Plateforme SANITAIRE&SOCIALE

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

n°7

Décembre 2009

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé

- Conférence régionale de santé : la dernière séance 2

Actualité 3

- Éric Ledos, directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Brèves 4

Entretien 5

- Agence régionale de santé de Picardie, entretien avec Christophe Jacquinet, préfigurateur

Intiative 6

- La plateforme régionale de recherche en travail social, action sociale et intervention sociale

Focus

- Schéma régional d'addictologie 2009-2013 de Picardie 8
- Task force alcool en Thiérache et Laonnois 9
- Articulation des secteurs sanitaire et médico-social : entretien avec le Dr Colette Rhein et Bernard Hemmer 10

Données nationales

- L'état de santé de la population en France en 2008 11

Brev'd'Europe 12

Europe 13

- Santé publique : un nouveau site internet pour la DG Sanco

Doc 14

- Analyse critique du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale 15

Tribune libre 16

- La Task force alcool

Agenda 16

Addictologie

Dans les vingt dernières années, la prise en charge sanitaire des usagers de drogues, d'alcool et de tabac s'est considérablement développée avec la mise en place de structures d'accueil et de soins, de formations de personnels dédiés et d'une politique de réduction des risques. La création de la Mildt en 1982 a marqué l'engagement gouvernemental politique fort en faveur de cette politique.

Son inscription dans la loi de santé publique de 2004 et l'élaboration de plans nationaux (le plan gouvernemental 2004-2008 et le plan de prise en charge des préventions et des addictions 2007-2011 du ministère de la Santé) ont confirmé cette tendance volontariste.

Toutefois, malgré cette implication successive des différents gouvernements, la France, comme l'affirme le Premier ministre « se trouve aujourd'hui confrontée à de nouveaux défis : le maintien à un niveau trop élevé de la consommation de substances comme le cannabis (on dénombre 1,2 million d'usagers réguliers de cannabis, dont 550 000 quotidiens), le développement extrêmement rapide de la consommation de cocaïne et d'ecstasy, les conséquences sanitaires et sur l'ordre public de la montée en puissance chez les jeunes du *binge drinking*. *S'ajoutent à cela de nouvelles formes de consommations excessives amenant à prendre en charge de nouvelles formes de dépendances : internet, les jeux vidéos, les jeux d'argent, les achats ou le sexe.*

Les politiques publiques doivent évoluer et mettre en place « une politique pragmatique et équilibrée permettant d'agir simultanément sur la prévention, les soins, l'application de la loi et la lutte contre les trafics». C'est l'ambition des 193 mesures du nouveau plan gouvernemental 2008-2011.

*Face à cet engagement national, les services de l'État en Picardie se sont eux aussi dotés d'un plan d'action leur permettant d'atteindre ce même objectif de santé publique. Tant pour la consommation de tabac que d'alcool, la Picardie se situe à un niveau supérieur au niveau national, d'où un taux de mortalité prématurée supérieur à la moyenne nationale. La consommation de drogues illicites et la pression due aux besoins de prise en charge sanitaires augmentent. Les jeunes représentent un fort pourcentage de ces consommations excessives et sont un des publics prioritaires de cette politique en Picardie. Toutefois, les autres populations ne sont pas négligées : les femmes enceintes, les personnes démunies, les personnes placées sous main de justice, les personnes présentant des comorbidités somatiques et psychiatriques et les patients chroniques. Aussi, le Plan régional de santé publique s'est fixé comme objectif n°1 d'agir sur les déterminants de santé dont font partie les conduites addictives. La région est également doté depuis plusieurs années de trois plans départementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Début 2008, le Préfet de région a initié la «*Task force alcool*» *qui vise à expérimenter la coordination des actions de lutte contre l'alcoolisme auprès des jeunes dans trois territoires. Enfin, en 2009, sous l'impulsion donnée par la création de nouvelles structures médico-sociales (les Csapa), la région s'est dotée d'un schéma régional d'addictologie 2009-2013 qui rassemble en un document unique les initiatives déjà engagées dans la région et fixe les orientations des services de l'État et de l'Assurance maladie tant dans le domaine de la prévention, du soin que de l'accompagnement social. Ce schéma fait référence à toutes les dépendances, qu'elles soient issues d'une consommation de produits ou d'un comportement. Il fait appel à tous les acteurs en leur demandant d'agir ensemble, sur leur territoire, avec des objectifs communs.*

Nathalie Viard
Directrice adjointe
Drass de Picardie

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Picardie

PICARDIE LA RÉGION

Conférence régionale de santé : la dernière séance

La conférence régionale de santé a tenu le mercredi 2 décembre sa dernière séance plénière. Elle sera remplacée dès la fin du premier semestre 2010 par la toute nouvelle conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). L'occasion, avant de passer le relais, de faire un tour d'horizon des travaux...

C'est par ces mots que le Pr Jean-Pierre Canarelli a ouvert ce 2 décembre à Amiens la dernière session de la conférence régionale de santé qu'il préside. En 2010, en effet, la CRS cédera la place à la CRSA, conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Cette nouvelle instance, inscrite dans la loi *Hôpital, patients, santé, territoires*, sera formée après la mise en place de l'agence régionale de santé, soit vers la fin du premier semestre 2010.
En allocution d'ouverture, Christophe Jacquinet, directeur général préfigurateur de l'ARS, a évoqué le contexte de la création de l'agence régionale de santé et les enjeux pour la Picardie, une région aux indicateurs sociaux et sanitaires peu favorables. Il s'est dit confiant dans le fait que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie poursuivra le travail engagé par la CRS et qu'elle sera un réel parlement ouvert aux discussions et aux propositions. De son côté, Françoise Van Rechem, directrice de la Drass, a rappelé le texte de la loi sur la création de la CRSA en tant qu'organisme consultatif intervenant aux côtés et en appui de l'ARS.

Comptes rendus et perspectives des groupes de travail

Au nom des représentants des usagers du système de soins, M. Henri Barbier (CissPic) a présenté l'état des lieux des postes vacants au sein des commissions hospitalières. Il relève la nécessité d'un travail de fond avec les usagers pour augmenter la participation au sein des différentes instances. La CRS a validé la poursuite de cet état des lieux et le développement des formations pour les représentants des usagers. Le besoin de formation a aussi été pointé par Patrick Maugard (France Alzheimer) en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, avec une définition à trouver sur l'accueil ou l'hôpital de jour.
Le Pr Mickaël Nassila (unité Inserm ERI 24, président de la *Task force alcool*), a présenté la feuille de route de la *Task force alcool* pour le territoire de Laon-Hirson, dont les travaux devraient se poursuivre en 2010. Après avoir passé en revue les trois axes majeurs du programme, il a développé la mise en œuvre dès la fin de l'année 2009 des forums interactifs : ***Alcool, parlons-en***. Destinés tant aux professionnels qu'au grand public, ces forums sont le lieu d'échange sur différentes thématiques liées à la consommation d'alcool comme le syndrome d'alcoolisation fœtale, les violences intra-familiales ou encore la place des élus dans la prévention. En Thiérache, ainsi que l'a souligné François Désérable (Asmis-Aramie) la prévention de la consommation d'alcool est renforcée par le programme *Entreprises de Picardie en santé*, mené au sein d'une vingtaine d'entreprises sur la trentaine engagée dans le programme. Du côté de la Picardie maritime, second territoire d'intervention, les cinquante entreprises concernées sont en train de définir leurs thèmes d'action. Jean-Pierre Canarelli a défendu la volonté d'avoir en région des messages de prévention cohérents et concordants de la part de tous les acteurs, cependant que le Pr Gérard Dubois affirmait qu'il n'existait pas en ce qui concerne l'alcool de contexte national favorable et que l'on pouvait même noter une certaine régression.
La CRS a adopté le principe d'intégrer dans le plan stratégique régional de santé et les schémas régionaux de l'ARS, les axes stratégiques du Praps 3 présenté par Chantal Ledoux (Drass) : diagnostic territorial, développement de la dynamique partenariale avec les usagers, les professionnels et les institutionnels, adaptation des pratiques professionnelles aux besoins des personnes en situation de précarité et le renforcement des compétences des acteurs locaux. Colette Michaux (Conseil régional) a ouvert la séance de l'après-midi par les travaux du groupe piloté par la région sur la santé des jeunes. 50 000 exemplaires d'un dépliant sur les grossesses adolescentes sont diffusés. Il reste pour les mois à venir le recensement des lieux d'écoute et la rédaction d'une Charte pour fédérer tous les acteurs de la thématique.

En ce qui concerne la démographie médicale, le groupe de travail s'est penché sur quelques pistes comme l'accueil des internes, qui a abouti à la publication par la région du *Guide de l'interne en médecine en Picardie*. Des séminaires de carrière, le développement des stages chez les praticiens, la mise en place

Le Pr Jean-Pierre Canarelli, président de la CRS de Picardie

des flux par spécialité, l'octroi de bourses par le conseil régional sont autant de démarches incitatives pour ancrer les internes dans les territoires, tout comme le sont les contrats de collaborateurs libéraux, en CDD ou en CDI. La proposition du groupe rapportée par René Faure (Drass) serait d'élargir, dans le cadre de l'ARS, la réflexion de la démographie médicale aux autres professions de santé.

Les handicaps, un nouvel enjeu de santé publique

La CRS a répondu favorablement au vœu du président Canarelli de former un nouveau groupe de travail sur le handicap et la dépendance, suite aux communications de Patrick Berquin (CHU Amiens) et de Cécile Dizier (Drass) sur la prise en charge du handicap, tant dans ses aspects épidémiologiques que dans l'offre de soins. Une journée régionale du handicap est du reste annoncée pour le 24 avril 2010.
Enfin, la conférence a écouté la situation allergène mesurée par Atmo-Picardie et présentée par Alain Cornille (Atmo-Picardie) et les résultats de l'action *Maternité sans tabac* par Gérard Dubois (CHU-Amiens), qui a abouti à la labellisation de l'ensemble des maternités de la région en *Maternité sans tabac* et à les doter du matériel de mesure du CO.
En clôture, le président Jean-Pierre Canarelli a souhaité que l'ensemble des groupes de travail poursuivent leur action jusqu'à la fin du premier semestre 2010 et de passer alors le relais à la CRSA.

Eric Ledos, directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)

La direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale est l'une des huit structures régionales mises en place dans le cadre de la révision générale des politiques publiques. Elle reprend les attributions de la Drass et de l'ACSè en matière sociale. Au niveau départemental, ces attributions sont intégrées dans les directions départementales de cohésion sociale (DDCS).

Plateforme sanitaire et sociale : M. Éric Ledos, vous êtes nommé le 1er janvier directeur de la DRJSCS dont vous êtiez depuis l'automne préfigurateur. En quoi a consisté cette mission ?

J'ai été désigné préfigurateur le 22 septembre 2009 pour travailler à la mise en place de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) de Picardie. Cette mission a tout d'abord consisté à commencer à bâtir une culture commune entre la petite centaine d'agents concernés, venant de la direction régionale de la jeunesse et des sports, de la Drass et de l'agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé). L'intérêt du projet est de réunir l'ensemble des interventions de l'État qui concourent au bien-être des citoyens.

PFSS : Que est votre périmètre d'intervention ?

Ce périmètre comprend, pour les politiques sociales, la prévention et la lutte contre les exclusions, la protection des populations vulnérables et leur accès à l'hébergement, l'intégration sociale des personnes handicapées, les actions sociales de la politiques de la ville, la promotion de l'égalité des chances, l'intégration des populations issues de l'immigration, ainsi que la formation et la certification des professions sociales. Ce périmètre contient aussi les politiques sportives, comme l'accès à la pratique sportive, le sport de haut niveau et le sport professionnel, la formation et la certification des activités physiques et sportives, le développement des sports de nature, de la médecine du sport, la prévention du dopage et la lutte contre le trafic des produits dopants. Enfin, en termes de jeunesse, cela implique toutes les questions relatives à l'information des jeunes, à leur intégration et leur engagement dans la société, au développement de leur autonomie, à leur mobilité internationale. C'est également se soucier de la qualité éducative des loisirs collectifs, de la formation et de la certification dans le domaine de l'animation.
Enfin, il est essentiel de maîtriser tous les enjeux de la cohésion sociale. Dans le sens commun, la cohésion sociale, c'est de savoir vivre ensemble. Au sens du Conseil de l'Europe, c'est la capacité de la société à assurer le bien-être de tous, ce qui peut être décliné en quatre orientations clés. Assurer l'équité dans l'accès aux droits et aux ressources disponibles, ce que l'on entend par la non discrimination. La deuxième orientation est de développer l'autonomie, dans le sens du développement personnel. La troisième est de garantir la dignité dans la diversité, entendue comme la reconnaissance de l'individu. Enfin, la dernière des orientations, c'est d'encourager la participation responsable par l'engagement dans la vie sociale.

> **La cohésion sociale ne peut se réduire à la réparation sociale**

L'ensemble de cette politique touche deux catégories de population. Les personnes les plus fragiles et qui ont besoin, par exemple, d'être bénéficiaires de la solidarité nationale avec l'intervention d'associations dans l'hébergement d'urgence mais également dans le travail de réinsertion pour leur permettre d'avoir progressivement accès à un logement qui leur serait propre, ou, en lien avec la Direccte, de retrouver une activité professionnelle. Ce sont aussi les personnes qui sont sur des territoires fragiles, en milieu urbain dans les zones sensibles comme en milieu rural, et qui ont besoin d'un effort particulier de l'État pour leur permettre l'accès à tous les services publics et aux offres éducatives.
L'autre catégorie de population, est composée de tous les citoyens, quelle que soit leur condition économique, y compris lorsqu'elle est favorable, que nous devons aider à pouvoir s'épanouir, s'éduquer, s'engager dans des actions citoyennes, prendre des initiatives et s'engager dans des activités publiques. Ainsi, la cohésion sociale ne peut se réduire à la réparation sociale.

PFSS : Quelle est la stratégie développée par la DRJSCS en Picardie pour atteindre ces buts ?

Comme vous le savez, la situation sociale de la Picardie est parmi les plus dégradées de la métropole, avec des écarts importants avec le niveau national, avec par exemple un taux de bénéficiaires d'allocations sociales supérieur et un taux de licenciés sportifs inférieur. Notre stratégie est d'orienter les interventions de l'État là où les besoins sont les plus marqués. D'où l'importance de la fonction de pilotage du niveau régional dans la mise en œuvre des politiques gouvernementales sur ces différents sujets. La DRJSCS a ainsi un rôle de définition d'orientations régionales, d'adaptation et de précision des orientations nationales aux spécificités locales. La mise en œuvre relèvera de la responsabilité des préfets de département qui disposent de directions départementales de la cohésion sociale. Le niveau régional aura aussi un important travail d'observation. Pour 2010, ce programme d'observation s'organise autour de la poursuite de l'observation de l'action sociale en maintenant les partenariats qui existent avec l'OR2S, la plateforme sanitaire et sociale, les Urssaf, etc., mais aussi de la politique de la ville.

En 2010 vont être réévalués les périmètres des territoires concernés mais également les contrats urbains d'utilité sociale qui ont été signés il y a trois ans. Dans le domaine du sport, nous allons travailler sur l'observation des pratiques sportives licenciées, notamment par une analyse approfondie des équipements sportifs. Le Sgar a confié à la DRJSCS la mission de coordonner les différents programmes d'observation de la jeunesse, comme celles du rectorat, du travail, de la santé... Il serait important d'avoir une cartographie d'ensemble sur les caractéristiques de la jeunesse en Picardie, par territoires et par tranches d'âge. Cette observation sera étayée par les travaux existant. On fera une observation de l'offre éducative pour s'assurer que chaque jeune en Picardie puisse avoir accès à des pratiques éducatives. Enfin, observation de la vie associative pour mesurer le dynamise et la réactivité par rapport aux sujets d'actualité ainsi qu'une observation des métiers qui relèvent du sport.

PSS : Quelle sera l'articulation avec l'ARS ?

Le directeur de la DRJSCS siège au conseil de surveillance de l'ARS et également au sein de différentes commissions thématiques car il est vrai qu'il y a beaucoup de questions liées à la santé qui côtoient le périmètre d'action de la DRJSCS. Je pense notamment au suivi médical des sportifs et aux questions liées à la lutte contre le dopage. Il y a également un champ d'intervention historique avec tout ce qui touche à la toxicomanie, à la lutte contre les pratiques addictives et d'une façon générale, à la santé des jeunes. Il est clair que pour les politiques particulières qui ont été mises en œuvre en direction des jeunes ou des populations les plus vulnérables, nous verrons comment avec l'ARS nous pourrons poursuivre ce partenariat de fait.

Propos recueillis par
Philippe Lorenzo
OR2S

Réforme de l'État : trois directions départementales interministérielles...

Le décret 2009-1484 du 3 décembre 2009 crée et fixe les attributions de nouveaux services déconcentrés de l'État, annoncé par François Fillon dans un discours du 16 novembre 2009. À l'exception des départements d'Île-de-France et d'outre-mer, les directions départementales interministérielles (DDI) remplaceront les actuelles directions départementales sur l'ensemble du territoire au 1er janvier 2010. Une réforme basée sur «le principe de la modularité puisque dorénavant, il n'y aura plus une organisation unique sur l'ensemble du territoire». *Il y aura désormais deux ou trois directions suivant les départements. Dans les quarante deux départements les plus peuplés, dont les trois départements picards, sont créées trois directions :*
- la direction départementale des territoires («et de la mer» pour les départements littoraux) (DDT) ;
- la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) ;
- la direction départementale de la protection des populations (DDPP).
Dans les autres départements, il n'en existe que deux : la direction départementale des territoires et la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations.
Le pilotage des politiques publiques étant désormais réalisé au niveau régional, les directions départementales sont chargées uniquement de «mettre en œuvre» ces politiques. Pour la mise en œuvre locale, le préfet de département doit obtenir l'accord du préfet de région.
Les directions de la cohésion sociale héritent des attributions des Ddass qui ne sont pas transférées aux agences régionales de santé (ARS), des services jeunesse et sports et «peuvent être chargées de l'intégration des populations immigrées et de l'organisation de l'accueil et de l'hébergement des demandeurs d'asile». Les DDCS mettront en œuvre les politiques relatives «aux actions sociales de la politique de la ville» et aux «fonctions sociales du logement»…

Égalité professionnelle hommes/femmes : en faire une réalité

Lors du Conseil des ministres du 23 décembre 2009, le ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville a présenté une communication relative à l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes. Depuis 1972, six lois et un accord national interprofessionnel conclu le 1er mars 2004, ont œuvré pour l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes inscrite dans les textes..., mais pas toujours dans la réalité. Le gouvernement a remis aux partenaires sociaux un document d'orientation les invitant à examiner trois axes en matière d'égalité professionnelle : simplifier les règles, favoriser une meilleure place des femmes dans l'entreprise et se donner les moyens d'appliquer la loi.
Une négociation se tiendra entre les partenaires sociaux, suite aux réunions de concertation, sur tout ou partie des sujets évoqués par le document d'orientation, notamment le travail à temps partiel, le temps partiel familial et la mise en place d'un entretien de conciliation entre vie personnelle et professionnelle, les conditions de la négociation collective sur ce sujet et la représentation des femmes dans les instances représentatives du personnel. À l'issue des négociations qui devraient s'achever avant la fin avril 2010, le Gouvernement sera en mesure de présenter au second semestre, un projet de réforme.

Enquête Conditions de vie des étudiants

La sixième enquête Conditions de vie des étudiants *de l'Observatoire de la vie étudiants (OVE) est lancée. Réalisée tous les trois ans de 1994 à 2006, cette enquête a recueilli lors de chaque édition près de 25 000 réponses.*
Elle sera élargie au printemps 2010 à un échantillon représentant plus de 80 % de l'enseignement supérieur puisqu'elle intégrera pour la première fois, en plus des universités et classes supérieures de lycée, les écoles d'ingénieurs et de management, les instituts de formations en soins infirmiers et les écoles culturelles et artistiques du ministère de la Culture et de la Communication.
Les premiers résultats de cette enquête en ligne par questionnaire sont prévus début 2011.

Garde d'enfants

Pour encourager la natalité et favoriser la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, le Gouvernement s'est fixé comme objectif la création de 200 000 nouvelles offres de garde d'enfant d'ici 2012. La secrétaire d'État chargée de la Famille et de la Solidarité, Nadine Morano, a présenté une communication en Conseil des ministres, le 16 novembre, faisant le bilan et traçant les perspectives du programme de développement de la garde d'enfant. Les mesures prises en faveur du développement de l'accueil individuel commencent à porter leurs fruits. Ainsi, plus de 15 000 enfants supplémentaires ont été accueillis entre juin 2008 et juin 2009 chez les assistantes maternelles, soit une augmentation de 3 % en un an. Les projets d'ores et déjà examinés par la Cnaf montrent qu'environ 60 000 places de crèche pourront être créées sur cette période. En outre, une meilleure occupation des places de crèche permettra de proposer 40 000 places de crèches supplémentaires. Au total, avec le développement des jardins d'éveil et des micro-crèches, ce sont plus de 103 000 places d'accueil collectif qui seront créées d'ici à 2012.
www.gouvernement.fr

... et huit directions régionales

La région devient le niveau de droit commun du pilotage et de la coordination de l'État. Son organisation repose sur huit structures reprenant les grands découpages ministériels.
- Rectorat ;
- Agence régionale de santé (ARS) ;
- direction régionale des finances publiques (DR Fip) ;
- direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) ;
- direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt (Draaf) ;
- direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ;
- direction régionale des affaires culturelles (Drac).

La Conférence nationale de santé et la révision de la loi de santé publique

Dans un avis adopté le 10 décembre 2009, la conférence nationale de santé propose six critères pour réviser la loi de santé publique :
- identifier clairement les principes pérennes et les priorités pluriannuelles de la politique de santé publique ;
- clarifier les outils de l'action publique ;
- articuler plus lisiblement les programmes nationaux et les programmes régionaux ;
- renforcer les structures de coordination et opérationnelles en santé publique ;
- adapter les procédures de décision en santé publique pour garantir plus de transparence ;
- avoir un volet financier pour tout plan ou programme national ou régional.

Défenseur des droits

Le Conseil des ministres du 9 septembre 2009 a décidé de la création par un projet de loi organique d'une nouvelle fonction : le Défenseur des droits, dans la ligne droite de la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008. Pour le gouvernement, il s'agit de renforcer les possibilités de recours non juridictionnel dont dispose tout citoyen pour assurer la défense de ses droits.
Les attributions du Défenseur des droits recouvriront celles exercées par le Médiateur de la République, le Défenseur des enfants et la Commission nationale de déontologie de la sécurité.
Le Défenseur des droits sera assisté de deux collèges composés chacun de trois personnalités qualifiées.
Le Défenseur pourra être saisi directement par toute personne s'estimant lésée dans ses droits et libertés par le fonctionnement d'une administration.
Il est nommé pour un mandat de six ans non renouvelable par le Président de République après accord des commissions compétences de l'Assemblée nationale et du Sénat.

Agence régionale de santé de Picardie, entretien avec Christophe Jacquinet, préfigurateur

Nommé préfigurateur de l'agence régionale de santé de Picardie, Christophe Jacquinet revient sur les grandes orientations qui président à la construction de l'ARS. Elle sera opérationnelle le 1er avril 2010.

Plateforme sanitaire et sociale : M. Christophe Jacquinet, vous avez été nommé à l'automne préfigurateur de l'ARS de Picardie. Vous êtes cependant l'un des rares à venir du privé. De votre point de vue, en quoi cela a motivé votre nomination ?

Christophe Jacquinet : Au lieu de dire que je suis l'un des rares à venir du privé, ce qui est vrai, je préfère dire que je suis l'un des rares à venir de l'offre de santé. J'ai une formation médicale et un parcours d'acteur de santé assez diversifié. J'ai été dirigeant d'établissements hospitaliers et de groupes d'établissements de taille importante, j'ai été consultant auprès d'acteurs de santé sur l'éducation thérapeutique à domicile et dernièrement, j'étais directeur général d'une fondation dans le secteur du handicap et de la dépendance. Ce qui a probablement intéressé, c'est ma connaissance de l'intérieur du secteur de la santé. Dans un panel diversifié de préfigurateurs et de futurs directeurs généraux d'agence, je peux apporter un regard d'acteur de santé, connaissant bien la médecine ambulatoire libérale, le secteur hospitalier privé commercial, le secteur du handicap et de la dépendance... Et finalement, la fonction d'une ARS, c'est de regrouper une palette d'acteurs de santé assez différents.

La santé est au cœur du pacte républicain

Je pense aussi que j'ai un très haut niveau d'exigence sur ce qu'est un service public de santé. C'est un secteur tout à fait particulier, qui est en souffrance, pour des raisons conjoncturelles mais aussi structurelles.
Au moment où je prends mes fonctions, je suis extrêmement attentif à l'importance de notre système de santé en tant qu'élément national de cohésion sociale. Pour moi, la santé n'est pas une valeur marchande, elle est au cœur du pacte républicain, même s'il y a parfois une crise de confiance entre le citoyen et le secteur. Ce sont certainement ces dimensions auxquelles je crois et auxquelles je suis très attaché, qui font que j'ai été recruté, bien que je ne vienne pas d'un organisme qui va constituer l'ARS.

PFSS : Quel sera l'envergure de l'ARS, en moyens humains et en couverture territoriale ?

L'ARS sera composée d'environ deux-cent-soixante-dix personnes réparties sur quatre sites. Le siège de la direction centrale sera à Amiens, avec trois délégations territoriales départementales, à Beauvais pour l'Oise, à Laon pour l'Aisne et à Amiens pour la Somme. Ces délégations territoriales auront pour rôle principal de représenter l'ARS auprès du préfet de département pour la veille et la sécurité sanitaire, en particulier en situation de crise. Elles représenteront aussi l'ARS auprès des acteurs de santé, notamment hospitaliers, médico-sociaux et ambulatoires. Les délégués territoriaux auront ainsi une mission d'animation territoriale dans le cadre du projet de territoire. Un troisième rôle sera d'être un interlocuteur de proximité pour les élus.

PFSS : Au-delà des textes législatifs et règlementaires, comment voyez-vous l'organisation de l'agence ?

C.J. : Pour ce qui concerne l'offre de santé, nous avons deux missions particulières à mettre en œuvre. La première, est une mission de régulation de l'ensemble de l'offre de santé : secteurs hospitalier, des soins de premiers recours, du handicap et de la dépendance. La seconde mission est l'accompagnement et l'appui à l'efficience des établissements sanitaires et médico-sociaux et à la gouvernance des hôpitaux publics.
Deux caractéristiques sont importantes à connaître. L'ARS repose sur une architecture régionale, qui organisera l'ensemble des personnels et services sur le plan régional : par exemple, une personne qui travaille à Laon sera dans une direction régionale. La deuxième caractéristique, c'est la transversalité entre les différents secteurs de compétence de l'ARS, de façon à avoir des projets transversaux et qui correspondent aux besoins. Les grands enjeux de la création des ARS, c'est de donner de la fluidité au parcours de santé et de pouvoir faire de la réorganisation, pour que le système de santé tel qu'il sera demain réponde le mieux possible aux besoins en suivant leur évolution.
Nous avons des besoins importants dans le médico-social, dans la permanence des soins, des enjeux à relever sur la nutrition, les addictions, les maladies chroniques, l'éducation thérapeutique, la démographie médicale. Nous ne les règlerons pas dans des directions totalement indépendantes les unes des autres. Cet objectif de transversalité est absolument essentiel et l'organisation de l'ARS essaiera d'y répondre pour donner toute sa cohérence au projet régional de santé.

L'objectif est d'avoir un projet régional de santé pour juillet 2011

PFSS : Justement, autour de quels projets stratégiques se structurera ce projet régional ?

C.J. : Il est encore trop tôt pour répondre à cette question. Il faut d'abord que l'agence soit créée, que la conférence régionale de santé et de l'autonomie débatte, puis que l'ARS travaille sur les prémices du projet régional de santé. L'objectif est d'avoir un projet régional de santé au plus tard en juillet 2011.
Mais déjà nous entamons un état des lieux de la santé dans la région, en nous reposant sur ce qui existe. C'est important car l'ARS a pour objectif de regrouper ce qui existe déjà. Il n'y aura pas un changement considérable par rapport à maintenant. Les organisations sont là, les personnes en poste aussi. Le but est simplement de construire une organisation plus efficiente, d'éviter les redondances, de permettre aux instances qui sont responsables de la régulation du système de santé, de la veille sanitaire, etc., de travailler ensemble au sein d'une entité unique. L'agence se coulera dans le prolongement des projets qui ont été engagés ; je pense, par exemple, à l'excellent travail produit par la conférence régionale de santé. Le tissu relationnel qui existe en Picardie est très intéressant et nous devons le maintenir. Notre rôle, c'est d'assurer une vraie continuité entre l'action des organismes qui vont constituer l'ARS et la nouvelle agence. C'est très important d'être dans cette continuité, et de ne pas faire table rase du passé.

Propos recueillis par
Philippe Lorenzo
OR2S

LA PLATEFORME RÉGIONALE DE RECHERCHE EN TRAVAIL SOCIAL, ACTION SOCIALE ET INTERVENTION SOCIALE

Mise en place en 2009 avec l'appui de la direction générale des affaires sociales (DGAS) du ministère de la Santé et des Sports, cette plateforme est le fruit d'un partenariat entre l'université et l'Institut de formation aux fonctions éducatives (Irffe)

La plateforme s'appuie sur le partenariat déjà ancien établi entre l'UPJV et l'Irffe, notamment pour la formation préparant au DSTS (diplôme supérieur en travail social) et au Deis (diplôme d'État d'ingénierie sociale). Elle répond à des orientations politiques nationales visant à développer et valoriser la recherche en travail social, action sociale et intervention sociale.

La création d'une plateforme régionale de recherche doit permettre d'étendre ce partenariat au champ de la recherche. Son objectif est de soutenir des activités qui tout en étant déjà créées, restent à développer au sein du Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie (Curapp) et du Creai de Picardie, de proposer une mutualisation des résultats d'études et recherches produites, et de développer des actions communes en termes de valorisation des travaux et de centres de ressources documentaires.

Au-delà des deux partenaires principaux et co-coordinateurs de cette plateforme (le Curapp et le département études, recherches, observation (Dero) créé au sein du Creai/Irffe), de nombreux représentants d'associations ou des collectivités territoriales et de l'État participent au comité de pilotage : la Drass de Picardie, la protection judiciaire de la jeunesse, le conseil régional de Picardie, les conseils généraux, l'OR2S, l'Uriopss...

Quatre objectifs

Quatre grands objectifs ont été déterminés à la création de cette plateforme :

- créer une dynamique régionale pour développer la recherche fondamentale et appliquée et ses liens avec la formation ;
- promouvoir la formation des acteurs à la recherche : travailleurs sociaux expérimentés et formateurs d'écoles professionnelles ;
- recenser, capitaliser, mutualiser, développer les sources et données régionales hétérogènes existantes dans le champ des politiques sociales, du travail social, de la formation et des qualifications en intervention sociale en Picardie ;
- favoriser les échanges et développer les réseaux interrégionaux sur les mêmes questions.

Huit actions

Pour répondre à ces objectifs, le Curapp et le Dero Creai/Irffe ont proposé la mise en place de huit actions sur une amplitude de deux années (2008/2010) :

1. Faire le lien entre recherche et formation : par la formation à la recherche (et par la recherche) des professionnels du travail social. L'objectif est de favoriser la mise en place de séminaires d'encadrement des masters et thèses, en complément des formations supérieures déjà existantes (Deis et masters) la formation doctorale de professionnels du travail social (sociologie, science politique, sciences de l'éducation).

2. Favoriser l'accessibilité des données régionales existantes en travail social, intervention sociale et action sociale. Il s'agit de recenser, traiter et diffuser les données, statistiques, études qualitatives, analyses secondes ; de rendre accessible aux chercheurs et acteurs professionnels les résultats des recherches appliquées et des études réalisées en Picardie.

3. La plateforme régionale sera alimentée par les recherches et études, réalisées par le Curapp et le Dero et les productions d'autres partenaires régionaux.

4. Produire des études et des enquêtes transversales et longitudinales sur l'emploi et la qualification en intervention sociale en Picardie. Il s'agit, au moyen d'activités de recherche, de participer à l'identification des évolutions du travail social en Picardie afin d'en dégager les nouveaux enjeux, les nouveaux besoins, les nouvelles formes de certification, les nouveaux accès à la formation tout au long de la vie, etc.

5. Au recensement des données et des études s'adjoint un travail épistémologique dans le champ, en développant un questionnement sur les méthodologies. Cela se fait à partir du séminaire du Curapp débuté à l'automne 2009 sur le thème *Gestion, institutions du social, acteurs et pratiques*.

6. Organiser des journées d'étude et colloques. Il s'agit, à partir des questions qui se posent dans les pratiques de chaque métier et de chaque secteur professionnel, d'être l'instigateur d'espaces de rencontres et de débats autour de thématiques spécifiques à la région picarde ou encore de thématiques liées à l'actualité du secteur social.

7. Mise en réseau des ressources documentaires de la bibliothèque universitaire et du centre de ressources documentaires du Creai de Picardie, permettant la constitution d'un fond spécialisé dans le domaine de l'action sociale. L'objectif à terme est de rendre ces lieux accessibles aux professionnels et de concevoir leurs fonds en complémentarité.

8. Mise en relation de la plateforme picarde avec des plateformes ou pôles ressources d'autres régions.

Aujourd'hui, plusieurs pistes de travail sont en réflexion afin de parfaire le partenariat entrepris depuis plusieurs années entre l'Université Picardie Jules Verne (et plus spécifiquement le Curapp) et deux des établissements du Creai de Picardie : le Creai Services et l'Irffe. Il s'agit à la fois de développer des articulations nouvelles, de capitaliser les expériences et savoir-faire tout en faisant de cette plateforme un lieu de dynamisation et d'innovation en matière de recherche en travail social. Enfin, il s'agit de mettre en avant et en valeur la complémentarité des institutions dans l'appréhension du travail social, de l'action sociale et de l'intervention sociale.

Marie-Véronique Labasque
Responsable du département d'études, de recherches et d'observation, Creai/Irffe

FOCUS

La prise en charge sanitaire des usagers de drogues, d'alcool et de tabac s'est développée avec la mise en place de structures d'accueil et de soins, de formations de personnels dédiés et d'une politique de réduction des risques.

Le Plan régional de santé publique s'est fixé comme premier objectif d'agir sur les déterminants de santé dont les conduites addictives. Trois plans départementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies existent ainsi depuis plusieurs années et un schéma régional d'addictologie couvre les années 2009-2013.

En 2008, le préfet de région a mis en place la Task force alcool *pour expérimenter la coordination d'actions de prévention et de lutte contre l'alcoolisme dans trois territoires : Thiérache-Laon, Picardie maritime et Beauvaisis. Ces actions, coordonnées par les sous-préfets, se déroulent tant auprès des jeunes que des salariés et des familles. Il faut enfin noter en 2009 la création des Csapa, nouvelles structures médico-sociales.*

Schéma régional d'addictologie 2009-2013 de Picardie

En juillet 2009, la région Picardie s'est dotée d'un schéma régional médico-social en addictologie qui fixe l'organisation du dispositif de prévention et de soins en addictologie. Il fait suite à la loi du 2 janvier 2002 réformant les structures médico-sociales.

Ce schéma a pour objectif d'autoriser les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), structures médico-sociales créées par la loi du 2 janvier 2002 qui remplacent les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Sous la supervision d'une commission régionale addictions, regroupant l'ensemble des acteurs institutionnels, associatifs et libéraux, la Picardie a élaboré son schéma selon une approche transversale. Il organise l'articulation de l'ensemble des dispositifs : de la prévention, des soins, du médico-social et du social. Les priorités régionales sont au nombre de quatre :

- renforcer le dépistage et l'accueil de proximité ;
- améliorer l'accès aux soins ;
- assurer la continuité de la prise en charge ;
- renforcer la qualité de la prise en charge.

Ces priorités se déclinent en six principes généraux :

- une politique à l'intention de tous ;
- une implication de tous les acteurs ;
- une organisation par territoire de santé défini par le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros 3) ;
- une articulation des acteurs formalisée ;
- l'organisation d'un dispositif complet de prise en charge sur un territoire ;
- une organisation adaptée aux réponses à des publics vulnérables.

Pour les mettre en œuvre, le schéma insiste sur certains points incontournables. Au sein d'une organisation par territoire de santé, tels que définis actuellement par le Sros 3, toute forme de coopération est encouragée, comme la création de réseaux (l'un régional, d'autres territoriaux) ou par toute autre forme de coopération. Cela permettra, au sein de filières en addictologie, de mettre en place un dispositif complet de prise en charge, du repérage à l'insertion professionnelle et sociale. Afin de mailler au maximum le territoire et de favoriser la proximité entre l'usager et le dispositif, le développement des consultations avancées, des permanences et des équipes mobiles est encouragé. Une coopération forte est particulièrement demandée entre les acteurs des consultations ambulatoires, qu'elles soient hospitalières ou médico-sociales (*cf.* entretien page 10). Le schéma insiste également sur l'implication de la médecine de ville et des officines de pharmacie tout au long du parcours de l'usager. Il prévoit enfin une organisation spécifique pour prendre en charge les publics plus vulnérables : les jeunes, les femmes enceintes ou avec enfants, les personnes sous main de justice, les personnes atteintes de co-morbidités somatiques et/ou psychiatriques et les patients chroniques.

La mise en œuvre de ces principes généraux amène les acteurs à offrir une organisation en matière de repérage et de prévention, d'accueil, de dépistage, d'évaluation et d'orientation. En ce qui concerne les soins (sanitaires et médico-sociaux), l'organisation des activités de consultations ambulatoires a pour objectif l'implantation de deux à trois Csapa par territoire de manière à favoriser la mise en place d'équipes pluridisciplinaires pour mailler l'ensemble du territoire. Le développement d'antennes et de consultations avancées participeront également à une bonne couverture des besoins. Les sites où des coopérations doivent avoir lieu sont précisés dans le schéma tout comme est affirmée la nécessité d'identifier trois à quatre lieux de référence pour jeunes par territoire servant de référence en la matière.

L'organisation de l'activité de sevrage demande la coordination des établissements de sevrage simple et de sevrage complexe avec les structures qui interviennent en amont et en aval du sevrage. Ils doivent intégrer les réseaux territoriaux.

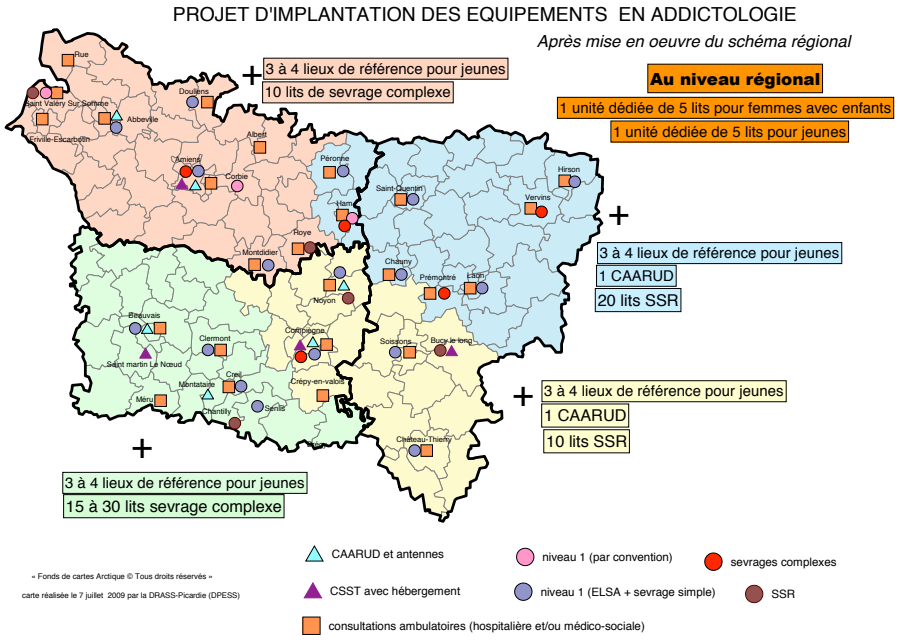
Pour l'organisation de la réduction des risques, un centre d'accueil et d'accompagnement pour la réduction des risques des usagers de drogues (Caarud) doit être présent dans chaque territoire.

Le schéma invite les comités départementaux de suivi et de la substitution à se réactiver et à jouer leur rôle de coordination territoriale pour la prise en charge de la substitution.

Pour l'organisation des soins de suite et de réadaptation « *affections liées aux conduites addictives* », l'enjeu est de créer une offre spécialisée dans chaque territoire de santé. Pour l'hébergement et l'accompagnement vers la réinsertion sociale et professionnelle, le schéma donne la priorité aux dispositifs de droit commun en insistant sur la nécessité des structures à conventionner avec les équipes spécialisées en addictologie pour prendre en charge les conduites addictives de leur résidents. Les Csapa avec hébergement auront vocation à ne prendre en charge que les personnes pour lesquelles le dispositif de droit commun n'est pas compatible avec la démarche de soins.

Pour les publics plus vulnérables, le schéma présente une organisation spécifique à leur intention. Il met notamment l'accent sur l'importance de traiter les co-morbidités somatiques et psychiatriques des personnes ayant des conduites addictives. Le dispositif spécialisé en addictologie accueille les personnes en milieu ouvert placées sous main de justice. En milieu fermé, l'Ucsa est le pilote de l'organisation des soins et notamment de la prise en charge des conduites addictives.

Enfin, un lien avec le secteur médico-social est prévu pour la prise en charge des personnes devenues handicapées du fait de leur conduite addictive (notamment les malades atteint du syndrome de Korsakoff) et pour les patients chroniques.



Cécile Dizier
Drass de Picardie

Le schéma est téléchargeable sur le site internet de la Drass Picardie : http://www.picardie.sante.gouv.fr/polsant.htm

Task force Alcool en Thiérache et Laonnois

À l'heure où des démarches territoriales de santé, la *Task force alcool* initie sur trois territoires picards de nouvelles modalités d'intervention. Elles ont pour objet de décloisonner acteurs et actions sur le thème de la prévention du risque alcool.

Dans cette perspective, les acteurs du territoire Laon Hirson se sont engagés dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de territoire *Task force alcool*. Lancée en 2008 sur le territoire de Laon-Hirson par M^me^ Eléodie Sches, sous-préfete de l'arrondissement de Vervins, cette action pilote a permis de réunir une vingtaine d'acteurs locaux autour de l'élaboration d'un projet de territoire défini à partir de la diversité des actions déjà entreprises et en s'appuyant sur des acteurs ayant vocation et légitimité à agir. Sur la base d'un cahier des charges mais aussi à partir d'un « état des lieux » partagé entre acteurs, trois principaux enjeux ont été repérés puis déclinés dans le cadre de ce projet de territoire.

Renforcer la prévention au risque alcool à destination des jeunes du milieu scolaire et des apprentis

En ce qui concerne les élèves et apprentis, il s'agit de privilégier une démarche participative des élèves et en favorisant des temps de formation ou d'échange de pratiques pour les professionnels. La consommation excessive d'alcool chez les jeunes est de plus en plus souvent au cœur des préoccupations. Si le phénomène spectaculaire du *binge drinking* interpelle, les éducateurs n'occultent pas la diversité des modes d'alcoolisation : des consommations solitaires, les *premix* ou alcopops chez les plus jeunes, les poly consommations chez les plus âgés… Cela fait écho aux récentes enquêtes réalisées par l'OR2S : les garçons de seconde en Thiérache sont les plus nombreux à avoir bu de l'alcool et à être ivres dans l'année (*cf.* enquête *Jesais*).

Au-delà de ces constats et de ces chiffres, nombreux sont les professionnels qui soulignent l'intérêt de diversifier les actions de prévention. Aux jeunes, apparemment peu réceptifs aux messages sanitaires, il faudrait leur proposer de créer eux-mêmes leurs propres messages et supports de prévention par une démarche créative et participative. À ceux qui commencent à prendre progressivement de l'autonomie, dans le cadre des sections d'apprentissage, il faudrait les accompagner à mûrir leur réflexion concernant leur choix de santé, notamment en utilisant les points accueil écoute jeunes. Et parce que ni l'enseignant, ni l'animateur jeunesse, ni le travailleur social… ne peuvent à eux seuls résoudre le problème de l'alcool, des temps de formation et d'échange de pratiques semblent indispensables. Ils permettent d'approfondir les questions d'alcoolisation excessive mais également de viser la mobilisation de tous autour d'un même message de prévention adapté à l'âge mais aussi au contexte de l'individu.

Sensibiliser les familles au sujet des consommations excessives d'alcool des jeunes

Si la nécessité de mettre en œuvre des actions de prévention en direction des jeunes est affirmée, le projet de territoire souligne également l'importance de sensibiliser les parents et les familles, les habitudes de consommation étant la plupart du temps inscrites dans le cadre familial. Les parents sont en effet les premiers acteurs potentiels de la prévention, notamment parce que ce sont eux qui instituent les premières relations de confiance entre l'enfant et l'environnement, et la confiance de l'enfant en lui-même. Or, ce soutien des adultes est devenu particulièrement fragile. C'est la raison pour laquelle les actions d'information, de sensibilisation et d'accompagnement des familles et des parents représentent un volet indispensable de l'éducation à la santé des jeunes. Dans cette perspective, le projet de territoire propose différents lieux de vie des familles à investir : les entreprises, les dispositifs d'insertion, les relais famille…

Puis, dans le cadre de ces différentes actions de prévention en direction des jeunes, des parents et des familles, l'individu quel qu'il soit, doit pouvoir trouver, en cas de difficulté, une réponse adaptée à la singularité de son besoin dans le but de retrouver un équilibre satisfaisant. Pouvoir recourir alors à un professionnel de proximité constitue une étape cruciale à la condition que ces professionnels, généralement du secteur social, soient en mesure d'accompagner et d'aborder ces sujets de consommations avec leur public, et qu'ils soient formés à la problématique. Ainsi, une vingtaine de médecins du travail de la MTA de l'Aisne a pu être formé au *repérage précoce et intervention brève* (RPIB) et une vingtaine de travailleurs sociaux d'Hirson le seront prochainement leur permettant d'aborder respectivement cette question avec les salariés et les familles.

Accroître la mobilisation des acteurs du territoire

La consommation excessive d'alcool a des répercussions dans de nombreux domaines : la santé, qu'il s'agisse de santé individuelle ou collective, la sécurité au travail, la précarité et l'emploi, la scolarité et l'insertion des jeunes, la violence et l'accidentologie. Ainsi, la problématique des consommations d'alcool n'est pas un sujet exclusivement sanitaire mais revêt la forme d'un problème de société. À ce titre, chacun en sa qualité de professionnel, d'élu, d'éducateur, de citoyen… a un rôle à jouer en matière de prévention. L'organisation de forums publics interactifs intitulés *Alcool, parlons-en* veut répondre à ces objectifs de mobilisation sur le territoire.

Les actions d'information et de sensibilisation ont pour but de faire évoluer les représentations afin de gagner en connaissances et en comportements adaptés aux enjeux de sécurité, de santé et de responsabilité. Elles semblent indispensables pour initier un travail de fond. Six principaux thèmes ont été retenus par le comité de pilotage : syndrome d'alcoolisation fœtale ; alcool et violence ; prévention au risque alcool : quelle place pour l'élu ? ; loi HPST : quelles mesures pour les commerçants ? ; quelle démarche de prévention en entreprise ; alcoolisation des jeunes et moins jeunes : parlons-en !

En fonction des thèmes définis, professionnels ou grand public seront invités à participer à ces soirées débats en différents lieux du territoire : Hirson, La Capelle, Laon, Guise, Saint-Erme, Vervins…

Articulation des secteurs sanitaire et médico-social : entretien avec le Dr Colette Rhein et Bernard Hemmer

Depuis de nombreuses décennies, les secteurs sanitaires et médico-social travaillent en articulation autour des personnes dépendantes, patient pour l'un, usager pour l'autre. Retour d'expérience à l'hôpital de Compiègne.

Plateforme sanitaire et sociale : Depuis quand existe-t-il dans la région une articulation entre la prise en charge sanitaire et sociale ?

Dr Colette Rhein : À partir de 1968, les cures sont pratiquées en dix jours environ dans le service d'hépato-gastro-entérologie, sous la responsabilité du Dr Woimant chef du service et fondateur avec le Dr Fouquet de la Société française d'alcoologie. Il est assisté d'un interne de gastro et d'un personnel soignant - infirmier diplômé d'État, aide-soignante et auxiliaire de soins infirmiers - qui devait s'occuper également des autres patients du service. Le centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), dès son apparition à Compiègne dans un quartier périphérique (rue Ampère), s'est principalement occupé de consultations mais, rapidement, il a travaillé avec le Dr Woimant au sein de son service sous la forme de l'embauche d'un visiteur social, d'un accueil et de consultations médicales assurées par le Dr Woimant et des jeunes médecins vacataires.
Progressivement, l'animatrice du CCAA et le visiteur social, lui-même animateur de formation, vont mettre en place des réunions au sein du service destinées aux patients hospitalisés. L'équipe se renforce d'un, puis de deux psychologues. À l'époque, une large part est encore donnée aux intervenants des mouvements d'anciens buveurs.
En 1981, l'unité d'alcoologie change de locaux. Ceux-ci sont entièrement dévolus à l'alcoologie et à l'accueil de patients toxicomanes. L'équipe, composée d'un personnel hospitalier et du centre d'hygiène alimentaire, installé dans le service, assure les soins physiques, psychologiques et relationnels. Le nombre de lits passe de vingt-cinq à vingt et la durée de séjour de dix jours à trois semaines selon un programme bien structuré. Le besoin se fait sentir d'officialiser le partenariat et la première convention date de cette époque. La place laissée au bénévolat - le mouvement Vie libre - se réduit de plus en plus au profit d'une professionnalisation.

PFSS : Quels sont les avantages d'un tel dispositif ?

Dr Colette Rhein : Il s'agit d'un système qui a permis, dans un premier temps, de gérer la pénurie de personnel et de permettre également une plus grande souplesse dans le recrutement de nouveaux intervenants au niveau de la cure hospitalière.

Bernard Hemmer : La mutualisation des équipes, sanitaire (CH) et médico-sociale (CCAA futur Csapa), permet des consultations tous les jours, du lundi au samedi.
Bien avant que ne se développent des postes de psychologues dans les centres hospitaliers, deux psychologues de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) assuraient des consultations individuelles et des groupes de parole dans le service. La diversité pluridisciplinaire de l'équipe médico-sociale de l'Anpaa a permis d'avoir recours à une palette plus large de savoir-faire pour les animations complémentaires des consultations au cours du séjour d'une durée de trois semaines.
Ce nombre d'intervenants a permis un choix plus important d'interlocuteurs pour les patients hospitalisés durant l'ensemble des plages horaires réservées aux réflexions personnelles et à la préparation de l'environnement adéquat pour les étapes ultérieures de l'accompagnement. Il s'agit d'un accompagnement médico-psycho-social pour consolider la conduite de non-usage, et permettre au sujet d'évoluer vers un mieux-être dont l'abstinence durable est l'une des conditions, d'évaluer et de prendre en charge parallèlement les difficultés et/ou dommages induits par la dépendance.
D'un point de vue administratif, c'est un dossier de consultation unique pour les deux structures et un accès simplifié au séjour hospitalier pour tous les usagers du CCAA de l'Oise, quelle que soit l'antenne (Beauvais, Compiègne, Creil, Crépy-en-Valois, Méru ou Noyon).
Ce système permet d'offrir au patient le choix de son thérapeute (médecin ou psychologue) et lui permet également d'en changer au cas où le « courant passerait mal ».

PFSS : Quels en sont les inconvénients ?

Dr Colette Rhein : Le premier des inconvénients est la différence entre les logiques managériales des deux structures gestionnaires. Il existe des situations complexes à cause du côté strict et pyramidal de la gestion hospitalière, nécessitée par l'importance de l'établissement et une certaine souplesse due au management participatif plus horizontal que permet la gestion d'une petite équipe médico-sociale.
L'une des difficultés aussi est la différence de statuts qui existe entre les agents hospitaliers et ceux du personnel du CCAA (grilles de salaire, avancement, RTT, congés, avantages divers…)

Colette Rhein *est praticien hospitalier au centre hospitalier de Compiègne. Elle fait partie de l'unité d'alcoologie et de l'équipe mobile de liaison en addictologie et a en charge l'ensemble des séjours.*

Bernard Hemmer *est directeur départemental de l'Anpaa pour le département de l'Oise, et directeur du CCAA de l'Oise, géré par l'Anpaa*

Il y a encore la difficulté de gérer informatiquement le dossier individuel d'un patient (usager en médico-social) qui utilise les services de plusieurs antennes alors qu'aujourd'hui les bases de données entre antennes sont sécurisées séparément. Les progrès attendus de la prochaine version de Gispac (gestion informatisée du suivi des patients et des activités des CCAA) doivent dépasser cet écueil.
Enfin, les structures sanitaires et médico-sociales sont inscrites dans des réseaux qui leur sont spécifiques mais qui parfois associent des partenaires communs sans qu'il y ait de recoupement ou d'harmonisation. Les réseaux par territoire préconisés par le schéma régional d'addictologie (Sra) ont pour but cette meilleure coordination pour éviter ces clivages entre partenaires sanitaires et partenaires médico-sociaux.

PFSS : En conclusion

Bernard Hemmer : Historiquement ce partenariat a davantage reposé sur des implications et la volonté de personnes que sur des procédures codifiées. Il faudra être attentif à ce que l'élaboration de ces procédures, devant protéger le dispositif de la fragilité de ne reposer que sur des bonnes volontés, ne fasse oublier que l'objectif de cette collaboration a toujours été de placer le patient/usager au centre du dispositif.

Propos recueillis par **Cécile Dizier**
Drass de Picardie

L'état de santé de la population en France en 2008

Dans le cadre du suivi des objectifs de la loi de santé publique, la Drees mesure l'état de santé de la population. S'il paraît bon à l'aune de l'espérance de vie, des disparités sensibles perdurent, qu'elles soient entre les sexes, les catégories sociales ou les territoires.

La loi relative à la politique de santé publique (2004) a défini une centaine d'objectifs de santé susceptibles d'être atteints dans les cinq ans. Il revient à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de statistiques (Drees) de coordonner le suivi des indicateurs liés à ces objectifs, ce qui permet de dresser le portrait de santé de la population, dans ses dimensions sociodémographiques et régionales.

L'espérance de vie à la naissance reste en France parmi les plus élevées d'Europe, avec 84,4 ans pour les femmes et 77,5 ans pour les hommes. Le taux brut de mortalité (8,3 pour 1 000) est l'un des plus faibles d'Europe. Les premières causes de mortalité sont, depuis une demi-décennie, les tumeurs (29,5 %) devant les maladies de l'appareil circulatoire (28,4 %). Les évolutions sur vingt-cinq ans montrent une diminution des taux standardisés de décès toutes causes de 35 %, notamment pour les décès liés aux maladies cardiovasculaires (50 %).

Un fort gradient social des problèmes de santé

La mortalité prématurée reste élevée, notamment la mortalité «évitable» due aux comportements à risque (tabac, alcool...), même si l'on remarque une diminution globale de 28 % des décès entre 1990 et 2005. Environ un tiers des décès survenant avant 65 ans pourraient être évités par une réduction des comportements à risque. De fait, le taux de mortalité évitable en France pour les hommes reste le plus élevé d'Europe, hors Europe de l'Est.

Les disparités selon la catégorie socio-professionnelle et le niveau d'études restent importantes, liées tant à des différences d'exposition aux risques qu'à des comportements socio-culturels.

Ainsi, l'accès au soins, même facilité par la CMU, n'est pas atteint. Le renoncement aux soins pour des raisons financières (soins dentaires, ophtalmiques) touche encore une personne de 18 ans et plus sur 10. Il est maximal entre 30 et 59 ans et touche plus particulièrement les ménages d'employés et d'ouvriers, les chômeurs et les personnes sans couverture maladie complémentaire (enquête Irdes *Santé, protection sociale*, 2006).

Du point de vue géographique, il existe des disparités régionales importantes. Un gradient nord-sud est mis en évidence pour la mortalité prématurée et évitable, avec une situation pour les hommes plus favorables au sud. Les départements d'outre-mer se trouvent aussi dans une situation peu favorable pour les taux de décès par maladies cérébro-vasculaires ou pour la prévalence du diabète.

Ces disparités sociales, territoriales, par sexe, suggèrent des gains possibles en matière d'état de santé par des actions sur les déterminants de santé.

Le rapport est lisible sur http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.

Le rapport comprend l'évaluation des indicateurs associés à 72 objectifs spécifiques. Les objectifs de la loi relative à la politique de santé publique qui n'ont pas bénéficié d'une évaluation chiffrée sont ceux pour lesquels les sources de données n'étaient pas disponibles. Il s'agit par exemple de mesure de qualité de vie pour certains états pathologiques, ou d'atteintes de santé dont la mesure est complexe dans des groupes spécifiques.
Les indicateurs produits au niveau national (France entière ou France métropolitaine selon les sources disponibles) ont le plus souvent été déclinés selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le niveau d'études. Ils ont, dans la mesure du possible, été comparés aux indicateurs équivalents mesurés dans les autres pays européens. De même, les disparités territoriales (régionales pour la plupart) ont été examinées lorsque les données le permettaient.

Les thèmes des 100 objectifs de santé publique

Alcool : consommation, prévalence.

Tabac : prévalence, tabagisme passif.

Nutrition et activité physique : surpoids et obésité (adulte et enfant), carence en fer, rachitisme, sédentarité et inactivité physique, consommation fruits et légumes, sel, risque de déficit folates.

Santé et travail : accidents routiers mortels, exposition des travailleurs soumis à des contraintes articulaires, au bruit, aux agents cancérogènes.

Santé et environnement : exposition des enfants au plomb, de la population au radon dans les bâtiments publics, aux polluants atmosphériques, aux polluants d'origine industrielle, qualité de l'eau de distribution publique, intoxication au CO, incidence de la légionellose.

Iatrogénie : évènement iatrogène durant séjours hospitaliers, d'origine médicamenteuse entraînant une hospitalisation, évènements iatrogènes évitables.

Résistance aux antibiotiques.

Douleur : prévention de la douleur, douleurs chroniques.

Précarité et inégalités : accès aux soins.

Maladies infectieuses : infection VIH-sida, hépatites chroniques B et C, incidence de la tuberculose, vaccination contre la grippe des groupes à risque, maladies diarrhéiques, infections sexuellement transmissibles, couverture vaccinale de la population.

Santé maternelle et périnatale : mortalité maternelle, mortalité périnatale, grossesses extra-utérines, situations périnatales à l'origine de handicaps.

Tumeurs malignes : dépistage du cancer du col de l'utérus, survie des patients atteints de cancers, dépistage du cancer du sein, cancer de la peau, mélanome, dépistage du cancer colorectal.

Pathologies endocriniennes : surveillance des personnes diabétiques, complications du diabète.

Toxicomanie : transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables, prise en charge des toxicomanes.

Affections neuropsychiatriques - Recours aux soins : personnes dépressives n'ayant pas recours aux soins .

Maladies des organes des sens : atteintes sensorielles chez l'adulte.

Maladies cardio-vasculaires : maladies cardio-vasculaires, cardiopathies ischémiques et thromboses veineuses profondes, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque.

Affections des voies respiratoires : Asthme.

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Pathologies gynécologiques : incontinence urinaire.

Insuffisance rénale chronique : incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale, insuffisance rénale chronique et qualité de vie.

Troubles musculo-squelettiques : ostéoporose.

Affections d'origine anténatale : drépanocytose.

Affections buccodentaires - Santé bucco-dentaire des enfants : indice carieux des enfants de 6 et 12 ans.

Traumatismes : suicides, accidents de la vie courante chez les enfants et les adolescents, traumatismes liés à la violence routière.

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population : contraception, chutes des personnes âgées.

Lutter contre la pauvreté et l'exclusion

2010 European Year for Combating Poverty and Social Exclusion

17 % des Européens ne peuvent couvrir leurs besoins élémentaires. L'Europe aussi est touchée par la pauvreté et l'exclusion sociale. C'est pour lutter contre cela que l'Union européenne a fait de 2010 ***l'Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.***

Le programme de l'Union tient en quelques actions :

** promouvoir l'implication et l'engagement politique de chaque secteur de la société dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en partant du niveau local jusqu'au niveau européen, que ce soit dans le public ou le privé ;*

** encourager chaque citoyen européen à participer à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ;*

** donner voix aux inquiétudes et aux besoins des individus vivant dans la pauvreté et l'exclusion sociale ;*

** s'engager auprès de la société civile et des organisations non gouvernementales qui luttent contre la pauvreté et l'exclusion sociale ;*

** aider à démolir les stéréotypes et la stigmatisation liés à la pauvreté et à l'exclusion sociale ;*

** promouvoir une société qui soutienne et améliore la qualité de vie, le bien-être social et l'égalité des chances pour tous ;*

** dynamiser la solidarité entre les générations tout en assurant un développement durable.*

L'Union européenne a ouvert un site internet dédié à cette Année : www.2010againstpoverty.eu/

Un troisième président pour l'Europe

Pour la première fois depuis son existence, l'Union européenne s'est dotée d'uns instance forte en créant le poste de Président permanent du Conseil européen. C'est le Traité de Lisbonne qui a prévu l'élection d'un président du Conseil européen disposant d'un mandat de deux ans et demi, renouvelable une fois.

Il s'agit d'assurer une visibilité et une permanence du Conseil européen, c'est-à-dire des chefs d'État ou de gouvernement. Le belge Herman Van Rompuy est le premier à accéder au poste selon cette méthode. Il entre en fonction le 1er janvier 2010.

Sa mission dès son entrée en fonction sera de préparer les sommets des chefs d'État et de gouvernement et d'assurer la continuité des travaux du Conseil. La Suède aura donc été le dernier État membre a assurer conjointement la présidence du conseil de l'Union européenne et la présidence du Conseil européen.

Désormais, trois présidents œuvrent à la destinée effective de l'Union européenne : le Président du Conseil européen, le Président du Conseil de l'Union européenne, et le Président de la Commission. Sans oublier tout à fait le Président du Parlement européen, mais dont le rôle de représentation de l'Union est moindre.

Présidence espagnole

Pour la quatrième fois, l'Espagne prend la présidence du Conseil de l'Union pour un semestre. Quatre priorités vont structurer son action :

• la première visera à établir la pleine application du Traité de Lisbonne ;

• la deuxième sera de garantir la reprise économique en Europe par le biais d'une plus grande coordination de tous les États membres et l'approbation de la Stratégie européenne de croissance durable à l'horizon 2020 ;

Presidencia Española eu trío.es

• la troisième, sera de renforcer la présence et l'influence de l'Union européenne dans le cadre de la nouvelle réalité internationale ;

• la quatrième, de situer les citoyens européens au centre des politiques de l'Union, à l'aide d'initiatives visant au développement de leurs droits et de leurs libertés.

Dans son discours de politique générale, Jose Luis Zapatero entend relever trois défis d'ordre économique, environnemental et social durant sa présidence.

La quatrième priorité portera sur l'égalité des sexes par l'élaboration d'un plan d'égalité des chances entre hommes et femmes pour la période 2011-2015, en insistant particulièrement sur l'aspect professionnel.

Un autre objectif central consistera à poursuivre la lutte en faveur de l'éradication de toutes les formes de violence liée au genre.

Deux initiatives devraient être prises : la création d'un observatoire européen sur la violence liée au genre et l'adoption d'une ordonnance européenne de protection qui étendra les mesures de sécurité adoptées par un organe judiciaire d'un État membre à l'ensemble du territoire de l'Union.

La présidence espagnole entamera également le processus d'adhésion de l'Union européenne à la Convention européenne des droits de l'Homme et d'adoption du Plan d'action du programme de Stockholm sur l'Espace européen de liberté, de sécurité et de justice.

Pour suivre les travaux de la Présidence espagnole : www.eu2010.es/fr/index.html

© Reuters

Santé publique : un nouveau site internet pour la DG Sanco

À la toute fin de l'année 2009, la Commission européenne a mis en ligne son nouveau site dédié à la Santé publique. Malheureusement, il n'est pour l'instant disponible qu'en anglais.

La DG Sanco, direction de la santé publique et des consommateurs, a ainsi relooké son site internet, non seulement sur son ergonomie, mais aussi sur le fonds : cent-cinquante nouveaux textes et quatorze mille documents ont été organisés selon une approche thématique recouvrant huit domaines :
- piloter la santé publique européenne ;
- assurer la sécurité sanitaire ;
- développer des actions contre les maladies ;
- la santé dans la société ;
- stimuler une bonne santé ;
- développer les soins ;
- indicateurs et informations ;
- évaluer les risques.

Pour chacun des domaines, l'internaute a accès aux documents clés et aux publications afférentes. Ensuite, il peut consulter des documents divers ou passer en revue les évènements recensés.
On notera ainsi que dans la section Indicateurs et informations, le projet *Isare* - Indicateurs de santé pour les régions de l'Europe - initié par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, figure en bonne place à côté d'Eurostats et d'Echi.

Pour accéder au nouveau portail de la DG Sanco

http://ec.europa.eu/health/index_en.htm

Le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé 2008-2013

Ce deuxième programme d'action communautaire de santé publique, succède à celui de 2003-2008. La Commission a validé le 18 décembre le programme d'action pour 2010 pour un montant de 47,1 millions d'euros, dont 13,4 millions pour l'appel à projets qui sera clos le 19 mars 2010.

Les thématiques retenues au titre de l'année 2010 sont :

Objectif 1 : améliorer la sécurité sanitaire des citoyens

- gestion des risques liés aux maladies transmissibles ;
- préparation aux situations d'urgence ;
- mesures en cas d'attentat impliquant des agents biologiques, chimiques et radiologiques ;

Objectif 2 : promouvoir la santé

- promotion des modes de vie sains et réduction des inégalités en matière de santé ;
- promotion de modes de vie plus sains et lutte contre les maladies et blessures majeures par une action sur les facteurs influant sur la santé ;

Objectif 3 : produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé

- échanges de connaissances et de bonnes pratiques ;
- collecte, analyse et diffusion en matière de santé.

5e rapport annuel OND 2009

L'Institut national des hautes études de sécurité (Inhes) vient de publier le cinquième rapport de l'Observatoire national de la délinquance (OND). Dans un contexte de mondialisation souligné par les auteurs, ce rapport entend donner une image statistique de la délinquance et de la criminalité en France. Ils concèdent que la seule approche quantitative est insuffisante à cerner ce fait social et que des enquêtes plus qualitatives seraient nécessaires.
Parmi l'ensemble des résultats, on remarquera qu'en 2008, près de 50 000 femmes sont victimes de violences non mortelles par le conjoint ; 157 en décèdent. La plateforme téléphonique «3919» a reçu quelque 18 500 appels en 2008, dont 11 500 pour des cas de violences dans le couple. Ces violences, qu'elles soient physiques, psychologiques ou verbales, sont dans la plupart des cas concomittantes et dureraient depuis 1 à 5 ans au moment de l'appel.

La synthèse du rapport est téléchargeable sur :
http://www.inhes.interieur.gouv.fr/synthese_2009-d3c61f0d4109271c5bc023aeba892a5bd.pdf

L'avenir de l'Assurance maladie

Le cabinet conseil Jalma analyse dans un Livre blanc les changements profonds en matière de protection sociale qui sont amenés à se réaliser à court et à moyen terme. Mathias Matallah et Alix Pradère débutent leur livre par un état des lieux concernant la menace planant sur l'accès à des soins de qualité lié au bilan des politiques de maîtrise des dépenses de santé, à la démographie médicale, à l'hyperconcentration de la consommation des soins et des remboursements, au financement des dépenses publiques, à la prise en charge des personnes dépendantes et à la forte croissance de la part de la santé dans le budget des ménages. Après avoir étudié les difficultés attachées à ces soins, cet ouvrage s'attache à examiner les axes de progrès les plus prometteurs : faire reculer les maladies chroniques en optimisant leur prise en charge, enrayer la surconsommation des médicaments, rendre l'hôpital plus efficient. Cette analyse répond à un double objectif : celui d'apprécier le potentiel intrinsèque de chacune des grandes pistes et celui de mesurer dans quelles proportions elles peuvent contribuer à un redressement des comptes de la Sécurité sociale à l'horizon 2015. Des scénarios d'évolution sont ensuite présentés pour illustrer des réformes envisageables basées sur un changement de paradigme du remboursement. La dernière partie est consacrée au rôle que jouera l'assurance complémentaire dans le nouveau modèle de protection sociale qui s'esquisse.

Le Livre blanc peut être commandé sur :
http://www.jalma.fr/rubrique.php3?id_rubrique=16#

Partir à la retraite en Europe : déterminants individuels et rôle de la protection sociale

Questions d'économie de la Santé, *Debrand T., n° 148. novembre 2009.*

En Europe, les comportements de passage à la retraite des seniors sont comparables et reposent à la fois sur des facteurs individuels – âge, sexe, niveau d'éducation et état de santé – et des facteurs contextuels, tels que les situations familiale et professionnelle. Outre ces facteurs explicatifs habituels, l'analyse présentée ici met l'accent sur le rôle des systèmes de protection sociale. Elle montre que les trois volets de la protection sociale (emploi, retraite, maladie) expliquent, pour une grande part, l'hétérogénéité du taux d'emploi des seniors en Europe, qui varie de 34 % en Italie à 70 % en Suède. Toute politique publique visant à favoriser l'activité des seniors en Europe devrait donc tenir compte non seulement de la complexité des déterminants des décisions individuelles mais aussi de l'ensemble des systèmes de protection sociale, et non uniquement ceux liés à la retraite.

Télécharger le document
http://tk3.sbc48.com/sy/ev?3&4264-20-&28&ZcPeXNZoq%2FKT1pLw7PwFrw

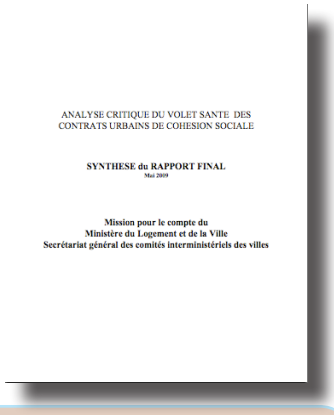
Panorama de la santé - édition 2009

La cinquième édition du Panorama de la santé *présente les données comparables les plus récentes sur différents aspects des performances des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Elle montre les fortes variations existant entre les pays en ce qui concerne les coûts, les activités et les résultats des systèmes de santé. Les indicateurs clés fournissent des informations sur l'état de santé, les déterminants de santé, les activités relatives aux soins de santé, ainsi que sur les dépenses de santé et leur financement. Cette édition contient aussi de nouveaux chapitres sur le personnel de santé et sur l'accès aux soins, qui est un important objectif des politiques de santé dans tous les pays de l'OCDE. Le chapitre sur la qualité des soins a été augmenté d'un ensemble d'indicateurs sur la qualité des soins pour les affections chroniques.*
Chaque indicateur est présenté dans un format qui se veut le plus clair possible : des graphiques illustrent les variations entre pays et dans le temps, un commentaire succinct tire les principales conclusions des données présentées, et un encadré méthodologique rappelle la définition de l'indicateur et les limitations éventuelles de la comparabilité des données. Une annexe statistique fournit des précisions supplémentaires sur le contexte démographique et économique dans lequel opèrent les systèmes de santé et décrit brièvement les caractéristiques clés du financement du système de santé et de la prestation des services dans les pays de l'OCDE.

LES PERSONNES "SANS LOGIS" : "leur parole". Leur point de vue sur l'offre d'hébergement, de logement, d'insertion et de santé

Afin de rendre compte de la grande diversité des expériences et parcours individuels et collectifs, et de mieux saisir les ressources que mobilisent les personnes, l'ORS de Midi-Pyrénées a mené une étude qui restitue la parole des personnes sans logis, usagers ou « non usagers » des dispositifs. 110 entretiens ont été réalisés et analysés auprès de personnes sans logis dans treize villes de la région.
Téléchargeable sur le site de l'ORS MP.

Analyse critique du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale


ANALYSE CRITIQUE DU VOLET SANTE DES CONTRATS URBAINS DE COHESION SOCIALE

SYNTHESE du RAPPORT FINAL
Mai 2019

Mission pour le compte du
Ministère du Logement et de la Ville
Secrétariat général des comités interministériels des villes

Réalisée sous la direction de Fernando Bertolotto, cette analyse critique s'efforce de mettre en lumière la plus-value des ateliers santé-ville et dresse une liste de recommandations pour consolider le volet santé de la politique de la ville

L'équipe menée par Fernando Bertolotto a sélectionné soixante contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) sur les presque trois cent cinquante ayant un volet santé clairement identifié. Près d'un Cucs sur huit intègre la thématique santé, près d'un sur deux a au moins un atelier santé ville. Des disparités régionales existent cependant : si dans plus de la majorité des régions (58 %), plus de la moitié des Cucs a un atelier santé ville (ASV) - Guyane, Champagne-Ardenne, Pays de la Loire - dans d'autres comme la Haute-Normandie, plus de la moitié des Cucs est dépourvue de volet santé, ou comme en Martinique, Lorraine et Franche Comté, la thématique est essentiellement traitée hors des ASV.

L'étude montre aussi le peu de participation de certains acteurs institutionnels comme les conseils régionaux, les conseils généraux, les Caf ou encore les bailleurs sociaux, qui, au mieux, ont signé entre un quart et un tiers des Cucs. En revanche, les intercommunalités semblent s'engager résolument dans la thématique santé des Cucs.

Loin d'être monolithique, la relation entre les Cucs et la santé peut s'analyser à partir de trois configurations principales :

- le Cucs avec volet santé mais sans ateliers santé ville ;
- le Cucs intégrant des ateliers santé ville de première génération (2000-2006) ;
- le Cucs intégrant des ateliers santé ville de seconde génération.

Dans le premier cas de figure, le Cucs, dépourvu de comité de pilotage, s'oriente vers une démarche de diagnostic susceptible d'être porteuse des grandes lignes du programme. Dans le deuxième, le comité de pilotage se centre sur des objectifs de diagnostics de besoins de la population générale. Le Cucs est alors principalement financé par l'État. Enfin, dans le troisième cas, les objectifs du Cucs sont tournés vers la coordination d'actions et la mise en place d'une politique de santé publique au niveau local.

De la même manière, les auteurs relèvent quatre configurations pour le plan de santé publique définissant les orientations principales du volet santé des Cucs. La première de ces configurations est l'existence d'un pôle santé sociale plaçant la précarité au centre des problématiques de santé, cherchant à agir par la promotion de la santé sur les déterminants de santé. La deuxième repose sur un pôle promotion de la santé, santé communautaire avec des activités centrées sur la participation des publics vulnérables. De 35 % à 40 % des Cucs seraient dans cette configuration.

La troisième s'appuie sur un pôle santé local (de 25 % à 30 % des Cucs), mettant à disposition de la population des ressources de santé de base. Quant à la quatrième configuration, autour d'un pôle santé publique générique, prévention, l'idée est de créer des liens entre les différents volets du Cucs (prévention de la délinquance, éducation, formation).

Les diagnostics sont l'outil de prédilection des Cucs. Aussi, 80 % d'entre eux en usent, selon deux approches :

- diagnostics participatifs dans 40 %, avec une méthodologie de co-construction avec les acteurs concernés ;
- diagnostics partant d'indicateurs et sociaux dans 28 % (Insee, Inserm, PMI, Ase, prestations Caf, RMI, CMU...)

D'une manière générale, lors de sa mise en œuvre, le volet santé du Cucs est peu articulé avec les autres volets (droit, citoyenneté, prévention de la délinquance, logement, habitat...) Cependant, les auteurs notent que les programmes locaux développés dans le volet santé des Cucs contribuent à la construction de stratégies cohérentes de santé publique entrant en résonance avec les synergies régionales et nationales. Ils soulignent la valeur ajoutée apportée par les ateliers santé ville, tenant à leur capacité d'offrir un cadre structuré à la politique de la ville favorisant l'adhésion croissante d'acteurs encore insuffisamment mobilisés comme les élus, les conseils généraux, les Caf, les bailleurs privés, les acteurs de l'économie sociale ou les médecins libéraux. Dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales, les auteurs concluent sur la nécessité de raccorder les Cucs aux politiques et dispositifs territorialisés de santé publique de droit commun. Tout comme ils militent pour une gouvernance locale en matière d'expertise et de décision sur les questions de santé qui soit réellement dotée des moyens nécessaires.

Les 12 préconisations du rapport

Consolider le cadre d'intervention en améliorant le dispositif opérationnel actuel.

- Promouvoir la (re)mobilisation des partenaires clés de toute démarche santé.
- Systématiser les acquis méthodologiques (diagnostics).
- Pilotage et animation par des comités de pilotage.
- Évaluation et auto-évaluation.
- Soutenir la fonction de coordination.
- Améliorer les capacités de programmation des animateurs.

Finaliser la reconfiguration de l'action publique de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé en intégrant les dynamiques locales avancées du volet santé des Cucs au système de gouvernance et d'action en santé publique de droit commun.

- Expérimenter un cadre d'inscription dans le droit commun (par exemple les contrats locaux de santé).
- Soutenir et qualifier l'expérience de l'intercommunalité.
- Préciser le cadre et les conditions d'évolution du réseau ateliers santé ville.
- Clarifier et simplifier les modes de financement des programmes locaux de santé publique.

Préparer la programmation du volet santé de la politique de la ville (2013-2018) en développant son intégration régionale, sa visibilité et sa reconnaissance.

- Lancer un programme de recherche et d'évaluation.

AGENDA

2 février 2010, Lille

Rencontres de Décision santé 2009-2010. Loi HPST et réformes : un nouveau modèle de santé ? Organisées par Décision santé.

Site internet :http://www.decisionsante.com/evenements/programmes/evenement/evenement/les-rencontres-de-la-sante-2009-2010

Renseignements : virginie.bigalli@decision-sante.com

10 février 2010, Noyon

Forum territorial de santé de Sources et Vallées. Organisé par le conseil régional de Picardie

Renseignements : Tél : 03 22 97 26 78

9 mars 2010, Lille

2e journée de l'ORS Nord - Pas-de-Calais, De la mondialisation à la région. Organisée par l'ORS Nord - Pas-de-Calais.

Site internet : http://www.orsnpdc.org/debat/index.html

Renseignements : secretariat@orsnpdc.org

8 avril 2010, Paris

6es journées annuelles de la prévention. Organisées par l'Inpes.

Site internet : http://journees-prevention.inpes.fr/index.php

Renseignements : jp10@inpes.sante.fr

5-6 mai 2010, Marseille

Mutualisation dans le champs sanitaire et social : quelles transformations, appropriations et résistances pour les territoires, les organisations et les professions ? Organisé par l'IRTS de Paca et de Corse, le laboratoire CEMM d'Euromed Management.

Site internet : http://www.euromed-management.com/colloquesante2010

Renseignements : corinne.grenier@euromed-management.com et andra-guittonphilippe@irts-pacacorse.com

9-10 novembre 2010, Lyon

12e congrès national des ORS, Territoires et santé des populations. Organisé par l'ORS Rhône-Alpes et la Fnors.

Site internet : http://www.congresors-territoiresetsante.fr

Renseignements : congres@ors-rhone-alpes.org

TRIBUNE LIBRE

Madame Éléodie Sches, sous-préfète de Vervins

La *Task force alcool*

La Task force alcool, alors emmenée en 2008 par le Professeur Martine Daoust, a suscité beaucoup d'attentes des multiples acteurs auditionnés lors de la phase exploratoire.

Rassembler dans une démarche territoriale tant d'acteurs, autour d'un cahier des charges régional fort dense, se révélait ambitieux et, d'une certaine façon risqué : le risque de stigmatisation de la population d'un territoire qui aurait pu susciter un rejet, le risque de remise en cause voire de démobilisation d'acteurs investis de longue date dans le traitement du problème.

Dégager une stratégie de territoire constitue une démarche exigeante, appelant à réussir le décloisonnement des différents intervenants et à combler les manques, imaginer des solutions, organiser des alternatives ; elle s'avère d'autant plus difficile que le périmètre choisi, celui du bassin d'éducation n'est pas une notion commune pour nombre d'entre eux.

Innover dans les approches devient alors une nécessité ; mais celle-ci s'accommode mal des sources de financement classiques, elles-mêmes cloisonnées (GRSP, Mildt, PDASR), fonctionnant sur des rythmes propres difficiles à concilier avec l'objectif assigné dans le temps et pour la cible.

Et pourtant, de premiers résultats sont enregistrés qui posent des repères dans le domaine du possible et dessinent une première carte des réalisations. Il faudra du temps encore, de la continuité dans le soutien d'une démarche maintenant mieux appropriée pour que celle-ci trouve une dimension adaptée à l'enjeu.

ALCOOL, Parlons-en !

ACTION ALCOOL Picardie

À l'agenda
Fin avril 2010, un colloque régional sera organisé à Amiens dans le cadre de la Task force alcool

Plateforme SANITAIRE&SOCIALE

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

N°7, décembre 2009

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 : Émilie Blangeois (or2s), 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 décembre 2009