les autres sont des personnes qui ont cessé leur activité, ou qui ont déménagé.

### La généralisation du RSA s'est faite sur des bases différentes de l'expérimentation

Nous avons observé une montée en charge constante et régulière de l'entrée dans le dispositif jusqu'à l'été 2008. Si le fait d'avoir été pendant plusieurs années dans le dispositif RMI n'est pas apparu comme un frein à l'accès à l'emploi, en revanche, cela rend, d'une manière générale, plus compliqué le maintien dans l'emploi. C'est là que l'accompagnement dans la durée a pris tout son sens.

**PF : Avez-vous pu connaître le sentiment des bénéficiaires sur le dispositif ?**

Au plan qualitatif, nous avons interviewé de manière approfondie vingt-trois bénéficiaires. Il en est ressorti une très faible lisibilité du dispositif RSA du fait de la complexité de sa mise en œuvre. Pratiquement, aucun bénéficiaire ne savait quelle était la base de calcul du RSA. Tous ont mentionné aussi des difficultés à faire valoir leurs droits, car qui dit expérimentation, dit traitement non automatisé des versements. En revanche, neuf personnes sur les vingt-trois ont plébiscité l'accompagnement qui leur a permis de retrouver confiance en elles. Le fameux « coup de pouce » financier a aussi été apprécié (aides à la mobilité principalement). On ressentait vraiment le besoin d'un soutien de la part de ces personnes vis-à-vis de leur place face aux employeurs. Des problématiques liées au logement sont également ressorties.



**PF : Maintenant que l'expérimentation est terminée, comment se passe la généralisation ?**

**A. B. :** Elle s'est faite sur des bases assez différentes de l'expérimentation. On s'est d'abord concentré sur la phase d'instruction des demandes, d'accueil du public et d'orientation sachant que pour les personnes qui bénéficiaient déjà du RMI, il y a eu un « basculement automatique ». Concernant l'accueil des nouveaux bénéficiaires potentiels, on attendait dans l'Oise plus de 30 000 personnes venant s'ajouter aux 12 000 déjà bénéficiaires du RMI. Le département a fait le choix de se concentrer sur l'accueil des personnes sans ressources et sans activité, donc les personnes bénéficiaires de ce que l'on appelle le RSA-socle qui correspond au revenu minimum garanti que le conseil général de l'Oise finance intégralement. Les personnes déjà en activité et à qui le RSA pouvait procurer un complément de revenu, que l'on nomme le RSA-chapeau, ont été orientées vers les caisses d'allocations familiales. Il a donc fallu construire ces schémas d'organisation, et les rendre lisibles pour le public, communiquer pour faire connaître les différents acteurs et leurs fonctions dans le dispositif. Avec la désignation du référent unique prévu par la loi, le département a fait le choix de se recentrer sur son cœur de métier qui est l'accompagnement social, et a pu compter sur la mobilisation et l'expertise des agents départementaux.

Actuellement, nous observons un flux de bénéficiaires du RSA-socle quasi similaire à celui que l'on avait à l'époque du RMI qui est de l'ordre de 300 à 400 nouvelles demandes par mois, mais avec une augmentation sensible du nombre de personnes isolées avec enfants, à l'instar de ce que plusieurs associations caritatives observent également sur l'ensemble du territoire national.

# La démographie médicale à l'horizon 2030



**Selon les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le nombre de médecins devrait baisser en France de 10 % en 10 ans.**

Le nombre actuel de médecins en activité en France est essentiellement lié à la taille des promotions d'étudiants en médecine des années soixante et soixante-dix. De même, les décisions prises concernant les *numerus clausus* des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, rendent inéluctable la baisse du nombre de médecins dans les dix prochaines années. En matière de démographie médicale, les choix d'un jour ne portent donc leurs fruits qu'à un horizon de dix à quinze ans.

Ces considérations prises en compte, le travail de projection par les services de la Drees du nombre de médecins en activité sur les vingt prochaines années ne s'apparente donc pas à un exercice de pure voyance même si les projections ne sont cependant pas des prévisions. Des zones d'incertitude sur le futur sont inévitables, particulièrement en matière d'évolution du *numerus clausus* qui relève de décisions politiques. À un moindre niveau, l'évolution des pratiques et des choix des étudiants peut impacter à terme le nombre de médecins en activité.

La Drees a ainsi construit plusieurs scénarii. Le scénario de référence, dit tendanciel, suppose les choix individuels des médecins identiques à long terme. Ce scénario suppose néanmoins un relèvement du *numerus clausus* à 8 000 d'ici 2011 (7 400 fixé par le ministère pour l'année 2008-2009), objectif affiché par le ministère de la Santé.

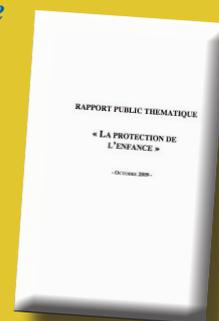
Sous ces conditions, le nombre de médecins retrouverait son niveau actuel, soit environ 204 000, en 2030. Pour une densité forcément plus faible qu'aujourd'hui, puisque la population française continuerait, elle, de croître sur toute la période. Elle passerait, alors, de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants. De fait, les inégalités territoriales en matière de densité médicale seraient aussi marquées en 2030 qu'en 2006. La Picardie ne parviendra pas à combler son retard là où d'autres régions pourraient le faire (Auvergne, Basse-Normandie par exemple).

De nombreuses autres informations peuvent être tirées de ce scénario, comme le mode et la spécialité d'exercice, l'âge moyen des médecins, les entrées et les sorties de professionnels ou encore la féminisation du métier.

De plus, une multitude de scénarii alternatifs peuvent être construits à partir de la variation d'une hypothèse, permettant ainsi d'étudier l'impact à long terme, toutes choses égales par ailleurs, de l'hypothèse. La publication de la Drees présente trois alternatives au scénario tendanciel.

**Christophe TROUILLARD**  
Drass Picardie

## Protection de l'Enfance



La Cour des comptes a publié début octobre 2009 un rapport consacré à la protection de l'enfance. Il s'agit des mesures éducatives proposées ou imposées aux familles dès lors que la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur, son éducation ou son développement sont en danger. 300 000 jeunes sont concernés pour une dépense annuelle de 6 milliards d'euros environ.

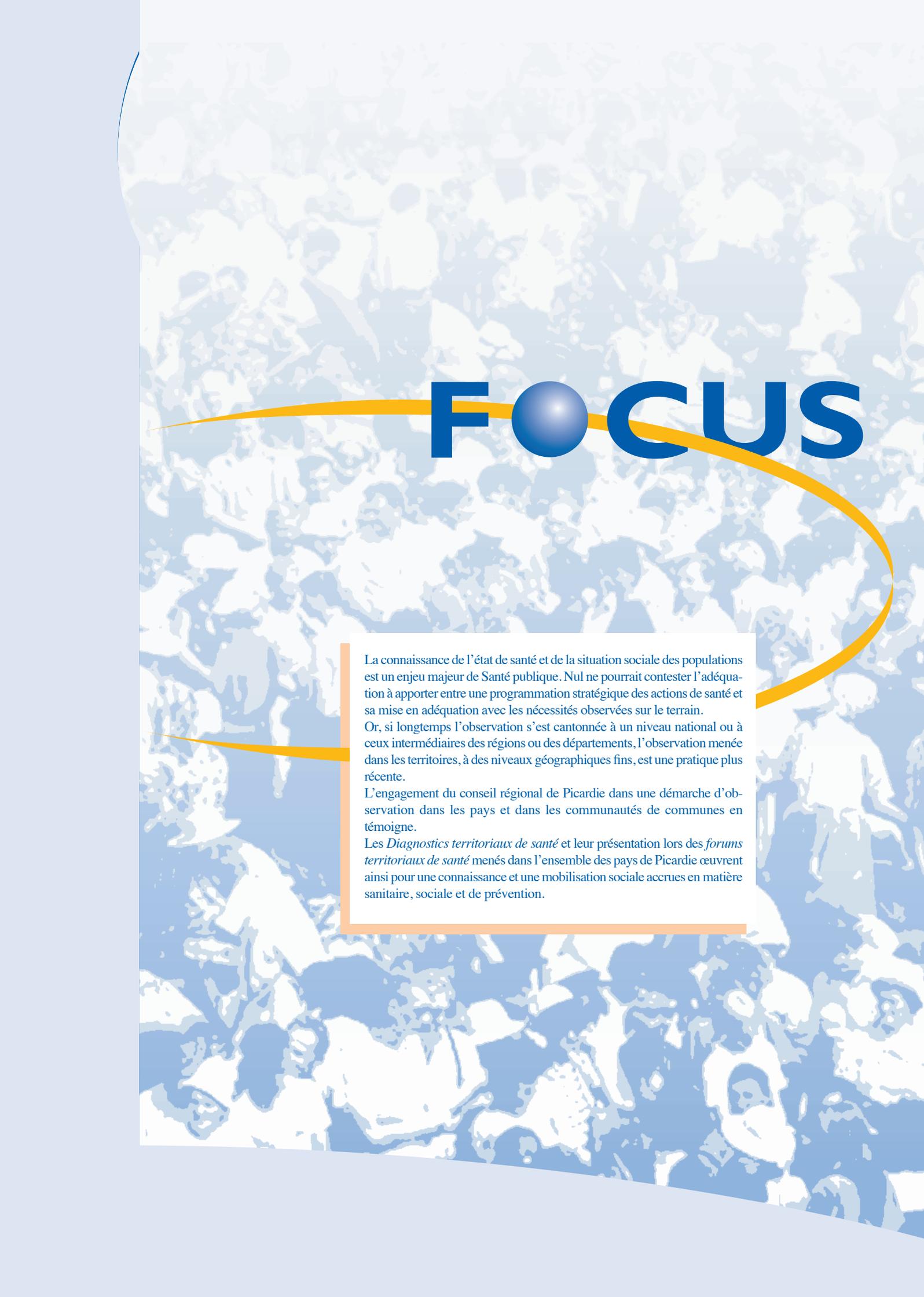
Dix-sept départements, cinq foyers ou centres départementaux de l'enfance ont été contrôlés par les chambres régionales et territoriales. Aucun d'entre eux n'est situé sur le territoire picard.

Si la pluralité des acteurs - associations, départements, État - ne semble pas faire obstacle à une prise en charge efficiente, en revanche le rapport de la Cour recense les bonnes pratiques et formules innovantes qui permettraient l'amélioration de la qualité. Parmi l'ensemble de leurs recommandations, les auteurs mettent l'accent sur la nécessité de disposer « d'un appareil statistique fiable, dans des conditions éthiquement admissibles. » Cela permettrait de mieux connaître la situation sociale des enfants protégés, d'étudier leurs parcours et de se pencher sur leur devenir. Des corrélations entre le type de mesures dont ils bénéficient et leur réinsertion dans une « vie habituelle » pourraient dès lors être menées. Cependant et dans la foulée de leurs propos, les auteurs remarquent qu'une telle évaluation a nécessairement des limites car « la protection de l'enfance se prête mal à l'établissement de diagnostics simples et à la proposition de solutions dont l'efficacité serait assurée ».

### Nombre et densité de médecins actifs en 2006 et 2030 d'après le scénario tendanciel

Région	Nombre de médecins		Densité pour 100 000 habitants		Évolution (en %) de 2006 à 2030		
	2006	2030	en 2006	en 2030	du nombre de médecins	de la population	de la densité pour 100 000 h
Picardie	4 814	4 778	255	248	-0,8	2,2	-2,9
France entière	206 514	203 953	327	292	-1,2	10,5	-10,6

Source : Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement Drees), projections de population Insee, projections Drees - in Études et statistiques, n° 679, février 2009



# FOCUS

La connaissance de l'état de santé et de la situation sociale des populations est un enjeu majeur de Santé publique. Nul ne pourrait contester l'adéquation à apporter entre une programmation stratégique des actions de santé et sa mise en adéquation avec les nécessités observées sur le terrain.

Or, si longtemps l'observation s'est cantonnée à un niveau national ou à ceux intermédiaires des régions ou des départements, l'observation menée dans les territoires, à des niveaux géographiques fins, est une pratique plus récente.

L'engagement du conseil régional de Picardie dans une démarche d'observation dans les pays et dans les communautés de communes en témoigne.

Les *Diagnostics territoriaux de santé* et leur présentation lors des *forums territoriaux de santé* menés dans l'ensemble des pays de Picardie œuvrent ainsi pour une connaissance et une mobilisation sociale accrues en matière sanitaire, sociale et de prévention.

## Les diagnostics territoriaux s'inscrivent dans une dynamique de connaissance infra-régionale des caractéristiques sanitaires et sociales des populations. Réalisés par l'OR2S, ils appuient la politique de santé du conseil régional de Picardie et de ses partenaires.

La Picardie, comme la plupart des régions françaises, présente en son sein des différences très importantes en matière sanitaire et sociale, parfois plus fortes que celles constatées entre les régions elles-mêmes<sup>1</sup>. Fort de ce constat et grâce aux financements de ses partenaires (État, Assurance maladie, conseil régional), l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie s'est engagé depuis quasiment sa création dans une démarche permettant de disposer en infra-régional de la plupart des indicateurs utilisés aux niveaux régional et national.

### Une histoire d'un quart de siècle en Picardie

C'est dans cette dynamique que s'est inscrite l'action engagée avec le conseil régional de Picardie, lui permettant de disposer d'un état des lieux concernant les caractéristiques sanitaires et sociales de chacun des dix-huit pays picards (cf. carte ci-dessous).

Le *Tableau de bord régional sur la santé* réalisé pour la première fois en Picardie au milieu des années quatre-vingt-dix marquait une première concrétisation de démarches entreprises par les ORS depuis leur création<sup>2</sup>. Il fut par ailleurs complété d'un tableau de bord municipal (Amiens), premier du genre sur l'ensemble du territoire français. Toutefois, disposer d'informations au niveau régional, voire au niveau départemental ou d'une seule commune, et offrir des indicateurs à un niveau infra-départemental pour l'intégralité du découpage retenu est d'un tout autre niveau, présentant des difficultés de nature diverse. Ainsi, les systèmes et, de façon plus générale, leur organisation ne permettaient pas toujours aux producteurs de données d'extraire des données à des niveaux géographiques fins. Le développement de l'informatique et des moyens humains consacrés à

cette tâche y ont répondu en partie<sup>3</sup>. La signature de conventions avec les producteurs dans le respect de règles éthiques bien établies<sup>4</sup> ont également permis d'avancer dans la fourniture de ces données. Enfin, le développement au sein de l'OR2S d'un outil de traitement des bases de données complexes, a offert en interne, mais aussi en externe à travers le site internet, la possibilité de disposer d'indicateurs sur près d'une vingtaine d'unités géographiques différentes. Les pays et les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) font ainsi partie des unités possibles d'agrégation, ce qui s'est concrétisé par la réalisation d'un document par pays, avec des indicateurs présentés sur ces deux unités géographiques.

### En « deux puissance six »

Documents de 64 pages, les *Diagnostics territoriaux de santé* se décomposent en quatre grands chapitres :

- **Données générales** : regroupe les indicateurs portant sur la démographie, le social et l'économie.
- **L'état de santé** : présente les données générales de santé. Les principales causes de rencontre avec le système de santé ou pour les décès y sont décryptées : tumeurs (globales et pour les principales localisations), maladies de l'appareil circulatoire (notamment les deux composantes majeures que constituent les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux), affections psychiatriques graves, causes externes (accidents, suicides) et quelques autres causes comme le sida ou la tuberculose. Des informations sur les vaccinations sont également présentes dans cette partie du document.

- **L'offre de soins et de services** : présente un état des lieux de l'implantation et de la densité des différents professionnels de santé, de la permanence des soins, des établissements de soins, des aides aux personnes âgées et des maisons de retraite. Cette partie fait également le point en matière de consommations de soins à travers les montants moyens remboursables suivant le type de soins et apporte un éclairage sur la participation des populations aux campagnes de dépistage des cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus.

- **Les structures de prévention** : recense les acteurs de prévention, les actions réalisées et les populations cibles<sup>5</sup>.

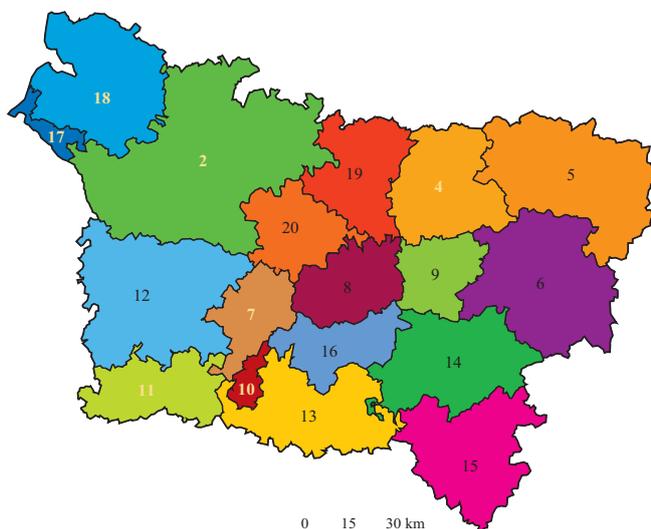
### Une actualisation permanente et adaptée à l'unité géographique de présentation

Si le nombre de pages ne varie pas d'un diagnostic à un autre, leur contenu peut changer pour coller au plus près de l'actualité des données. Ainsi, l'été 2009 a été l'occasion d'intégrer les données du recensement du 1<sup>er</sup> janvier 2006, non seulement pour leurs valeurs en tant que tel (démographie, chômage...) mais aussi pour disposer, lors du calcul d'indicateurs, des dénominateurs qui font appel à une population spécifique<sup>6</sup>.

Mais l'actualisation permanente ne concerne pas les seules données de l'Insee. En effet, en matière d'offre de soins et de services, une veille a été mise en place au sein de l'OR2S pour actualiser de façon pérenne l'implantation des professionnels et des établissements de santé. Ainsi, les dates de référence peuvent varier suivant les documents produits, mais aussi au sein d'un même document entre le type de professionnels ou d'établissements analysés. Enfin, des différences de dates peuvent intervenir suivant

Les dix-huit pays de Picardie

- 2 Grand Amiénois
- 4 Saint-Quentinois
- 5 Thiérache
- 6 Grand Laonnois
- 7 Clermontois - Plateau Picard
- 8 Sources et Vallées
- 9 Chaunois
- 10 Grand Creillois
- 11 Thelle Vexin-Sablons
- 12 Grand Beauvaisis
- 13 Sud de l'Oise
- 14 Soissonnais
- 15 Sud de l'Aisne
- 16 Compiégnois
- 17 Vallées Bresles et Yerres
- 18 Trois Vallées
- 19 Santerre Haute-Somme
- 20 Trait Vert - Santerre Initiatives



1. La santé observée dans les régions de France, publiée en 1997 par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé a été le premier document soulignant les contrastes importants qui existaient entre les régions.

2. Le premier observatoire régional de la santé (ORS) a été créé en Île-de-France en 1974 à la demande du préfet de région pour disposer d'éléments à la mise en place de la carte sanitaire. En Picardie, l'ORS a été créé en 1982 et s'est transformé en OR2S, intégrant la dimension sociale, en 2006. Il existe un ORS dans toutes les régions de France hexagonale et d'outre-mer.

3. Les délais de latence entre la donnée produite et sa fourniture demeurent parfois encore trop longs.

4. Procédure Cnil, notamment.

5. Ce recueil est mené par l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Picardie qui a succédé au comité régional d'éducation pour la santé (Cres, cf. p. 4).

6. Les deux Diagnostics territoriaux de santé qui ont été réalisés au printemps (Trois Vallées et Clermontois - Plateau Picard) sont en cours de réactualisation afin d'être disponibles et comparables avec les suivants lorsqu'ils seront mis sur Internet. Le diagnostic sur la Thiérache, présenté en novembre 2008 à Saint-Michel-en-Thiérache, nécessite une plus grande actualisation ; il ne sera accessible sur internet que dans le courant 2010.

# Un outil partagé par l'ensemble des acteurs



dans ces documents font partie d'un système, reposant en permanence sur une démarche qualité. Enfin, des cartographies spécifiques, des adresses des structures de prévention à partir du travail mené par l'Ireps (cf. p. 3) et un glossaire complètent cette partie.

## Un outil d'aide à la décision aujourd'hui et pour... demain

l'unité géographique de présentation, également pour des raisons de disponibilité<sup>7</sup>.

Pour chaque indicateur, des tableaux sont donc présentés détaillant les données par EPCI ou CC (communauté de communes), pour le pays, le département, la région et le plus souvent le niveau national<sup>8</sup>. Parfois, lorsque le regroupement de certaines EPCI apparaît nécessaire, ce regroupement est proposé sous les sources du tableau (cf. exemple ci-dessous sur le pays du Trait Vert - Santerre Initiatives).

Des graphiques servent aussi à la présentation de nombreux indicateurs, avec sur ceux-ci la situation du pays en regard des valeurs extrêmes recueillies sur l'ensemble des dix-huit pays de Picardie en plus des valeurs régionale, départementale et nationale. Par ailleurs, des cartes présentant la répartition géographique des professionnels de santé, permettent de visualiser non seulement l'offre du pays, mais également les communes des pays voisins, voire des départements limitrophes (de Picardie ou non) lorsque le pays est situé à une zone frontière<sup>9</sup>.

Le *Diagnostic Territorial de santé* situe le pays en regard d'un certain nombre de caractéristiques sanitaires et sociales, offrant ainsi aux décideurs (élus, administratifs) tant aux niveaux local que régional des éléments pour l'élaboration de leur prise de décision. Dans ce contexte, la présentation synthétique en fin de document permet de visualiser rapidement les forces et les faiblesses du pays. Mais, aussi large et précis soit-il, cet état des lieux n'est pas suffisant pour permettre une appropriation partagée par l'ensemble des acteurs vivant au quotidien, ce que les indicateurs font ressortir. C'est la raison pour laquelle le conseil régional de Picardie s'est engagé à organiser dans chaque pays une journée de rencontre où ce diagnostic constitue la base des échanges de la journée. Ces « forums » permettent ainsi de définir des pistes de travail qui pourront être reprises par divers acteurs (comités d'expansion des pays, collectivités territoriales) mais aussi par l'État, comme le précise la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, lorsque la nouvelle

gouvernance régionale sera en place.

Un résumé des diverses interventions lors des ateliers qui émaillent ces journées sera réalisé pour chaque forum par les équipes de l'OR2S et du conseil régional. Lorsque l'intégralité des forums territoriaux se seront tenus, ces résumés serviront à l'élaboration d'une synthèse finale, faite de concert avec toutes les institutions régionales (État, Assurance maladie, structures associatives thématiques ou généralistes) et les professionnels impliqués lors des forums.

Par ailleurs, dans le cadre de la Plateforme sanitaire et sociale, un *Croisement d'informations régionalisées* (Cir) sera produit pour la première fois sur l'unité EPCI, intégrant les indicateurs présentés dans les *Diagnostics Territoriaux de santé* actualisés, voire enrichis par d'autres données disponibles. Ce document permettra de visualiser les différences et les similitudes existant entre les communautés de communes de Picardie, et de les classer.

Enfin, il est important de rappeler que ces productions constituent une situation à un instant donné. Rien n'est immuable et, de plus, les actions engagées doivent être mesurées ce qui est d'autant plus nécessaire à une telle échelle géographique. C'est la raison pour laquelle ces documents, ou tout au moins les indicateurs qui les composent, mériteront d'être actualisés, sous un calendrier et une forme qui restent bien sûr à déterminer. Ceci en fera ainsi un réel outil réactif d'accompagnement de la politique régionale en matière sanitaire et sociale.

**Danièle BOURGERY**  
Conseil régional de Picardie

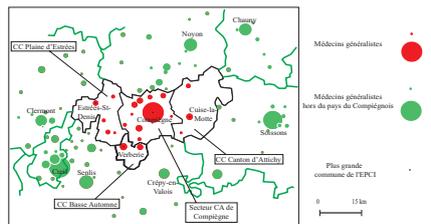
**Anne DUCAMP**  
OR2S

**Alain TRUGEON**  
OR2S

## Une annexe méthodologique et descriptive

En annexes du document, des descriptions des sources de données et des méthodes utilisées sont apportées. Pour les premières, il s'agit de la liste des affections dites de longue durée (ALD), du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), de la base des médicaments de l'Assurance maladie. Pour les méthodes, des taux standardisés et des tests de significativité ont été décryptés. Cette partie permet de mesurer combien les données présentées

Exemple de carte concernant l'implantation des généralistes présentés dans le Diagnostic territorial santé du pays du Compiénois situation au 15 septembre 2009



7. Les documents téléchargeables sur internet peuvent parfois être différents pour certaines données avec le document diffusé lors du forum de présentation du fait des actualisations possibles.

8. Pour certains indicateurs, les données concernant les bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée ou les décès sont accompagnés de la présence d'un indice de significativité présenté au seuil de 5 % par rapport à la moyenne nationale. La couleur du texte permet de savoir si cette différence significative est en dessous de la moyenne nationale (texte coloré en vert) ou au-dessus (texte coloré en rouge).

9. La couleur rouge sert à visualiser les professionnels du pays analysés, la couleur verte situant les professionnels de santé à l'extérieur du pays.

Nouvelles admissions en ALD Pays du Trait vert - Santerre Initiatives	Nombre annuel moyen de nouvelles admissions en ALD en 2004-2005			Taux de nouvelles admissions en ALD (pour 100 000 habitants) en 2004-2005		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
CC Avre, Luce et Moreuil	81	108	189	1 425,8	2 141,0	1 758,9
CC du Santerre	61	71	132	1 410,0	1 863,1	1 564,6
CC canton de Montdidier	111	125	236	1 634,0	2 322,4	1 973,1
Secteur canton de Roye	91	100	191	1 441,1	1 857,3	1 625,6
Trait-Vert - Santerre Initiatives	345	404	749	1 479,5	2 049,8	1 742,2
Somme	4 626	5 101	9 727	1 597,0	2 165,7	1 855,0
Picardie	15 492	17 629	33 121	1 664,4	2 283,8	1 946,5
France hexagonale	523 087	576 896	1 099 982	1 606,5	2 208,1	1 877,1

Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee, OR2S

Exploitation OR2S

Trait Vert	1 673,1	1 673,1	1 673,1
Santerre Initiatives	1 537,2	1 802,5	1 802,5

Le pays de la Thiérache a fait l'objet de la première publication des *Diagnostics Territoriaux de santé* en novembre 2008. Au printemps 2009, deux autres *Diagnostics Territoriaux de santé* ont été diffusés à l'occasion de forums organisés par le conseil régional : Trois Vallées (17 mars 2009 à Abbeville) et Clermontois - Plateau Picard (7 avril 2009 à Saint-Just-en-Chaussée). Depuis septembre et d'ici la fin de l'année, huit nouveaux *Diagnostics Territoriaux de santé* de pays ont été ou seront présentés lors de forums : Soissonnais (8 septembre 2009 à Soissons), Compiénois (29 septembre 2009 à Compiègne), Saint-Quentinois (1<sup>er</sup> octobre 2009 à Saint-Quentin), Trait Vert - Santerre Initiatives (27 octobre 2009 à Montdidier), Grand Creillois (17 novembre 2009 à Creil), Sud de l'Aisne (20 novembre 2009 à Château-Thierry), Santerre Haute-Somme (3 décembre 2009 à Péronne) et Grand Beauvaisis (16 décembre 2009 à Beauvais). D'autres diagnostics et d'autres rencontres locales les accompagnant sont d'ores et déjà prévus au début de l'année 2010 pour les pays restants.



**Patrick Day**  
Maire de Soissons  
Conseiller général

*Du point de vue de votre statut/profession, quel intérêt portez-vous au forum territorial de santé du Soissonnais ?*

C'est pour moi une démarche fondatrice qui permet d'identifier tous les besoins d'un territoire. C'est le préalable de l'action. Il faut prendre les problèmes le plus en amont possible. Ici, il y a une offre de soins non négligeable : l'hôpital, la clinique, on a pratiquement tout sur place. On ne peut pas dire qu'on manque de médecins, de kinés, de spécialistes... Malgré cela, il y a toujours des problèmes de santé et de dépistage : la prévention est un combat permanent. Ce sont toutes ces actions que nous nous devons d'annoncer pour sensibiliser la population. Avoir une « piqure de rappel » qui nous dise qu'il faut encore bouger, encore se mobiliser, c'est indispensable.

*Quels intérêts y voyez-vous pour les acteurs locaux qui travaillent sur le terrain ?*

Pour la ville de Soissons, les problèmes de santé de sa population sont quelque chose de connu. Il y a une Maison des préventions qui mène des actions de sensibilisation dans le domaine de la santé depuis quelques années. La municipalité organise des réunions dans les centres sociaux. Malheureusement, on invite tout un quartier mais seulement une dizaine ou une quinzaine de personnes se déplace. Il y a deux associations de prévention pour le cancer à Soissons. Nous travaillons avec ces associations qui sont très liées avec les médecins puisqu'il y en a une qui est pratiquement dans l'hôpital.

*Avez-vous des perspectives d'avenir sur ce qui pourrait être mis en place grâce à ce forum ?*

Tout le territoire va bouger, il va être important de réfléchir à la couverture hospitalière qu'on va avoir. Il ne faut pas que ce soit une couverture hospitalière pour simplement faire de l'action curative, il faut qu'on ait une présence aussi pour qu'il y ait une action préventive. C'est le travail qu'on est en train de réaliser actuellement avec l'hôpital et la clinique Saint-Christophe. Tout en sachant que le territoire de Soissons est placé entre les CHU de Reims et d'Amiens et est aussi pas très loin de Paris.



**Jacques Desallangre**  
député de l'Aisne

*Du point de vue de votre statut/profession, quel intérêt portez-vous au forum territorial de santé du Soissonnais ?*

L'intérêt de ce forum me paraît évident : j'ai appris toutes sortes de choses et l'échange a été très riche. Après, il nous appartient d'en tirer les leçons et c'est là que commence la difficulté : comment sérier, classer, dire ce qu'il faudrait faire et tracer des pistes claires de possibilités d'action ? L'intérêt de ce forum, c'est qu'il lance un défi à tous les responsables en présentant la situation du secteur sous un bon éclairage et en demandant des propositions. Cette relation très franche peut paraître difficile car venir écouter, apprendre, s'informer c'est bien mais quand on nous dit « Aidez-nous à trouver des pistes d'action », ça c'est plus difficile.

*Quels intérêts y voyez-vous pour les acteurs locaux qui travaillent sur le terrain ?*

L'intérêt est de donner des pistes, des réflexions d'hommes et de femmes de terrain présents ici, que ce soit un élu local, un médecin, un député ou un animateur d'association locale. Je trouve que la région Picardie s'est lancée dans une initiative très ambitieuse et qu'éditer un état des lieux sur tous les bassins de vie de Picardie ce n'est pas rien, c'est vraiment une belle tâche.

*Avez-vous des perspectives d'avenir sur ce qui pourrait être mis en place grâce à ce forum ?*

En tant qu'élu national, tout ce que je peux souhaiter, c'est que la situation s'améliore. Quand on voit que dans certains secteurs l'espérance de vie est de cinq ans inférieure à celle d'autres, on a vite compris que l'économie et le social ont une influence très forte sur la santé ; quand on est pauvre, qu'on est malheureux, on vit moins longtemps et on est en moins bonne santé. Donc porter des efforts sur la prévention c'est bien, faire en sorte que quand on est malade, on vive plus longtemps c'est bien, mais faire en sorte que les hommes et les femmes soient un peu plus heureux, à ce moment-là, la santé en France irait beaucoup mieux !

**Paroles de terrain à propos du diagnostic territorial et des forums...**

**Comment perçoivent-ils cette dynamique ? Quels intérêts y voient-ils ? Quelles**



**Catherine Viguier-Godart**  
Inspectrice principale  
Ddass de l'Aisne

*Du point de vue de votre statut/profession, quel intérêt portez-vous au forum territorial de santé du Soissonnais ?*

L'intérêt du forum, c'est d'abord de découvrir et partager le diagnostic élaboré par l'OR2S, diagnostic que je trouve remarquable, actualisé et extrêmement précis. Il révèle, avec acuité, la persistance des pathologies et des surmortalités liées aux consommations d'alcool, de tabac dans nos territoires axonais. Le forum territorial nous invite, à partir du diagnostic, à intensifier nos partenariats afin de construire et développer des stratégies précises, tant en terme de prévention que d'offre de soins au plus près des jeunes et de l'ensemble de la population.

*Quels intérêts y voyez-vous pour les acteurs locaux qui travaillent sur le terrain ?*

L'intérêt majeur c'est justement de sensibiliser les acteurs sur des faits très précis, statistiques et de leur proposer en quelque sorte une action commune, une mise en réseau. La mise en place de ces forums doit permettre la mise en œuvre d'initiatives locales concrètes. Ainsi, des réseaux de prévention sur la santé seraient un effet concret de ces forums et qui placerait aussi les élus, les acteurs de l'État, du conseil général et de toutes les institutions au centre du dispositif.

*Avez-vous des perspectives d'avenir sur ce qui pourrait être mis en place grâce à ce forum ?*

Ce que je souhaite c'est que les réseaux de prévention existants soient soutenus et élargis à tous les acteurs, que des réseaux de prise en charge des patients ayant des problèmes d'addiction puissent se développer en intégrant l'ensemble des professionnels.

## en trois réponses

**perspectives ouvre-t-elle ?**  
**Durant le Forum de Soissons,**  
**six représentants politiques,**  
**de l'administration, de la vie**  
**associative ou encore du soin**  
**donnent leur opinion...**



**Thomas Wozniak**

Chargé d'animation et d'accueil à la mission locale de Soissons

*Du point de vue de votre statut/profession, quel intérêt portez-vous au forum territorial de santé du Soissonnais ?*

L'intérêt pour moi de participer à des journées tel que le forum territorial de santé, c'est de rencontrer tous les acteurs, pour les nouveaux arrivants, de mettre en commun nos idées, le diagnostic partagé, et d'amener des réflexions pour partir sur de nouvelles pistes de travail. Par exemple, comment toucher les jeunes sur la santé, en insertion socio-professionnelle ? Cela pourrait être utilisé par des vecteurs comme le sport pour derrière toucher la santé. Cela permet d'être cohérent avec tous les acteurs du territoire.

*Quels intérêts y voyez-vous pour les acteurs locaux qui travaillent sur le terrain ?*

Tous les acteurs devraient conduire une démarche cohérente et organisée, partager les informations plus largement. Pourquoi ne pas intégrer des jeunes dans les forums ? S'ils participaient, on aurait leur avis sur la question.

*Avez vous des perspectives d'avenir sur ce qui pourrait être mis en place grâce à ce forum ?*

Pour cela, il faudrait aller voir ce qui se passe sur les autres territoires et ne pas hésiter à partager les informations sur des projets qui ont fonctionné, utiliser aussi les nouvelles technologies sachant que les jeunes utilisent beaucoup les SMS, Internet, les blogs pour discuter. Comme on a beaucoup de problématiques pour les accrocher et les accompagner, cela pourrait être un début de solution.



**Nathalie Duchâteau**

Responsable de la Maison des préventions de Soissons

*Du point de vue de votre statut/profession, quel intérêt portez-vous au forum territorial de santé du Soissonnais ?*

L'importance de ce type de forums, c'est de pouvoir prendre un peu de hauteur sur les problématiques de santé du territoire et voir quels sont les points que nous ne voyons pas forcément dans notre activité quotidienne parce que nous sommes pris par d'autres priorités. Cela permet de mettre en perspective notre activité et je pense que c'est aussi un éclairage essentiel pour les élus, pour qu'ils puissent mettre en place leur politique de santé sur le territoire.

*Quels intérêts y voyez-vous pour les acteurs locaux qui travaillent sur le terrain ?*

C'est un peu la même idée car chacun est cloisonné dans son secteur d'activité. Cela permet de remettre en perspective les choses et de se dire, même si on est spécialiste dans le sida... qu'il y a aussi d'autres problématiques auxquelles on peut effectivement s'associer pour agir tous ensemble. L'idée c'est donc de pouvoir se mobiliser et réfléchir ensemble sur les problèmes de santé plus globalement. Ça permet aussi de rencontrer et de découvrir des acteurs de terrain. Les secteurs de la prévention et de l'offre de soins ne travaillent pas toujours ensemble et là ça permet d'allier les deux.

*Avez vous des perspectives d'avenir sur ce qui pourrait être mis en place grâce à ce forum ?*

À mon avis, il y a des actions à mener autour de la santé de la femme, et qui sont assez importantes. On a vu tout ce qui était dépistage mais aussi le suivi. Il y a donc des collaborations à mettre en place avec le système de soins, notamment autour de la prévention des tumeurs, des maladies cardio-vasculaires. L'idée serait de rebondir sur ce temps de forum, de mettre en place un groupe d'élus pour réfléchir ensemble sur les problématiques de santé et bâtir un programme d'actions de santé sur les mandats qui restent à terminer. C'est vraiment le démarrage de quelque chose.



**Maryse Vasseur**

Médecin généraliste à Soissons

*Du point de vue de votre statut/profession, quel intérêt portez-vous au forum territorial de santé du Soissonnais ?*

Je suis venue à ce forum par curiosité. C'est nouveau et je n'avais jamais eu connaissance de telles réunions. Je voulais donc savoir à quoi cela servait et ce qu'on pouvait en tirer pour notre exercice professionnel. Ce que j'espérais, c'est qu'on puisse être écouté, qu'il y ait un réel dialogue et que nos remarques puissent éventuellement être entendues. Notre grosse difficulté en tant que professionnels et surtout professionnels libéraux, c'est qu'on a l'impression de ne pas vivre dans le même monde que nos administrations et donc de ne pas parler de la même chose. À ce niveau-là, échanger c'est très important car ça permet justement de rapprocher les points de vue différents.

*Quels intérêts y voyez-vous pour les acteurs locaux qui travaillent sur le terrain ?*

Nous avons effectivement des difficultés. Dans notre région il y a peu de médecins alors que les indicateurs de santé ne sont pas bons, nous devrions être plus nombreux. Il faut donc une bonne analyse des causes pour savoir pourquoi il y a une désaffection des médecins, des médecins libéraux en particulier, et quelles solutions y apporter. D'ailleurs, quelques pistes ont été évoquées dans ce forum, à savoir essayer de faire venir des étudiants de Reims sur la région de Soissons. Pour nous, ça peut être un atout.

*Avez vous des perspectives d'avenir sur ce qui pourrait être mis en place grâce à ce forum ?*

Il faudrait revoir toute l'organisation de la médecine générale. Les maisons de santé, c'est une bonne idée à condition de ne pas faire des maisons vides. C'est-à-dire qu'il faut qu'elles vivent, que les médecins aient envie de venir s'y installer et, pour ça, il faut les aider. Je citerai le dernier décret qui nous impose de donner le nom de notre remplaçant au Conseil de l'ordre, voire de signaler nos congés deux mois avant de partir. Ça ne va faire que décourager les gens de la campagne car ce sont eux qui ont le plus de difficulté pour trouver des remplaçants.

## ALZHEIMER



Alors qu'à la fin de la présidence française de l'Union européenne, Nicolas Sarkozy avait lancé l'idée d'une mobilisation européenne face à la maladie d'Alzheimer, la Commission européenne a adopté le 22 juillet des propositions concrètes visant à lutter contre la maladie d'Alzheimer, les

démences et autres affections neuro-dégénératives. Les pays européens sont invités à mettre leurs ressources en commun et à mieux coordonner leurs efforts de recherche dans ce domaine, en programmant conjointement leurs investissements dans la recherche pour la première fois, au lieu de le faire séparément. L'Union compte actuellement plus de 7 millions de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et, selon les prévisions, ce chiffre devrait doubler au cours des vingt prochaines années.

LA SITUATION EUROPÉENNE POUR  
LA SÉCURITÉ DES ENFANTS

L'Alliance européenne pour la sécurité de l'enfant, programme d'Eurosafe, a publié en mai dernier un rapport sur la sécurité des enfants dans vingt-quatre États membres de l'Union européenne. Quelque 10 000 enfants succombent à des blessures accidentelles dans l'Union. Les chercheurs estiment que l'application uniforme de toutes les stratégies dont l'efficacité est avérée pourrait permettre d'éviter environ 90 % de ces blessures.

La synthèse européenne des bulletins de santé des enfants accorde des notes à chacun des vingt-quatre pays par rapport aux efforts adoptés pour la mise en œuvre et le respect de plus d'une centaine de stratégies de prévention des blessures chez les enfants dont l'efficacité a été démontrée, et des bonnes pratiques connues pour sauver la vie d'enfants.

Les politiques basées sur des bonnes pratiques ont traité, d'une part, aux accidents de la route, aux risques de noyade, de chute, d'empoisonnement, de brûlure et d'étouffement et, d'autre part, aux mesures d'appui mises en place pour prévenir les blessures occasionnées aux enfants, notamment en matière de motivation, d'infrastructures de données et de capacité professionnelle.

Les bulletins révèlent des écarts considérables entre les pays les mieux notés et ceux qui obtiennent les scores les plus bas, ces derniers enregistrant des taux de mortalité par blessures jusqu'à quatre fois plus élevés que les premiers. Parmi les vingt-quatre pays qui ont participé à l'évaluation indiquée dans les bulletins, ceux qui affichent les taux de mortalité d'enfants par blessures accidentelles les plus élevés sont la Lettonie, la Lituanie et l'Estonie, et les plus bas sont les Pays-Bas, le Royaume-Uni, l'Irlande et la Suède.

EMPLOI ET  
CHÔMAGE DES JEUNES

Eurobaromètre publie une nouvelle enquête sur la situation de l'emploi dans l'Union européenne et la politique sociale en temps de crise économique. Selon l'étude, environ 4 % des travailleurs

interrogés ont personnellement vécu un licenciement suite à la crise, et 24 % connaissent des collègues qui se retrouvent actuellement au chômage. À travers l'Europe, moins de 30 % des personnes pensent que la crise a déjà atteint son pic, alors que 61 % estiment que le pire reste à venir.

Par ailleurs, Eurostat estime que suite à la crise économique, le taux de chômage des jeunes âgés de 15 à 24 ans est reparti à la hausse dans l'Union européenne. Au premier trimestre 2009, 5 millions de jeunes, soit 18,3 %, étaient sans travail, un taux considérablement supérieur au taux de chômage total de 8,2 %. Comparé au premier trimestre 2008, le chômage parmi les jeunes s'est accru de 3,7 points, augmentant ainsi beaucoup plus vite que pour l'ensemble de la population qui n'a enregistré une hausse que de 1,5 point.

## OMS EUROPE

Des délégués des cinquante-trois États membres de la Région européenne de l'OMS se sont réunis du 14 au 17 septembre 2009 à Copenhague (Danemark) pour examiner, entre autres points,



la protection de la santé en période de crise économique et le rôle des systèmes de santé (y compris les déterminants sociaux de la santé) ainsi que la meilleure gouvernance en matière de santé dans la Région européenne de l'OMS. Un débat a été particulièrement axé sur les politiques relatives au personnel de santé dans la Région européenne, y compris le recrutement international du personnel de santé.

CONSEIL DE L'EUROPE & LES  
VIOLENCES DOMESTIQUES

Lors de la Conférence des ministres européens de la Justice le 18 juin à Tromsø (Norvège), les quarante-sept États membres du Conseil de l'Europe ont discuté des moyens de renforcer la coopération européenne pour mieux lutter contre la violence domestique, briser le silence qui entoure les violences faites aux femmes et soutenir les victimes. Ils ont travaillé à la préparation d'une nouvelle convention destinée à prévenir et combattre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, à protéger les victimes et à poursuivre les auteurs de ces violences. Cette convention devrait voir le jour en 2010. Les ministres présents ont adopté trois résolutions relatives à la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, à l'entraide judiciaire en matière pénale et à l'action du Conseil de l'Europe en faveur de la prééminence du droit.

# 17<sup>e</sup> conférence européenne des services sociaux

**La 17<sup>e</sup> conférence européenne sur les services sociaux s'est tenue à Prague en juin dernier à l'initiative du Réseau social européen dans le cadre de la présidence tchèque de l'Union européenne. Elle a pointé la qualité et la performance des services sociaux en Europe.**

La conférence a réuni quelque quatre cents délégués de trente-cinq pays européens. Dans son discours introductif, Lars-Göran Jansson, président du Réseau social européen, a mis en perspective la thématique de la conférence avec la crise économique majeure actuelle. *Les qualité et performance des services sociaux en Europe : de meilleurs résultats pour tous*, Il a exhorté les services sociaux et les décideurs à faire preuve d'inventivité et d'innovation pour assurer aux populations les meilleurs services qui soient.

Avoir un haut niveau de qualité et de performance

Quatre séances plénières et vingt-huit ateliers se sont succédé tout au long des trois jours de la conférence, montrant les réalisations ou bonnes pratiques des uns et des autres. Ils ont abordé la mesure de la qualité des services sociaux, soit de manière générique soit en fonction de diverses populations, comme les jeunes, les personnes âgées ou encore les personnes en situation de handicap. La conférence a admis que porter les services sociaux à un haut niveau de qualité et de performance, était l'ambition de tous les responsables de services. Et cela d'autant plus dans une période de restriction budgétaire.

Ainsi, le *benchmarking*, qui consiste à observer et à adapter les pratiques et modes de gestion les plus efficaces repérés chez les autres, aura été particulièrement discuté. Tout comme, alternative au benchmarking mais tout autant complémentaire, l'a été la posture d'écoute des usagers et des assistants sociaux. Cette thématique a d'ailleurs formé le cadre de discussion de la troisième des séances plénières.

La table ronde de clôture a donné l'occasion aux intervenants de revenir sur l'ensemble de la conférence et de formuler les défis et enjeux à venir. Bien entendu, la crise économique a servi de toile de fond au débat, tant il est vrai que son ampleur et son dénouement ont un impact majeur sur les populations bénéficiaires des services sociaux.

Matthias Schulze-Boing, président de l'Association nationale des centres coopératifs pour l'emploi (Allemagne) a estimé que les personnes qui ont des difficultés à accéder au marché de l'emploi, devraient en avoir encore plus par la suite d'autant, a-t-il ajouté, que la pression financière pesant sur les services sociaux les empêche de déterminer des priorités d'action.

De son côté, Lotta Persson, présidente de l'association suédoise des directeurs de l'action sociale a déclaré que la priorité des services sociaux était de s'assurer que les aides et services allaient bien vers ceux qui en avaient le plus besoin.

Quant à Jérôme Vignon, directeur de la protection et de l'intégration sociale de la Commission européenne, il a milité pour une discrimination positive, notamment pour les personnes dépendantes, ce qui nécessitera de dépenser davantage dans ce champ d'intervention.

Matthias Schulze-Boing en a appelé à une meilleure gestion des services sociaux; nombreux et cloisonnés à l'intérieur même des pays, ce qui est source de dépenses et d'inefficacité. Pour Fabrice Heyriès, directeur général de l'action sociale (France), une meilleure qualité des services s'obtient par une meilleure prise en charge des personnes par les services eux-mêmes, ou, comme l'a souligné Esther Rovira Campos, des services sociaux de Catalogne (Espagne), lorsque l'équipe de direction est réellement motivée. D'après elle, il conviendrait aussi d'adapter les services aux changements de besoins des usagers.

Les participants ont été d'accord pour estimer que le coût de la médiocrité des services était bien plus élevé que celui de leur qualité.

Les documents présentés lors de la conférence sont disponibles sur : <http://www.ens-eu.org>



## La Conférence

Développer des services sociaux performants et de très grande qualité a été la thématique de la Conférence, répondant aux préoccupations des différents services sociaux qui subissent par ailleurs de fortes pressions budgétaires.

“La qualité et la performance” concernent une série de questions comprenant la mise en œuvre et la mesure des normes de services, des commandes et des contrats de services locaux, en vue de garantir leur rentabilité, de mettre en place des procédures pour les plaintes sensibles, d'évaluer l'efficacité des services et de contrôler les résultats pour les bénéficiaires. Surtout, la qualité consiste à concevoir et à gérer des services que les individus veulent et nécessitent et à les faire participer, avec d'autres parties prenantes, à ce processus important.

La conférence a posé un certain nombre de questions clés, notamment : quels systèmes de qualité existent aujourd'hui dans les différentes régions d'Europe et comment leurs résultats sont-ils évalués ? Au sein d'une Europe toujours plus mobile, doit-on s'orienter vers des normes communes ou des principes ? Comment ceux qui utilisent les services sociaux peuvent-ils être impliqués dans le contrôle de leur qualité ? Comment trouver un équilibre entre les coûts, la performance et la qualité ? et comment le fait de contracter ou de commander une prestation peut-il servir de levier pour améliorer les services ?

## Population mondiale 2008

Tous les deux ans, le numéro d'été de *Population & Sociétés*, intitulé *Tous les pays du monde*, présente le tableau de la population mondiale. Les données proviennent essentiellement de la *World Population Data Sheet* publiée par le *Population Reference Bureau* ([www.prb.org](http://www.prb.org)).

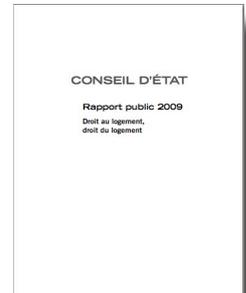
Ont été principalement recensées toutes les unités géopolitiques de plus de 150 000 habitants. Les indicateurs pris en compte sont la superficie, la population estimée à la mi-2009, la population projetée en 2050, les taux de natalité, de mortalité, de mortalité infantile, l'indice synthétique de fécondité, les pourcentages des moins de 15 ans et des 65 ans et plus dans la population totale, l'espérance de vie masculine et féminine à la naissance, le revenu national brut 2008 par habitant en parité du pouvoir d'achat et la proportion fin 2007 des personnes infectées par le virus du sida. La population française, estimée à 62,7 millions d'habitants devrait atteindre les 70 millions en 2050. Le revenu national brut par habitant en parité avec le pouvoir d'achat est de 34 400 €, légèrement inférieur à la moyenne de l'Europe occidentale (36 090 €).

L'ensemble du document est téléchargeable à : [http://www.ined.fr/fr/ressources\\_documentation/publications/pop\\_soc/bdd/publication/1475/](http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1475/)



## Droit au logement, droit au logement, Rapport du Conseil d'État

La loi du 5 mars 2007 a institué le droit au logement opposable (Dalo). C'est ce thème que le Conseil d'État a retenu pour son rapport annuel. Le rapport s'interroge sur l'efficacité du droit au logement et surtout sur la réalité de la mise en place de l'opposabilité, pièce maîtresse du dispositif. Le Conseil d'État porte un regard critique sur l'ensemble du dispositif qu'il considère comme très limité dans sa mise en pratique et peu à même de résoudre les difficultés liées au logement. Il développe alors une panoplie de propositions pour rendre ce droit effectif. Quatre chercheurs, dont un Anglais, viennent donner leur point de vue sur la question.



Le volume 1 du rapport annuel du Conseil d'État est disponible à l'adresse suivante : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000275/index.shtml>

## Bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2008

Dans son édition d'août 2009, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), dresse le bilan de l'aide sociale versée par les départements en 2008. Cette aide couvre trois domaines principaux : personnes âgées, en situation de handicap, et l'enfance, auxquels il faut ajouter les allocataires du RMI, du RMA et des contrats d'avenir. À la fin 2008, 2,9 millions de personnes ont été bénéficiaires de cette aide sociale, soit 1,8 million hors RMI et RMA, pour une augmentation de 4 % par rapport à 2007. Les bénéficiaires de prestations d'aide sociale aux personnes âgées sont toujours les plus nombreux, avec près de 1,3 million, percevant principalement pour 90 % d'entre eux l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Plus de 281 000 personnes handicapées bénéficient de l'aide sociale (+10 % sur un an). Cette hausse s'explique largement par l'évolution des aides versées aux personnes handicapées vivant à domicile et notamment par l'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH) créée par la loi du 11 février 2005. Cette prestation concernait en 2008, 11 800 personnes handicapées de plus de 60 ans pour 4 600 en 2007 ! Au total, soulignent les auteurs de cette étude, à la fin 2008, 1,1 million de personnes recevait une aide au titre de la dépendance (Apa, PCH ou encore allocation compensatrice pour tierce personne). L'aide sociale à l'enfance (Ase) concerne plus de 284 000 mesures ouvertes pour des jeunes de moins de 21 ans. La moitié d'entre elles l'est dans le cadre de jeunes placés hors du milieu familial, l'autre relève d'actions éducatives à domicile ou en milieu ouvert.

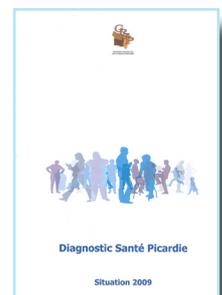


## Diagnostic santé Picardie Situation 2009

Après une première version parue en 2006, l'OR2S a actualisé à la demande de la Drass le *Diagnostic Santé Picardie*. Ce travail a été présenté lors de la conférence régionale de santé du 29 avril 2009. Les éditions papier et téléchargeable ([www.or2s.fr](http://www.or2s.fr)) de ce document sont désormais disponibles.

Riche de cent cinquante graphiques, cartes et tableaux, le *Diagnostic* présente des indicateurs du champ sanitaire et social, répartis en six chapitres : aspects socio-démographiques, offre de soins et professionnels de santé, caractéristiques sanitaires, facteurs de risque, approche populationnelle et situation environnementale. Le choix des indicateurs retenus a été dicté par le fait de vouloir maintenir une certaine continuité avec le *Diagnostic* précédent réalisé en 2006 mais aussi par la disponibilité des données.

Les principales informations de ce document font ressortir une situation sociale assez dégradée par rapport à la France, notamment au nord de la région. La Picardie présente aussi des densités de professionnels de santé souvent très en retrait, occupant la dernière place pour les médecins spécialistes libéraux. De la même manière, la mesure de l'état de santé donne des résultats peu satisfaisants : seconde mortalité la plus élevée des régions françaises, surmortalité de 14 % chez les hommes et de 18 % chez les femmes (2004-2006) avec un écart restant constant depuis vingt ans avec le niveau national. Les cancers sont désormais la première cause de mortalité pour les hommes devant les maladies cardio-vasculaires alors que l'écart se réduit fortement pour les femmes entre les deux causes.



# Le glanage alimentaire



**En début d'année 2009, le Cerphi a remis à Martin Hirsch, Haut commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté, un rapport sur les glaneurs alimentaires, ces personnes qui récupèrent de la nourriture dans les poubelles. Retour sur une étude menée à Paris, Dijon et Amiens...**

**S**elon cette étude réalisée par le Centre d'étude et de recherche sur la philanthropie (Cerphi) et remise au Haut commissariat aux Solidarités actives contre la pauvreté, les «glaneurs», qui récupèrent de la nourriture à la fin des marchés ou dans les poubelles des commerçants et dans les containers des supermarchés, ont des profils très divers tant en termes d'âge et de situation que d'histoires de vie menant au glanage, et ont le plus souvent un logement. Le vécu du glanage est perçu notamment chez les jeunes comme une optimisation et une exploitation de la ressource disponible et, à l'inverse pour les autres, comme un marqueur de la précarité lorsqu'il est utilisé en dernier recours.

La pratique du glanage nécessite des «capacités et des compétences», facteurs d'inégalités touchant les plus vulnérables.

Le système installé par les glaneurs a une efficacité réelle puisqu'il contribue à assurer leur

alimentation et le maintien de leur autonomie. Le glaneur a d'ailleurs rarement recours à l'aide alimentaire dont il a une image négative, associée à l'assistantat et à une nourriture peu diversifiée et sans produits frais.

Mais le risque de raréfaction de la ressource du glaneur, marqué par la contrainte et le caractère aléatoire, peut se révéler lourd de conséquences si le glaneur n'a plus la capacité d'identifier rapidement une autre ressource et y accéder.

Initialement, Abbeville devait figurer au titre des villes observées, mais le faible effectif de glaneurs a finalement fait choisir Amiens aux enquêteurs.

Plusieurs sites de glanages ont été observés : Beffroi, Colvert et autres marchés, quatre rues commerçantes. Les séances d'observation à Amiens ont concerné une petite trentaine de personnes et dix entretiens ont été menés.

**Christine JAAFARI**  
Drass Picardie

L'étude est téléchargeable sur [www.cerphi.org](http://www.cerphi.org) ou sur [www.toutsurlersa.fr](http://www.toutsurlersa.fr)

## Le vécu du glanage

	Les résidents de la rue	Les personnes ayant un logement
<b>Jeunes de moins de 25 ans</b>	Le glanage accepté, vécu comme exploitation de la ressource : « les jeunes marginaux »	Le glanage revendiqué comme optimisation de la ressource : « les jeunes avec un mode de vie de type alternatif »
<b>Retraités</b>		Le glanage honteux perçu comme exploitation des restes : les « retraités »
<b>Âges intermédiaires</b>	Le glanage subi, perçu comme exploitation des restes : les personnes « entre deux mondes »  Le glanage réapproprié, vécu comme optimisation des restes : les « anciens de la rue »	Les représentants de la vie précaire . la précarité de longue date : le glanage marqueur de précarité, vécu comme exploitation des restes . la chute après une trajectoire ascendante : le glanage marqueur de la chute, vécu comme exploitation des restes . « les chargés de famille » : la honte du glanage est surmontée, le glanage vécu comme optimisation des restes  La préférence au glanage, vécu comme optimisation de la ressource : Les « alternatifs » Les « opportunistes »



## Postes médicaux vacants

Le contrat État/ARH 2006-2009 a nécessité un état des lieux de l'emploi médical dans les établissements publics de santé pour identifier les spécialités les plus en difficulté et estimer en conséquence les besoins de formation.

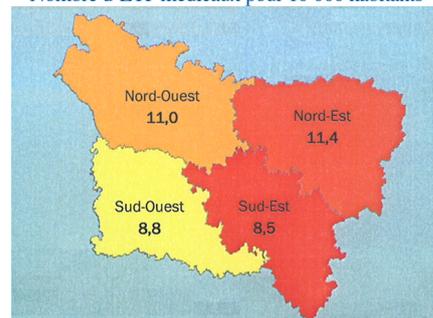
Début 2009, la Drass de Picardie a réalisé la deuxième édition de son enquête sur les postes médicaux.

La comparaison des deux enquêtes montre, qu'entre 2007 et 2009, la densité d'équivalents temps plein médicaux offerts à la population picarde a peu progressé, passant de 9,8 à 9,9 équivalent temps plein (ETP) pour 10 000 habitants. Elle reste supérieure à la valeur nationale mais l'écart se resserre.

Les ETP des postes vacants ont crû beaucoup plus fortement que ceux des postes occupés. La pénurie de temps médical s'aggrave donc. En 2009, 15,6 % des ETP de postes médicaux sont inoccupés contre 14,5 % deux ans plus tôt. La radiologie est la spécialité qui rencontre le plus de difficulté à pourvoir ses postes ; 27 % des ETP sont vacants. L'anesthésie-réanimation suit avec 24 % de postes vacants.

**Christophe TROUILLARD**  
Drass Picardie

Nombre d'ETP médicaux pour 10 000 habitants



Sources : Drass Picardie, VacMed 2009, Insee



## Bernard Leurquin

Conseiller,  
Association pour la promotion  
et la fédération des pays

### 10-11 décembre 2009, Paris

Rencontres HAS 2009  
Haute autorité de santé  
Renseignements : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)  
Mail : [Has-rencontres2009@ddblive.fr](mailto:Has-rencontres2009@ddblive.fr)

### 11 décembre 2009, Mons (Belgique)

10<sup>e</sup> symposium on public : Health, Networks in Public Health : at the crossing of practice and research. Organisé par l'Association belge de santé publique, l'observatoire de la santé du Hainaut et l'université de Mons-Hainaut.  
Renseignements : [symposium.baph2009@hainaut.be](mailto:symposium.baph2009@hainaut.be), [www.baph.be](http://www.baph.be)

Tél : +32 (0)65 87 96 11

### 16 décembre 2009, Beauvais

Forum territorial de santé du Grand Beauvaisis, conseil régional de Picardie  
Renseignements :  
Tél : 03 22 97 26 78

### 8-9 avril 2010, Paris

Journées de la prévention, Inpes  
Renseignements : <http://journées-prevention.inpes.fr>

### 9-10 novembre 2010, Lyon

Congrès national des ORS  
Territoire et santé des populations  
Renseignements : [congres@ors-rhone-alpes.org](mailto:congres@ors-rhone-alpes.org)

## Les pays : une capacité d'initiatives en santé, action sociale et environnement

Après deux siècles de centralisation et d'omniprésence du pouvoir régalién, vingt années de décentralisation, transférant partiellement compétences et responsabilités aux élus des institutions régionales et départementales, nous sommes, avec les dernières années du XX<sup>e</sup> siècle et le début du XXI<sup>e</sup>, entrés dans l'ère des « territoires de proximité », nécessaire contrepartie de la mondialisation. Qu'il s'agisse de territoires à dominante urbaine (communautés urbaines et d'agglomérations) ou à dominante rurale (intercommunalités, bassins de vie et d'emplois, pays...), tous ces espaces habités et identitaires, désormais reconnus, donnent au citoyen-acteur la possibilité de participer, sur volontariat, à l'action publique grâce à l'élaboration d'un PROJET TERRITORIAL, tenant compte des particularités géographiques, économiques, culturelles et sociales de son « espace vécu ». La réhabilitation ou la résurgence de ces territoires de proximité, sous la condition qu'elle soit cohérente et active, est donc une nouvelle étape de la décentralisation. Incitant à l'exercice de la démocratie directe et au travail en partenariat avec les spécialistes et élus, elle permet une démarche responsabilisante. De plus, elle instaure la « gouvernance » et permet d'adapter les politiques publiques aux conditions et aux aspirations locales, voire d'influencer ces politiques par un mouvement « ascendant ».

Après de très nombreux succès soutenus par la contractualisation avec l'État, les conseils régionaux, les conseils généraux et la Communauté européenne dans de très nombreux domaines, les projets de territoires vont cependant désormais devoir élargir leurs capacités d'initiative à deux nouveaux champs d'action étroitement liés : LA SANTÉ ET L'ACTION SOCIALE et LA DÉFENSE DE L'ENVIRONNEMENT dans le cadre d'une démarche de « développement

durable » unissant étroitement l'économie, le social et l'environnement.

Ces champs d'action ne sont pas nouveaux, mais rares avaient été les territoires qui avaient osés s'y engager : l'action sociale apparaissait comme une compétence essentiellement départementale après l'acte II de la décentralisation et la « santé publique » relevait des compétences « régaliennes », organisées et exercées par tout un réseau de spécialistes hautement compétents. Quant aux problèmes liés à l'environnement, ils paraissaient relever de l'action militante avant la prise de conscience et les plans d'action internationaux de ces derniers mois.

Le « Grenelle de l'environnement », d'une part, puis l'adoption de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, d'autre part, sont autant de gestes officiels indiquant aux acteurs de territoires qu'il est désormais urgent d'orienter leur projet territorial sur ces deux domaines.

Mais ces deux thèmes exigent technicité, lucidité et cohérence ; il est donc impératif de fiabiliser le diagnostic territorial en « partageant » plan d'action et stratégie avec des partenaires spécialistes relevant du secteur public et du secteur privé ; et nécessaire d'inscrire la démarche territoriale dans le cadre de l'action régionale et départementale, en cohérence avec les politiques nationales de santé publique et de l'environnement...

Dans le domaine de la santé et de l'action sociale, le guide méthodologique publié il y a deux ans par l'Association pour la promotion et la fédération des pays, et déjà réédité, pourra les aider dans cette démarche partagée. Il sera largement complété par les publications des Ateliers Santé-Ville et les travaux réalisés par de nombreux acteurs à l'instar de ce qui se fait en région Picardie.

Plateforme  
SANITAIRE & SOCIALE

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

N°6, novembre 2009

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

Directeur de publication : Dr Joseph Casile (or2s)  
Comité de rédaction : Émilie Blangeois (or2s), René Faure (drass), Christine Jaafari (drass), Marie-Véronique Labasque (Creai), Philippe Lorenzo (or2s), Aline Osman-Rogelet (or2s), Christophe Trouillard (drass), Alain Trugeon (or2s)  
Mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S novembre 2009