

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°10

Décembre 2010

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé

- 12^e Congrès national des observatoires régionaux de la santé 2
- L'observation dans les territoires 2

Actualité

- La Plateforme sanitaire et sociale de Picardie se réforme 3

Brèves

Entretien

- Naissance de la Plateforme sanitaire et sociale, entretien avec Jean-Claude Cargnelutti et Maryse Lepée 5

Initiative

- Enquête EHPA 2007 6

Focus

- La conférence régionale de la santé et de l'autonomie 8
- Les conférences de territoire 9
- Élaboration des territoires de santé HPST 10

Données nationales

- État des lieux des dispositifs 115 en Picardie 11

Brev'd'Europe

Europe

- European association for health information and libraries 12

Doc

- Actes du colloque de la Datar : dynamiques territoriales de santé : quels enjeux ? quels outils ? 13

Tribune libre

- De la santé et des territoires 14

Agenda

Les agences régionales de santé (ARS) ont été créées le 1^{er} avril 2010 pour unifier et coordonner les politiques de santé menées jusqu'ici par les services de l'État (Drass et Ddass), l'agence régionale de l'hospitalisation et les services de l'Assurance-maladie (Cram, MSA, RSI et Urcam). Leur domaine de compétence couvre les champs de santé suivants : la prévention, l'organisation des soins de premiers recours, les soins ambulatoires et hospitaliers jusqu'à l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées, sans oublier la santé environnementale et la sécurité sanitaire.

Toutefois, les ARS ne pourront pas répondre, seules, au défi que leur lance la loi HPST : construire un système de santé accessible et efficient.

Aussi, la loi HPST met à leur disposition plusieurs outils, afin qu'elles se coordonnent avec leurs partenaires institutionnels. Mais cela ne sera certainement pas suffisant. Encore faut-il être à l'écoute des besoins et propositions de ceux qui font et vivent le système de santé : les professionnels de la santé et les usagers. La loi HPST ne les a pas oubliés : elle crée, aux côtés des ARS, des instances qui rassemblent tous les acteurs locaux du système de santé afin qu'ils conseillent, appuient, alertent les ARS sur les questions de santé prégnantes de leur région. Il s'agit de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et des conférences de territoire.

Face à de tels enjeux, l'ARS de Picardie s'est lancée, dès les premiers mois de son existence, dans l'installation de ces instances de démocratie. Le 29 juin 2010, l'ARS installe la CRSA. Le 21 septembre 2010, elle arrête cinq territoires de santé (périmètres d'organisation des conférences de territoire). En octobre, la CRSA installe ses quatre commissions spécialisées, et entre le 15 et le 24 novembre, l'ARS installe les cinq conférences de territoire. Le dispositif de la démocratie régionale de santé est alors intégralement opérationnel en Picardie.

Rétrospectivement, on ne peut que se réjouir d'avoir agi aussi vite. Les forts taux de participation aux premières réunions ont déjà montré combien ces instances répondent à un réel besoin d'expression des acteurs de la santé dans cette région et combien chacun veut participer, à sa manière, à la définition d'une politique régionale de santé adaptée et cohérente.

L'ARS s'engage désormais dans la définition des orientations stratégiques de la politique régionale de santé. L'agence a invité la CRSA et les conférences de territoire à s'associer à ces travaux. Cette fin d'année 2010 s'est révélée chargée, certes, mais riche d'échanges et de débats. Après lui avoir donné vie en 2010, l'ARS attend pour 2011 que la démocratie régionale de santé s'exprime pleinement et l'accompagne ainsi dans chacun des défis qu'elle doit relever.

CHRISTOPHE JACQUINET
Directeur général
ARS de Picardie

12^e Congrès national des observatoires régionaux de la santé

Le 12^e congrès national des ORS, s'est tenu les 9 et 10 novembre 2010 à Lyon sur le thème *Territoires et santé des populations*.

Préparé depuis plus d'un an, ce 12^e Congrès national des ORS et de la Fnors est tombé à l'heure où les agences régionales de santé se préoccupent de dessiner les contours des territoires de santé de leur région. C'est dire si l'actualité était au rendez-vous. Sept cents personnes avaient fait le déplacement à Lyon pour échanger et débattre sur l'organisation territorialisée du système de santé tout comme sur les inégalités territoriales de santé.

D'entrée, Didier Houssin, directeur général de la santé insistait sur la nouvelle gouvernance de la santé en région, permettant une approche globale, transversale, plus efficiente et permettant les comparaisons régionales et infra-régionales des indicateurs de santé.

Les différences sont parfois très importantes entre les territoires. Ainsi, chez les hommes, près de cinq années séparent en France l'espérance de vie la plus élevée de la plus basse.

Le travail de la Fnors sur les inégalités de santé montre que les écarts continuent de se creuser entre les territoires comme entre les populations, alors même que les situations

sanitaire et sociale est globalement meilleure que par le passé. D'où l'importance d'affiner encore plus les outils d'observation, de mêler plusieurs dispositifs. Dans ce contexte, la réalisation de profils locaux de santé a été évidemment mise en exergue, en ce qu'elle permet de faire coïncider au mieux territoire d'observation et territoire d'action.

Différents dispositifs ont été présentés, comme la recherche action dans le cadre communal décrite par Robert Pampalon, de l'Institut de santé publique du Québec, qui mêle données statistiques et conférence de citoyens. La session dédiée aux plateformes sanitaires et sociales a montré la complémentarité de la double approche sanitaire et sociale. Car la connaissance des inégalités sociales et territoriales de santé, et leur résolution, est



un enjeu majeur des politiques publiques de ce début de millénaire. Tout comme la prise en compte des déterminants de santé, de l'environnement, physique comme social, de l'offre de soins, de transports... Bref, il s'agit de mettre à contribution l'ensemble des politiques publiques.

D'ores et déjà, nombre de participants ont pris date pour le prochain congrès, 13^e du nom, qui se tiendra à Strasbourg en 2012.

L'observation dans les territoires

Organisé par la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie et l'OR2S, ce colloque d'une après-midi était consacré à l'approche dans les territoires. Deux tables rondes étaient consacrées, pour l'une à l'observation quantitative, à l'observation qualitative pour l'autre. Pascale Échard-Bezault, de la Datar, est d'abord revenue sur l'émergence de la notion de territoire dans les politiques publiques et sur la conception de Diagnostics santé. Le premier volet des présentations a permis de faire le point sur la production et l'utilisation d'indicateurs statistiques, tout en montrant les limites d'une telle approche. Le lien fort entre la santé et le social a été mis en évidence grâce aux données analysées par la *Plateforme sanitaire et sociale*. De son côté, François Vilars a retracé le découpage des territoires de santé de la région, issu d'une alchimie entre les données statistiques disponibles et la volonté des acteurs locaux et professionnels, tandis que

les territoires de proximité vont devoir être définis à leur tour. Rudy Vincke, du conseil général de l'Oise, a évoqué la mise en place de dispositifs d'observation à l'initiative du département, tout en pointant la difficulté récurrente de disposer de données fiables. C'est ce qu'avait mis en question Claude Thiaudière, sociologue à l'université de Picardie Jules Verne, pour qui les données sur la pauvreté sont contingentes des institutions qui les recueillent laissant nombres de situations invisibles dans les statistiques.

La seconde table ronde, sur l'observation qualitative, a examiné d'autres manières de rendre compte de la vie d'un territoire, de la place des acteurs et de la population. Claude Lebon, directeur du CCAS de Noyon, Jean-Luc Valentin, service jeunesse de la ville de Péronne, et Luc Hincelin, consultant, ont revendiqué la place des acteurs locaux dans l'appropriation des données, la participation à des recueils d'information qualitatifs dans

une optique d'aide à la décision en matière de diagnostics santé et de programmes locaux de santé. Dorothee Roger, chargée de projets à l'Ireps Picardie, a montré tout l'intérêt d'une démarche qualitative, comme celle des *focus groups*, pour aller au-delà des données statistiques et comprendre « de l'intérieur » les comportements, comme ceux des jeunes. Enfin, Ahlam Benmensemli, du Gip-Carmée, s'intéressant à l'observation sociale, a montré le bénéfice clair pour une politique publique de co-construire l'observation avec les acteurs afin d'identifier les besoins des populations les plus précaires et fragilisées.

Dans sa conclusion, Pascal Oger, directeur de l'Insee Picardie, a pointé la complémentarité des approches et la nécessité d'affiner encore les outils statistiques pour prendre en compte le maximum de variables permettant de comprendre la réalité des parcours des personnes et des populations et d'ajuster ainsi les politiques publiques.



La plateforme sanitaire et sociale de Picardie se réforme



Le 30 novembre 2010, la comité de pilotage a validé la Charte de partenariat présidant au fonctionnement de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie.

C'est en présence de Pierre Gaudin, secrétaire général aux affaires régionales, Christophe Jacquinet, directeur général de l'ARS Picardie, Claude Gewerc, président du conseil régional de Picardie, et Jean-Marie Mars, directeur adjoint de la DRJSCS, que le nouveau comité de pilotage de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie a été installé. Accueillis par Georges Fauré, président de l'université de Picardie Jules Verne, les participants ont validé la proposition de texte de la Charte de partenariat, véritable épine dorsale de la *Plateforme sanitaire et sociale*. De nouveaux partenaires font ainsi leur entrée au sein du dispositif, remplaçant les instances précédentes : l'agence régionale de santé (ARS), les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte). C'est le cas également de l'université de Picardie Jules Verne et de la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Nord-Picardie. De même, pour le collège des organismes de protection sociale, la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) remplace la Cram tandis que les caisses d'assurance maladie se sont regroupées au niveau régional ou départemental avec une représentation régionale. Mais c'est certainement le collège des associations qui connaît le plus grand nombre de changements. Ainsi, l'Urapi, le CESTP-Aract, l'Anpaa, le Griep et l'observatoire régional santé travail font leur entrée aux côtés des Creai, Fnars, Uriopss ou encore Uraf et les associations départementales de dépistage des cancers. Enfin, le collège des personnes qualifiées comptera désormais un représentant de la conférence

régionale de la santé et de l'autonomie, un représentant du comité économique, social et environnemental de Picardie, un représentant des Coderpa celui des MDPH et, enfin, un représentant des pôles de prévention.

Co-présidé par le préfet de région, le directeur général de l'ARS de Picardie et le président du conseil régional de Picardie, le comité de pilotage a pour mission de définir les orientations stratégiques annuelles de la *Plateforme sanitaire et sociale*, d'organiser les assemblées plénières annuelles et autres journées de rencontres pour débattre avec les acteurs qui participent à l'observation sanitaire et sociale ou qui l'utilisent. Il lui revient aussi de décider des thèmes des *Focus* de la lettre électronique éponyme. Ainsi, en 2011, les *Focus* devraient porter sur l'exclusion sociale et la santé, le plan régional santé-travail, le réseau sport et santé et la démographie des professions de santé.

Un groupe projet opérationnel

La deuxième instance de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie est le Groupe projet. Animé par l'OR2S, il est fort d'une douzaine de techniciens de différents organismes : ARS, DRJCS, Insee, collectivités locales, université de Picardie Jules Verne, Creai. Cheville ouvrière du dispositif général, le Groupe projet est à la fois garant des orientations de travail du Comité de pilotage, comité de rédaction de la lettre *Plateforme sanitaire et sociale*, comité de pilotage de l'observation médico-sociale. Il peut aussi se saisir de toute autre attribution pour organiser le recueil, l'analyse des données et les travaux dans les



domaines croisés du sanitaire, du social et du médico-social.

Une ouverture vers le médico-social

Pour sa part, le Creai a présenté la charte technique le liant à l'OR2S en ce qui concerne l'observation médico-sociale, nouvel axe de la *Plateforme sanitaire et sociale*. Ainsi, les données relevées dans ce champ d'activité viendront compléter les indicateurs sanitaires et sociaux. Une Charte de partenariat sera signée par l'ensemble des membres de la *Plateforme sanitaire et sociale* durant le premier trimestre 2011.

Objectifs de la Plateforme sanitaire et sociale

- Améliorer la connaissance de l'évolution sociale et de l'état de santé des populations de la région.
- Mener des études thématiques selon les besoins dans les champs sanitaire, social, médico-social et de l'addictologie.
- Connaître l'évolution des institutions et acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.



Crises sanitaires : la face cachée

Les résultats de la quatrième vague de l'observatoire des crises sanitaires, de Vae Solis Corporate et Opinion Way, montrent que la grippe A(H1N1) a été pour 42 % des personnes interrogées, la crise qui les a plus particulièrement marquées, loin devant le sida qui, avec 16 %, est en deuxième position, en net recul depuis 2008. Si 81 % des personnes se disent être conscientes des risques potentiels et 73 % en seraient inquiets, seul 37 % déclarent avoir confiance dans les capacités des acteurs publics et privés. Ils sont même 15 % à n'être pas du tout d'accord avec cette assertion. Près de 80 % des personnes imaginent que les crises sanitaires vont augmenter dans l'avenir. Si 94 % des personnes préféreraient plutôt savoir ce qui se passe, 59 % pensent qu'on leur cache des choses et un tiers que seul l'information la plus rassurante est donnée. Quant aux acteurs à qui les personnes feraient le plus

confiance pour dire la vérité sur une crise sanitaire, 66 % citent les chercheurs, alors que les médias ne sont crédités que de 26 % des réponses, l'Union européenne de 11 %, le gouvernement de 4 %, les élus locaux de 4 % et les parlementaires de 2 %. Enfin, sur l'organisme le plus crédible en matière de risques sanitaires, l'OMS récupère 38 % des réponses, l'Institut Pasteur 28 %. L'InVS est à 18 %, le ministère de la Santé à 7 %, celui de la Recherche à 3 % et celui de l'Environnement à 2 %.

1 000 personnes de 15 ans et plus ont été interrogées en ligne du 8 au 15 septembre 2010



Pesticides et démence

L'étude Phytoneer, réalisée par les équipes de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped) de Bordeaux, confirme les effets délétères des produits phytosanitaires, au premier rang desquels les pesticides. Une exposition à long terme pourrait se trouver à l'origine d'affections neuro-dégénératives comme la maladie d'Alzheimer. Pendant six ans, les auteurs ont suivi 614 viticulteurs du sud-ouest de la France. Chacun s'est prêté à une série de tests évaluant ses performances intellectuelles. Au terme de ce travail, les auteurs ont noté l'existence d'une relation directe entre une exposition prolongée aux pesticides, et la survenue de troubles cognitifs.

Une étude menée par l'Inserm, et dont les résultats avaient été rendus publics en juin 2009, avait abouti aux mêmes résultats. Elle montrait que l'exposition aux pesticides chez les agriculteurs doublait quasiment le risque de maladie de Parkinson.



Cohorte Record : deuxième vague

L'enquête de cohorte Record sur les inégalités socio-spatiales de santé, menée par l'Inserm, entame une deuxième série d'enquête et d'examens. La première étude datant de 2007-2008 est toujours en cours d'analyse. La deuxième vague, 2011-2012, s'attachera à mieux comprendre comment les environnements géographiques influent sur la santé. Le défi que se donnent les concepteurs de l'étude est de ne pas se limiter à la résidence des personnes mais de tenir compte des différents environnements fréquentés au sein des espaces d'activité quotidiens. Sur ce point, une équipe de l'université de Montréal développe une application informatique destinée à faciliter le recueil des données. De plus, des dimensions psychologiques et cognitives seront intégrées à l'analyse de l'influence des environnements afin d'évaluer la contribution respective de l'ensemble de ces facteurs à la construction des inégalités socio-spatiales du risque métabolique.

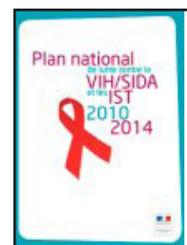
Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014

Ce cinquième plan national de lutte contre le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014 constitue le principal outil de programmation dans la lutte nationale contre ces infections.

Il s'appuie sur :

- la prise en compte des recommandations d'experts sur chaque niveau de prise en charge : de la prévention à la prise en charge médicale ;
- une démarche participative associant les acteurs du domaine.

Le plan est conçu de manière à faciliter l'appropriation et la déclinaison par les ARS des orientations et stratégies nationales VIH/IST, en fonction de leurs données épidémiologiques et dans le cadre de leur plan régional de santé et de leurs schémas régionaux (schéma régional de prévention ; schéma régional de l'organisation des soins ; schéma régional d'organisation médicosociale) et ses programmes ou plans d'actions.



Santé des personnes détenues : qualité et continuité des soins

Roselyne Bachelot et Michèle Alliot-Marie ont présenté le 28 octobre 2010 le plan 2010-2014 pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues. L'objectif du plan est de donner aux personnes en détention la même qualité et la même continuité de soins que la population générale.

Le droit aux soins des personnes incarcérées est une priorité partagée par la ministre de la Santé et la ministre de la Justice et des Libertés. Un plan sur la prise en charge sanitaire des détenus a été élaboré pour la période 2010-2014. Il vise à améliorer leurs conditions d'hygiène et de sécurité, renforcer le dispositif de protection sociale et développer le recours et l'accès aux soins. Il a aussi pour but d'améliorer la prévention du suicide.

Six axes constituent le Plan avec comme objectif d'impulser un nouvel élan et de porter une nouvelle ambition en mettant l'accent prioritairement sur cinq mesures phares qui concernent :

- le renforcement d'une politique de prévention du suicide concertée entre les différents intervenants,
- le développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé,
- l'accessibilité des personnes détenues à des soins en santé mentale adaptés à leur état de santé,
- l'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires,
- et la définition des modalités d'accès aux droits des personnes détenues en aménagement de peine.



Cancer du col de l'utérus : pour un dépistage organisé

La Haute Autorité de santé (HAS) recommande la mise en place d'un dépistage national organisé du cancer du col de l'utérus, considérant que le dépistage individuel et spontané plafonne à 57 % de femmes dépistées depuis six ans. La loi relative à la politique de santé publique avait fixé l'objectif de 80 % de femmes dépistées pour ce cancer. La HAS note également de fortes disparités géographiques – liées à la répartition des gynécologues sur le territoire, des inégalités sociales – les femmes appartenant à un ménage modeste sont deux fois plus nombreuses à ne jamais avoir eu de frottis. En définitive, plus de 50 % des femmes ne sont pas ou sont trop peu souvent dépistées, quand 40 % le seraient trop souvent.

La HAS rappelle enfin que pour les femmes âgées de 25 à 65 ans, le dépistage reste l'unique stratégie de prévention de ce cancer.

Naissance de la plateforme sanitaire et sociale

Entretien avec Jean-Claude Cargnelutti et Maryse Lepée

Directeur de la Drass de Picardie en 1995, Jean-Claude Cargnelutti revient sur ce qui a présidé à la création de l'observatoire social picard, œuvre prolongée par Maryse Lepée avec ce qui deviendra la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie.

Plateforme sanitaire et sociale : Jean-Claude Cargnelutti, vous avez lancé l'observation sociale picarde en 1995. Maryse Lepée, vous avez fait évoluer ce dispositif quelques années après. Pourriez-vous revenir l'un et l'autre sur les enjeux d'alors ?

Jean-Claude Cargnelutti : Une des préoccupations d'un directeur régional des affaires sanitaires et sociales était de pouvoir disposer d'un certain nombre d'informations objectivées et partagées avec les directeurs départementaux afin de mieux cerner les priorités dans les domaines de la santé et de l'action sociale. Fort d'expériences menées dans des postes précédents (mise en place du RMI à la Réunion et plus particulièrement des éléments de diagnostic par une commission locale d'insertion en partenariat avec la Caf et les collectivités territoriales locales ; la préparation du contrat de plan ; la réalisation d'un tableau de bord interne à la Ddass et la DDSS – devenues depuis Drass avant les ARS – pour assurer le suivi du projet de service et le management de ces directions), nous avons souhaité répondre à cet enjeu stratégique de « Comprendre, Évaluer et Agir » et anticiper l'évolution des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux.



En Picardie, en matière de santé, un pas important avait déjà été franchi à l'époque avec l'observatoire régional de la santé, dont le rôle, en matière d'observation de la santé, s'est accentué et enrichi avec les travaux de planification sanitaire mais aussi avec l'expérimentation de programmes régionaux de santé (Psas cardio-vasculaire...). Cependant, restait en suspens la réponse à la question du lien santé-social tout comme de disposer d'informations exploitables dans d'autres domaines d'intervention ? Il convenait de se tourner vers les organismes de protection sociale disposant de systèmes d'informations et trouver les synergies nécessaires à l'élaboration d'informations exploitables. Le processus engagé par Daniel Vilain, mon prédécesseur, pour « valoriser » et mieux faire connaître les missions de ces organismes et dépasser le seul rôle de tuteur de ceux-ci, nous a placés dans des perspectives de travail très positives. Les premiers travaux ont porté sur l'appréhension de ce que pouvaient être les dépenses d'assurance maladie de tous les régimes confondus (régime général, Mutualité sociale agricole et régime des indépendants...) dispensant des prestations en Picardie. Ce partenariat s'est très vite étendu à la branche recouvrement (Urssaf) ainsi qu'à la branche famille (Caf) dans la perspective de croisements de données par canton.

La Drass de Picardie, pionnière dans ce domaine, a très vite créé un réseau d'échanges avec d'autres directions régionales intéressées par l'observation sanitaire, sociale et médico-sociale. Malgré une forte participation des organismes locaux et plus particulièrement de

leur échelon statistique, et devant l'ampleur de la tâche et la recherche d'extension des champs d'investigation (collectivités territoriales...) et de traitement, il y avait nécessité de passer à une configuration nouvelle.

Maryse Lepée : L'enjeu en 2000, en étendant l'observatoire picard au secteur social, était d'avoir une vision socio-sanitaire large et partagée sur l'état des lieux dans les territoires et les cantons afin de mieux cibler les objectifs et les actions des services déconcentrés de l'État en relation avec l'ensemble des partenaires : Assurance maladie, Cres (Ireps)... et des collectivités territoriales, conseil régional et conseils généraux. La Picardie est une région pauvre qui nécessite l'alliance de tous pour faire face à cette situation très particulière.

PFSS : Compte tenu de ce que vous pouvez connaître aujourd'hui, pensez-vous que la Picardie a fait le bon choix ? Si oui, pourquoi ? Si non qu'aurait-il fallu faire ?

J.-C. C. : Sans aucune hésitation, je peux dire que la Picardie a fait un bon choix, et ce, pour plusieurs raisons. Les informations souhaitées existaient de façon plus ou moins élaborée mais elles étaient très dispersées et parfois inexploitées ou non valorisées par certains organismes. La nécessité d'instruments de pilotage des politiques à mener, la détermination d'objectifs prioritaires, le suivi de ceux-ci et leur évaluation nécessitaient de nouvelles approches, notamment de se doter de moyens nouveaux. L'État stratège, même dans un contexte de décentralisation, doit être en mesure d'observer et de suivre en temps réel, non seulement ses propres priorités mais aussi les politiques décentralisées sans pour autant se substituer aux collectivités territoriales. Est-il normal que sur une même base législative et réglementaire des politiques de solidarités fassent autant d'applications différentes d'un département à l'autre (Apa, RSA, MDPH...) ? L'observation dans le domaine de la santé, dans son acceptation la plus large du bien-être, et par conséquent la référence au lien avec le domaine social s'avérait être une idée fortement partagée et largement engagée. Après 1995, nous avons vu monter en charge de nouveaux observatoires, prioritairement dans le domaine de la santé et progressivement sur le champ social pour aboutir maintenant à des plateformes sans que pour autant l'État incite à ces développements (nous avons pu observer, en son temps, dans le cadre des contrats de plan, la difficulté à soutenir le maintien voire le développement de tels projets). Malgré cela, ils se sont multipliés.

M.L. : La Picardie a fait le bon choix en priorisant bien avant la plupart des régions l'observation sanitaire et sociale dans les territoires. En effet, il n'y a de bonne politique publique en la matière que sur la base d'une observation fiable, partagée et de qualité réalisée par tous les partenaires... c'est ce qu'a anticipé cette belle région si attachante.

PFSS : Pensez-vous que l'extension de la Plateforme sanitaire et sociale au médico-social est judicieuse ? Quels sont pour vous, dans le nouveau paysage institutionnel, les enjeux d'une observation sanitaire et sociale partagée par l'ensemble des acteurs ?



J.-C. C. : Sur cette extension au médico-social, il n'y a pas de doute quant à la nécessité de l'introduire comme champ d'investigation, au même titre que celui du sanitaire et du social. Pour moi, il était implicitement contenu dans le sens donné au concept de santé. En son temps, j'avais essayé de la faire partager et prendre en compte par le Creai de Picardie mais sans grand succès. Il est probable que ses préoccupations de l'époque l'emportaient sur cet enjeu. Je me félicite de l'évolution prise à ce sujet à l'heure actuelle.

Que l'on soit en charge de mener des politiques sanitaires et sociales au niveau de l'État ou dans les collectivités territoriales, il est absolument nécessaire de pouvoir comprendre ce qui se passe dans l'application des compétences dévolues, d'observer, d'évaluer et de corriger si nécessaire. Même les grands mouvements associatifs et les ONG se sont dotés de systèmes d'information ou se les construisent afin de donner du sens à leurs actions (Resto du Cœur, Croix rouge...). Même s'il y a une identification du chef de file, la multiplicité des acteurs demeure et les actions des uns interfèrent avec celles des autres, d'où la nécessité de mettre en synergie une observation objectivée afin de mieux agir au-delà de la seule justification de l'engagement de crédits et moyens humains publics.

M.L. : L'extension au secteur médico-social est inévitable au regard des compétences actuelles des ARS. Vous savez que j'ai largement participé à l'écriture du rapport Ritter sur les ARS et que j'ai « milité » pour l'intégration du secteur médico-social dans le périmètre de compétences de l'ARS. Telle est la réalité aujourd'hui et je me réjouis de voir la Picardie - très souvent en avance, on ne le dit pas assez - se doter rapidement des moyens d'observation sur les territoires du secteur médico-social en partenariat avec les conseils généraux pour mieux orienter les priorités de l'ARS en ce qui concerne les personnes âgées et handicapées. Je tiens à saluer, pour conclure, tous les acteurs sanitaires et sociaux de la Picardie pour leur témoigner mon attachement à leur région et leur dire à quel point leurs capacités à faire ensemble pour l'intérêt général constituent des ressources et des richesses extraordinaires.

Propos recueillis par Alain TRUGEON

Enquête EHPA 2007

Nationale et exhaustive, l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) est menée par la direction de la recherche, des études et de l'évaluation en santé (Drees). Elle permet de décrire les établissements à partir du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess).

Historiquement gérée au niveau régional par les Drass, l'enquête EHPA l'est aujourd'hui par l'ARS. Elle permet de décrire les établissements (capacités, activités, aménagement des bâtiments...), le personnel exerçant dans ces structures, la clientèle hébergée et la clientèle sortie définitivement d'un établissement au cours de l'année.

L'édition de 2007 concernait essentiellement les maisons de retraite, les unités de soins de longue durée (USLD) et les logements foyers. En Picardie, le taux de réponse est de 85 % en termes de capacité.

L'ARS a décidé d'exploiter le volet régional de cette enquête en 2010. L'enquête ayant lieu tous les quatre ans, cette exploitation marque le départ d'une possible analyse comparative quadri-annuelle. L'intérêt de cette analyse entre 2007 et 2011 permettra de mesurer l'impact de la politique de l'ARS sur la prise en charge des personnes âgées. En 2011, l'intérêt sera plus particulièrement de mesurer l'impact de la réforme de requalification des USLD et du conventionnement avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad).

En 2007, la Picardie compte vingt mille places d'hébergement pour personnes âgées dans trois cents établissements. Le taux d'équipement de la région est de cent-quarante-cinq places pour mille personnes de 75 ans et plus. À la fin 2007, 95 % des places sont occupées. L'entrée en établissement intervient à 80 ans et 7 mois en moyenne. Une entrée sur deux se fait en provenance du domicile. Parmi les résidents, 30 % sont dépendants et 50 % sont même très dépendants. Les trois quarts des résidents sont des femmes et l'âge moyen est de 83 ans et 4 mois.

Pour cent résidents, cinquante employés sont nécessaires ; dont la moitié composée de personnels éducatifs et de soins.

Les personnes âgées résident en moyenne deux ans et sept mois en établissement. Un tiers des résidents a quitté définitivement un établissement au cours de l'année 2007, 65 % de ces sorties étant dues à des décès. Ils interviennent à 86 ans et 10 mois en moyenne. Au 31 décembre 2007, 62 % des structures de la région sont des maisons de retraite ayant signé une convention tripartite. Ces dernières offrent une prestation complète à leur clientèle (hébergement, soins et prise en charge de la dépendance). Elles comptabilisent l'essentiel des places installées (69 %). En Picardie, les maisons de retraite sont majoritairement des structures publiques (59 % des capacités), les autres sont privées à but lucratif (25 % des capacités)

ou privées à but non lucratif (16 % des capacités).

Fin 2007, le taux d'occupation des EHPA en Picardie est équivalent au taux national (96 %). Il est identique dans chaque département de la région, mais connaît des variations selon le type d'établissement. Les maisons de retraite et les USLD sont les structures qui ont le moins de places disponibles, avec 96 % de taux d'occupation. Les USLD de l'Aisne ont les taux d'occupation les moins élevés des trois types d'établissements (13 % de places disponibles).

Les logements-foyers ont le plus de places disponibles avec 10 % de places inoccupées. L'Oise a le plus de places inoccupées en logements-foyers (13 %).

Un taux d'occupation de plus de 90 %

Le tarif dépendance varie en fonction du degré de dépendance des personnes âgées. En maison de retraite, le tarif dépendance mensuel moyen pour le GIR 1-2 atteint 484 €, soit 173 € de plus que pour celui du GIR 3-4 et 353 € de plus que pour celui du GIR 5-6. Ce tarif varie selon le statut de l'établissement. Il est ainsi le plus cher en maison de retraite publique et le moins cher en maison de retraite privée à but lucratif. En Picardie, quarante neuf équivalents temps plein sont nécessaires à l'encadrement de cent résidents d'EHPA. Les résidents des USLD, qui nécessitent plus de soins, sont les plus encadrés (soixante-treize ETP pour cent places). En maison de retraite, cinquante-deux ETP sont nécessaires à l'encadrement de cent pensionnaires. Les logements-foyers, qui hébergent des personnes âgées plus autonomes, nécessitent moins d'agents (huit ETP pour cent places). Parmi les ETP, seul un sur deux est en contact direct avec les résidents (personnels sanitaire, éducatif, pédagogique, social et d'animation), soit vingt-cinq ETP pour cent places.

Environ 70 % du personnel exercent en maison de retraite et 25 % en USLD. La majorité du personnel est féminin (88 % des ETP). Plus de neuf employées sur dix sont des infirmières ou des aides soignantes. Les résidents ont en moyenne 83 ans et demi.

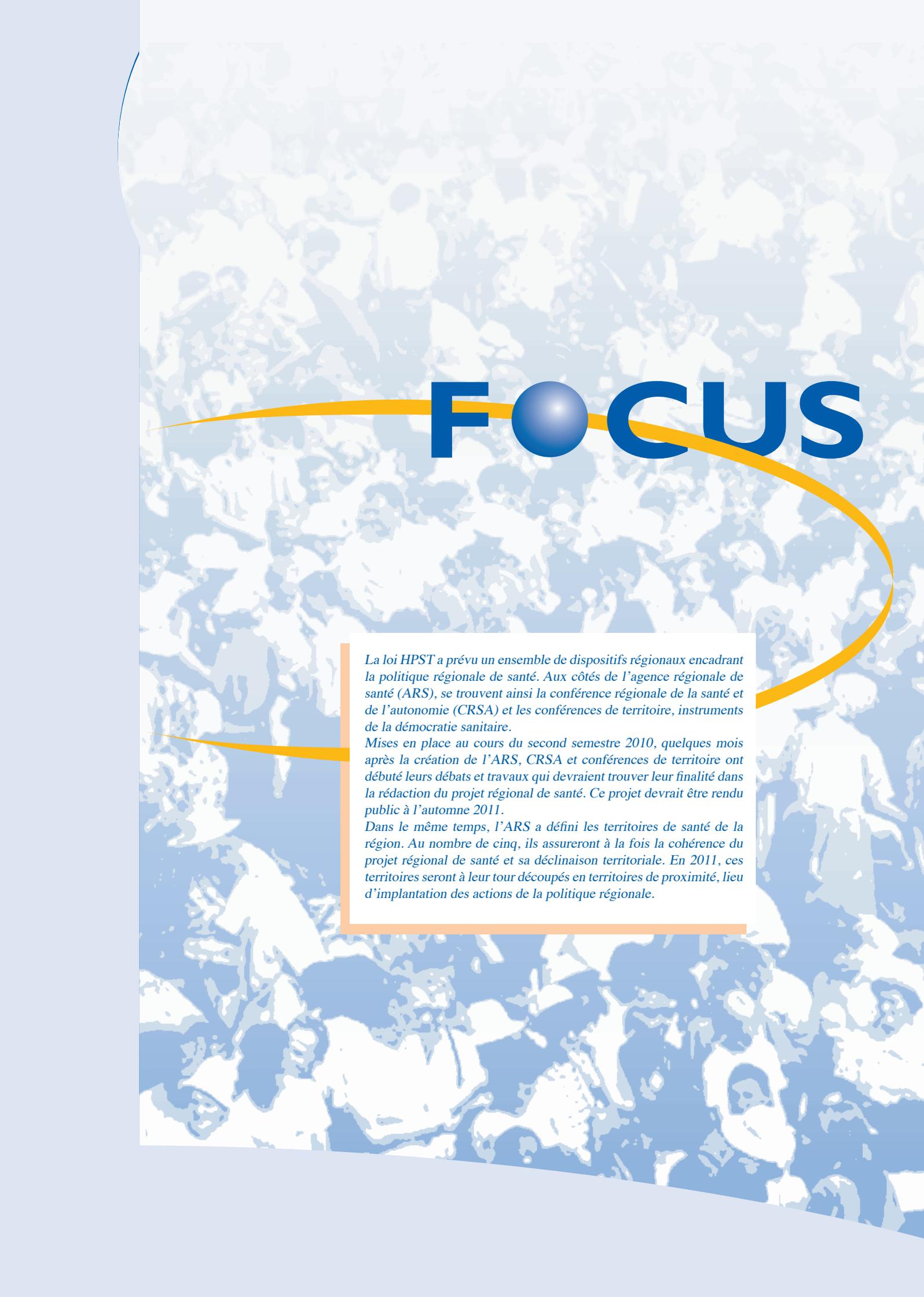
Les femmes entrent en établissement pour personnes âgées en moyenne quatre ans plus tard que les hommes (à 81 ans et 7 mois contre 77 ans et 7 mois). Les femmes restent en moyenne huit mois de plus en établissement que les hommes (deux ans et dix mois *versus* deux ans et deux mois) du fait de leur plus grande longévité. Les résidents des maisons de retraite entrent à 80 ans et 10 mois en moyenne.

Une personne sur deux vient d'un domicile privé ou de chez un proche

Au 31 décembre 2007, 35 % des résidents présents sont entrés en établissement au cours de l'année. La moitié des personnes nouvellement accueillies vient directement de son domicile personnel ou était hébergée par un proche (47 %). Elles sont trois sur dix à venir d'une hospitalisation de court ou moyen séjour (soit 28 %) et une sur dix à passer d'un établissement pour personnes âgées à un autre. Les trois quarts des résidents des logements foyers viennent de leur domicile ; ce type de structure répond aux besoins de ceux qui, pour des raisons diverses (veuvage, isolement...), ne souhaitent plus rester chez eux tout en conservant les avantages du logement individuel et la possibilité de bénéficier des services collectifs. Ils sont 52 % en maison de retraite et 14 % en USLD à en venir. Les résidents venant d'hospitalisation de court ou moyen séjour sont essentiellement en USLD (65 %). Ils ne représentent que 22 % des nouveaux résidents des maisons de retraite.

L'ensemble des résultats EHPA 2007 sont sur le site de l'ARS : www.ars.picardie.sante.fr

Cécile DIZIER
Sous-directrice
Stratégie régionale de santé
ARS de Picardie



FOCUS

La loi HPST a prévu un ensemble de dispositifs régionaux encadrant la politique régionale de santé. Aux côtés de l'agence régionale de santé (ARS), se trouvent ainsi la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et les conférences de territoire, instruments de la démocratie sanitaire.

Mises en place au cours du second semestre 2010, quelques mois après la création de l'ARS, CRSA et conférences de territoire ont débuté leurs débats et travaux qui devraient trouver leur finalité dans la rédaction du projet régional de santé. Ce projet devrait être rendu public à l'automne 2011.

Dans le même temps, l'ARS a défini les territoires de santé de la région. Au nombre de cinq, ils assureront à la fois la cohérence du projet régional de santé et sa déclinaison territoriale. En 2011, ces territoires seront à leur tour découpés en territoires de proximité, lieu d'implantation des actions de la politique régionale.

Le 29 juin 2010, Christophe Jacquinet, Directeur général de l'agence régionale de santé, a installé la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).



La CRSA, instance de démocratie succède à la conférence régionale de santé et s'en distingue par un champ de compétence plus large. Alors que la première traitait surtout des questions de prévention et de soins, la seconde étend ses compétences aux soins de premiers recours et au médico-social (personnes handicapées et personnes âgées).

À l'instar de son périmètre d'action, sa composition s'est elle aussi élargie. Désormais, la principale instance régionale de démocratie se compose de cent membres représentant huit collèges : représentants des collectivités territoriales, des usagers de services de santé ou médico-sociaux, des conférences de territoire, des partenaires sociaux, des acteurs de la cohésion et de la protection sociales, des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, des offreurs de services de santé et des personnalités qualifiées. De plus, y participent avec voix consultative le préfet de région, le président du conseil économique, social et environnemental régional, les chefs de service de l'État en région, le directeur général de l'ARS, un membre des conseils des organismes locaux d'assurance maladie du régime général, un représentant de la mutualité sociale agricole et le président de la caisse de base du régime social des indépendants. Les membres sont nommés pour quatre ans avec un mandat renouvelable une fois.

La CRSA organise ses travaux au sein de la commission permanente mais aussi de quatre commissions spécialisées (prévention, organisation des soins, prise en charge et accompagnement médico-sociaux et droits des usagers du système de soins). En dehors des séances plénières, c'est la commission permanente qui exerce les missions dévolues à la CRSA afin de préparer les avis que rendra la conférence.

La loi HPST prévoit que la CRSA rende un avis sur le projet régional de santé et ses composantes : le plan stratégique régional de santé, les schémas régionaux d'organisation mais aussi sur le rapport annuel du respect des droits des usagers du système de santé. Elle peut également organiser des débats publics sur les questions de santé qu'elle aura déterminées. Enfin, chaque année, elle établit un rapport sur son activité.

À l'occasion du discours d'installation de la

CRSA du 29 juin 2010, le directeur général de l'ARS, Christophe Jacquinet, a invité la CRSA à travailler aux côtés de l'ARS sur les trois priorités nationales de santé :

- l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé ;
- la promotion de l'égalité devant la santé ;
- le développement d'un système de santé de qualité accessible et efficient.

Christophe Jacquinet a aussi affirmé la volonté qu'a l'ARS de travailler avec la CRSA, de bénéficier de son soutien, de s'appuyer sur son expertise et ses travaux, d'étudier ses propositions et d'obtenir ainsi des résultats concrets. Il attend que la CRSA stimule l'ARS par des propositions et des débats publics. Ce travail commun vise un objectif : servir les Picards.

Christophe Jacquinet a annoncé les neuf objectifs autour desquels l'ARS rassemblera ses forces et sa créativité mais aussi les échanges pour bâtir un projet régional de santé partagé et concerté : réduction de la mortalité prématurée évitable, développement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, renforcement de l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaire, réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et des services médico-sociaux, adaptation de l'offre de soins et de services médico-sociaux, optimisation de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, maîtrise des dépenses de santé, développement des parcours de soins et de vie des personnes âgées et handicapées.

Ces neuf objectifs sont complétés par quatre priorités : agir sur la démographie médicale, favoriser les coopérations entre les services et établissements médico-sociaux, renforcer la stratégie de groupe des établissements hospitaliers et développer davantage les actions de prévention. Le 29 juin 2010, avec un taux de participation de 79 %, ses membres ont pu élire leur président : le Professeur Jean-Pierre Canarelli (cf. *Plateforme sanitaire et sociale*, Brèves, n°7).

Cette réunion d'installation a également permis à la CRSA de se doter d'un règlement intérieur et de composer, d'une part, la commission permanente et, d'autre part, les quatre commissions spécialisées pour lesquelles les présidents et

vice-présidents ont été élus. Chaque président de commission spécialisée est vice-président de la CRSA. Ces quatre commissions spécialisées ont été à leur tour installées par la CRSA courant octobre 2010 en présence du Professeur Canarelli. Là encore, les taux de participation ont démontré la volonté et le dynamisme de chacun à s'impliquer dans la politique régionale de santé. Une fois installée, la CRSA n'a pas attendu longtemps pour s'investir dans les missions que lui a confiées la loi HPST puisque depuis sa récente installation, elle a déjà donné un premier avis le 8 septembre 2010. En effet, après la saisine de l'ARS le 8 juillet 2010 sur une proposition de découpage de la région en cinq territoires de santé, la CRSA a rendu un avis favorable à la suite de riches débats.

Le 19 octobre 2010, l'ARS a de nouveau sollicité la CRSA et ses commissions spécialisées sur un sujet tout aussi important : l'élaboration des orientations stratégiques de la politique régionale de santé pour les cinq ans à venir. La CRSA a la possibilité de faire des propositions à l'ARS pour le 15 janvier 2010 sur les cinq domaines suivants : périnatalité et petite enfance, santé mentale, risques sanitaires, handicap et vieillissement et maladies chroniques. Chaque domaine pouvant être abordé selon six priorités : prévention, accès aux soins, qualité de la prise en charge, droits des usagers, réduction des inégalités, coordination des politiques publiques. Il est prévu que chaque commission spécialisée travaille sur ces six priorités dans leur domaine respectif : prévention, accès aux soins, médico-social et droits des usagers. La commission permanente effectuera, ensuite, une mise en commun de ces contributions et procédera à des auditions de personnes qualifiées pour les affiner. Enfin, la CRSA proposera sa contribution lors de l'assemblée plénière du 12 janvier 2010. Cette contribution, parmi d'autres, permettra à l'ARS de finaliser le projet de plan stratégique régional de santé qui sera ensuite soumis pour avis à la CRSA dans le courant du premier trimestre 2011.

Cécile DIZIER

Sous-directrice
Stratégie régionale de santé
ARS de Picardie

Stéphanie MAURICE

Chargée de mission
Sous-direction démocratie régionale de santé
ARS de Picardie

Les commissions spécialisées de la CRSA

Commission spécialisée	Président	Vice-président
Prévention	Pr Gérard Dubois	Guy Bruet
Organisation des soins	Philippe Domy	François Zanaska
Prises en charge et accompagnement médico-sociaux	Thibault d'Amécourt	Christel Roussel
Droits des usagers du système de soins	Henri Barbier	Jean-Claude Marion

La loi HPST a instauré, aux côtés de la CRSA, un deuxième moyen d'expression de la démocratie régionale de santé. Alors que la CRSA appuiera l'ARS dans son action à un niveau régional, les conférences de territoire seront force de proposition au niveau de leur territoire de santé.

Les conférences de territoire sont nées de la définition des cinq territoires de santé par l'ARS le 21 septembre 2010. Celle-ci les a installées entre le 15 et le 24 novembre 2010 (cf. *Plateforme sanitaire et sociale* n°9).

Chacune des conférences de territoire est composée de cinquante membres, au plus, répartis au sein des collèges établissements de santé, personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux, organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité, professionnels de santé libéraux, représentants de centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé, des établissements assurant des activités de soins à domicile, des services de santé au travail, des usagers, collectivités territoriales, de l'ordre des médecins, des personnalités qualifiées. Comme pour la CRSA, leurs membres sont nommés pour un mandat de quatre ans renouvelable une fois.

Lors de l'installation de ces conférences, les présidents, vice-présidents et membres du bureau ont été élus. Le bureau de la conférence est constitué du président, d'un vice-président, et d'au plus huit autres membres élus. Il élabore des projets d'avis et de propositions et prépare les réunions plénières.

Les missions des conférences de territoire sont décrites par l'article L 1434-17 du Code de la santé publique :

- les conférences de territoire contribuent à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique ;
- elles peuvent ainsi faire toute proposition au directeur général de l'ARS sur l'élaboration,

la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé ;

- elles favorisent la signature de contrats locaux de santé, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements portant sur la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Leur avis sera sollicité à plusieurs reprises par l'ARS, et notamment sur les programmes que l'ARS élaborera dans le cadre du projet régional de santé. Au delà d'un avis, les conférences de territoire pourront être force de proposition auprès de l'ARS dans le cadre du projet régional de santé, au moment où elle définira l'organisation des soins. Celle-ci sera décrite par trois schémas régionaux : prévention, soins et médico-social.

D'ores et déjà, l'ARS a sollicité de leur part une contribution à l'identification des orientations stratégiques de la politique régionale de santé dans cinq domaines : périnatalité et petite enfance, santé mentale, handicap et vieillissement, maladies chroniques et risques sanitaires. Les conférences pourront aborder ces cinq domaines selon six priorités : prévention, accès aux soins, qualité de la prise en charge, droits des usagers, réduction des inégalités, coordination des politiques publiques. Leur contribution respective est attendue au plus tard pour le 15 janvier 2011. Ce calendrier, même s'il est contraint, permet selon le vœu de Christophe Jacquinet, directeur général de l'ARS, d'associer dès le début de l'élaboration du projet régional de santé (dont l'échéance est prévue pour fin 2011) les conférences de territoire à la définition des premières orientations stratégiques de l'ARS. C'est la raison pour laquelle les territoires de santé ont été définis dès septembre 2010 et les conférences installées en novembre

2010 (d'autres régions n'en sont pas encore à cette étape). Chaque conférence a ainsi mis en place dès le lendemain de leur installation cinq groupes de travail qui se réuniront chacun environ trois fois d'ici le 15 janvier 2011. Au delà des orientations stratégiques, l'ARS attend des conférences de territoires qu'elles la stimulent par des propositions concrètes en termes d'organisation des soins, de coopérations... Ces propositions peuvent concerner toutes les thématiques où l'ARS s'est déjà engagée : développement de l'éducation thérapeutique du patient, amélioration de l'environnement sanitaire de la population (qualité de l'eau, de l'air, de l'habitat), amélioration de la démographie des professionnels de santé, optimisation de la permanence des soins, amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues, action sur les organisations via les systèmes d'information de santé, coopérations sanitaires et médico-sociales, renforcement de la certification et des évaluations internes et externes des établissements...

Cette volonté d'associer les conférences de territoire dans la définition de la stratégie dès 2010 et sur toutes les autres thématiques engagées par l'ARS est le signe de l'importance que revêtent l'expression de la démocratie et la concertation pour l'ARS de Picardie.

Cécile DIZIER

Sous-directrice
Stratégie régionale de santé
ARS de Picardie

Stéphanie MAURICE

Chargée de mission
Sous-direction démocratie régionale de santé
ARS de Picardie

Les bureaux des conférences de territoire

	Aisne Nord - Haute-Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	Somme
Date d'installation	23 novembre 2010	16 novembre 2010	24 novembre 2010	17 novembre 2010	15 novembre 2010
Taux de participation	77 %	85 %	93 %	92 %	76 %
Nom du président	Dr Christian Huguet	Louis Teyssier	Brigitte Duval	Jean-Luc Hamiache	Pr Michel Slama
Nom du vice président	Marc Lonnoy	Jean-Luc Wateau	Guy Dandel	Éric Guilloteau	Dominique Schaeffer
Membres du bureau	Henri Barbier Dr Jean-Louis Dunaud François Gauthiez Françoise Monceaux Yves Sierzchula Marie-Françoise Tourtois	Dr Bertrand Bivaud Martine Boutantin Marie Klein Francis Parola Dominique Proisy Vincent Simart	Dr Alain Berche Christiane Feller Marie-Christine Legros Dr Gérard Meyer Dr Philippe Pinilo Hélène Simon	Amélie Basset Josette Boessy Philippe Boucey Joseph Debray Dr Pierre Fortane Patrice Tombois	Yves Billaud Stéphan de Butler Jean-Luc Darguesse Patricia Jeanson Denis Larde Jean-Claude Marion

La Loi HPST prévoit que les ARS définissent des territoires de santé pertinents pour l'ensemble des activités de leur champ de compétence : prévention, soins de premiers recours, soins ambulatoires et hospitaliers et prise en charge médico-sociale.

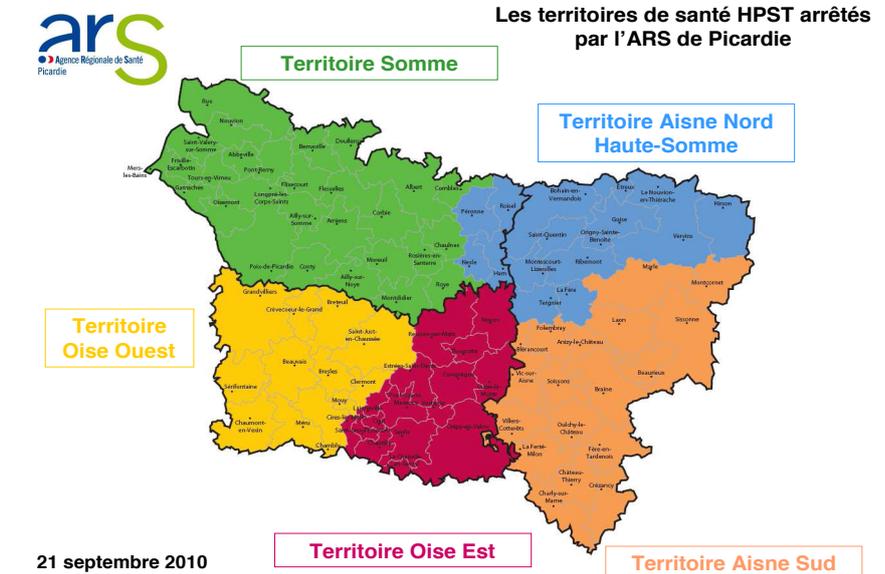
Contrairement aux territoires de santé issus des Sros qui étaient, en Picardie au nombre de quatre, les territoires de santé issus de la loi HPST iront au delà de la question hospitalière. Ils assureront la cohérence globale du projet régional de santé tout en donnant un véritable sens à la déclinaison territoriale de la politique régionale de l'ARS. La loi HPST leur donne aussi un autre objectif, celui de représenter un espace de consultation et de concertation incarné par les conférences de territoire.

La méthodologie de définition des territoires de santé utilisée par l'ARS de Picardie

Afin de donner vie aux conférences de territoire et d'asseoir son projet régional de santé, l'ARS de Picardie a arrêté le 21 septembre 2010, cinq territoires de santé, construits sur la base de plusieurs critères :

- une volonté de concilier les découpages en lien avec la santé déjà existants et les nouveautés induites par la loi HPST, notamment l'élargissement du champ de compétence des territoires de santé à la protection et à la promotion de la santé et au médico-social ;
- une possible articulation de la politique de l'ARS avec celles de ses principaux partenaires : préfecture, conseils généraux, conseil régional, intercommunalité. En effet, une politique structurée passe aussi par une articulation des territoires d'action respectifs ;
- une construction de territoires de santé homogènes au regard des besoins d'offre de santé de la population. Aussi, avec l'aide de l'OR2S, l'ARS s'est basée sur l'exploitation de nombreux indicateurs socio-sanitaires disponibles au sein de la *Plateforme sanitaire et sociale* et qui relèvent de l'offre de soins (densité de professionnels de santé, temps d'accès aux services de santé...), de l'attractivité (lieu de consultation, lieu d'hospitalisation...), de l'état de santé de la population (mortalité, ALD, hospitalisation...), de la prévention (dépistage des cancers...), des dépenses et consommation de soins (consultations, transports, médicaments remboursables...), de la population et de ses conditions de vie (allocation, densité, âge, fécondité, situation sociale...) et de son évolution (entre 1990 et 2007).

L'ARS a soumis sa proposition de territoires tant aux membres de la CRSA, récemment installée, qu'au préfet de région et aux prési-



dents des trois conseils généraux qui ont tous rendus un avis favorable.

La proposition de territoires de santé au sens de la Loi HPST faite par l'ARS de Picardie

Du point de vue de l'ARS, cette proposition de territoires de santé présente plusieurs intérêts. Elle respecte la philosophie des territoires de santé en basant leur construction sur les comportements de la population en termes d'accès et de besoins vis-à-vis de l'offre de santé.

Elle présente aussi des territoires moins peuplés là où l'ARS et ses partenaires devront renforcer leurs efforts au regard des indicateurs de santé plutôt défavorables (territoires de santé Oise Ouest et Aisne Nord - Haute-Somme). Elle valorise aussi la démocratie locale en instaurant cinq conférences de territoires au lieu des quatre conférences sanitaires de territoire existant précédemment avec les Sros. Elle invite ainsi l'ARS à renforcer sa mission d'animation de proximité en étant présente sur cinq territoires plus petits. Elle présente une cohérence importante avec les autres découpages régionaux ou départementaux. Les territoires de santé HPST étant construits sur la base des EPCI, il y a totale concordance avec les territoires intercommunaux. Une réelle proximité est aussi à noter avec les territoires des services de l'État et des autres collectivités locales. Enfin, elle repose sur une méthodologie qui facilitera

les travaux de détermination des territoires de proximité qui devront aussi être homogènes en termes de comportement d'accès à la santé, chacun sur leur domaine (prévention, soins de premiers recours, hospitalisation et médico-social).

Les caractéristiques propres à chacun de ces territoires conduiront l'ARS à décliner son plan stratégique régional de santé par des politiques territoriales différentes. Installées dans la continuité, en novembre 2010, les conférences de territoire, sur la base de ces caractéristiques, viendront contribuer d'ici janvier 2011 à la détermination de politiques territoriales différenciées et à l'élaboration de la politique stratégique régionale de santé et des schémas régionaux d'organisation que l'ARS doit établir.

De plus, au sein de chacun de ces territoires de santé, pourtant homogènes, des disparités sont déjà visibles à un niveau plus fin de l'analyse. Ce sont elles qui conduiront à identifier des territoires de proximité à l'intérieur de chaque territoire de santé. L'ARS pourra ainsi décliner la politique territoriale de santé avec les conférences de territoire à un niveau encore plus fin pour chaque domaine d'intervention. Le descriptif des caractéristiques de chaque territoire sont disponibles dans cinq livrets territoriaux réalisés en grande partie par l'OR2S. Ceux-ci sont téléchargeables sur le site de l'ARS.

Cécile DIZIER
Sous-directrice
Stratégie régionale de santé
ARS de Picardie

État des lieux des dispositifs 115 en Picardie

La Fnars nationale a retenu la Fnars de Picardie pour l'étude intitulée « Pour intégrer l'avis des usagers dans les pratiques du 115 ». Les résultats de cette consultation sont encourageants.

La Fnars de Picardie a entrepris en 2008 l'évaluation du dispositif 115 présent dans chacun de ses trois départements, dans le but de connaître le service réel rendu par le 115 aux personnes qui ont appelé ce numéro. L'exercice, s'il est pertinent, a tout de même demandé aux personnes impliquées dans le processus d'étude d'adopter une posture éthique claire en rappelant les personnes qui avaient fait appel au 115, pour les questionner sur la qualité du service rendu.

Deux modalités de recueil de l'information ont été *in fine* utilisées (cf. encadré) : enquête individuelle téléphonique immédiate et enquête différée en groupe de parole.

L'entretien différé

L'enquête par rappel téléphonique montre de subtiles différences selon les départements. Pour la première, le questionnaire utilisé dans l'Aisne diffère de celui utilisé dans les deux autres départements. La population de la Somme qui a été rappelée est jeune et féminine alors qu'elle est plutôt âgée et masculine dans l'Oise.

Dans l'Aisne, les trois quart des appels sont à l'initiative de la personne elle-même. Dans 15 % des cas, un service social en est à l'origine, notamment lorsqu'il y a des enfants. L'expulsion est le principal motif d'appel. Les appelants disent qu'ils ont été réellement satisfaits d'avoir fait appeler le 115. Ils ont une bonne connaissance du dispositif, de l'offre de service, de ses horaires... Ils connaissent les propositions et modalités d'accueil et d'hébergement. Même en cas de manque de place, les appelants souhaitent avoir une réponse. Un tiers n'est pas satisfait des réponses apportées (accueil autoritaire, pas de chambre double proposée, pas de chambre d'hôtel disponible...)

Dans l'Oise, peu d'appels sont liés à une initiative personnelle. Ils proviennent pour la plupart de services sociaux, de la police, d'organismes caritatifs... La pénurie de places d'hébergement, y compris d'urgence, de logements ou de places spécialisées en addictologie est le principal motif d'appel. Les Isariens appelants ont une bonne connaissance du 115, non pas générale mais en fonction de leur problème : orientation en hébergement d'urgence ou d'insertion, information sur

l'aide alimentaire, sur la prévention des expulsions, les services de surendettement... La plus grande partie d'entre eux sont satisfaits de la qualité du service rendu même si certaines déplorent un long temps d'attente : une majorité a appelé entre deux et dix fois avant d'être en communication, puis a dû patienter de deux à cinq minutes. En ce qui concerne le service post-115, les demandeurs d'asile sont insatisfaits de l'information reçue et de l'orientation proposée.

Dans la Somme, les deux tiers des appels sont à l'initiative d'un tiers, dont la moitié est des services sociaux. Seules trois des dix-neuf personnes rappelées disent avoir reçu une information sur les missions du 115, en fonction de leurs problèmes. Toutes sont satisfaites de l'accessibilité, de la rapidité et de la qualité du 115. Toutes les personnes sont informées de l'organisation du service (horaires, nourriture...) et en sont contentes. La majeure partie des répondants est satisfaite de l'offre qui leur a été faite. Les reproches portent sur l'absence de sécurité en foyer d'urgence, notamment pour les femmes, sur le manque de place pour les familles, ou des hôtels peu pratiques avec les enfants, et sur des délais d'attente trop longs.

Les groupes de parole

Les groupes de parole ont donné un peu plus de consistance au premier recueil d'informations. La rupture - départ de chez les parents, rupture conjugale, sociétale (additions), économique (chômage) - est souvent le point de départ des situations. Les plus jeunes ont un projet de travail et espèrent travailler, les femmes cherchent des formations en vue de trouver un emploi, ou souhaitent avoir un enfant. Elles souhaitent plus que les hommes être informées sur les structures d'aide, une permanence physique et pas seulement une écoute téléphonique. Tous considèrent l'écoute proposée par le 115 importante et de bonne qualité, même si l'attente est longue pour trouver un hébergement. Leur connaissance du service d'accueil et d'orientation (SAO) est faible, et ils n'ont pas de contact immédiat. Les femmes seules ont peur d'être agressées sexuellement dans les structures d'accueil d'urgence. Elles demandent aussi un soutien psychologique à l'intérieur des structures.



Méthodologie

Enquête individuelle téléphonique en rappel immédiat

Cible : tout appelant (sauf travailleur social ou tiers), appelant le 115. Le rappel est réalisé par une personne extérieure au 115. Conditions : la personne est volontaire pour être rappelée. La réponse donnée par le 115 ne sera pas modifiée et ne pas répondre à l'enquête n'expose à aucun préjudice.

Période : novembre 2008 à mars 2009 (Aisne) ; février-avril 2009 (Oise) ; mars-juin 2009 (Somme).

Aisne : 13 rappels

Oise : 15 rappels

Somme : 16 rappels

Au total, 44 questionnaires sur les 90 attendus.

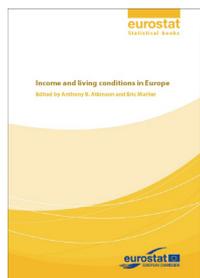
Sept variables et vingt-et-un indicateurs composent le questionnaire : situation personnelle, motivation de l'appel, qualité du service téléphonique, information sur le service rendu, appréciation de l'offre.

Groupes de parole

Cible : groupe de pairs ayant eu recours au 115.

Conditions : invitations par affiche. Entretiens dans un centre d'accueil collectif.

Période : mars-mai 2010, appels de jour, de nuit, y compris le week-end. Six groupes de parole ont été montés, quatre dans l'Aisne et deux dans l'Oise. Les groupes ont réuni de deux à cinq personnes, toutes volontaires.



Eurostat : cartographie de la pauvreté en Europe

Dans l'UE27 en 2008, 116 millions de personnes, soit presque un quart de la population de l'UE27, étaient touchées par au moins une des trois formes d'exclusion sociale. Parmi les États membres, la Bulgarie (45 % de la population), la Roumanie (44 %), la Lettonie (34 %) et la Pologne (31 %) comptaient les proportions les plus élevées, tandis que les Pays-Bas, la Suède, et la République tchèque (15 % chacun), le Luxembourg et le Danemark (16 % chacun) avaient les plus basses. La première forme d'exclusion sociale, la pauvreté monétaire, concerne 81 millions de personnes, soit 17 % de la population. Le revenu disponible de ces personnes se situait en dessous du seuil national de risque de pauvreté. La Lettonie (26 %), la Roumanie (23 %) et la Bulgarie (21 %) avaient les taux de risque de pauvreté les plus élevés, et la République tchèque (9 %), les Pays-Bas et la Slovaquie (11 % chacun) les plus bas.

La deuxième forme d'exclusion sociale, touche 42 millions de personnes, soit 8 % de la population. Il s'agit de la situation de privation matérielle grave, ce qui signifie que les conditions de vie des personnes étaient limitées par un manque de ressources tel qu'elles n'étaient pas en mesure de régler leurs factures, de chauffer correctement leur logement, de s'acheter une voiture ou un téléphone, etc. Les pourcentages de personnes en situation de privation matérielle grave variaient de manière significative parmi les États membres, les plus élevés se situant en Bulgarie (41 %) et en Roumanie (33 %), et les plus faibles au Luxembourg, en Suède, aux Pays-Bas, au Danemark et en Espagne (moins de 3 % chacun).

Enfin, l'indicateur de faible intensité de travail touche 34 millions de personnes. C'est-à-dire que 9 % de la population âgée de 0 à 59 ans vivaient dans l'UE27 dans des ménages où les adultes avaient utilisé moins de 20 % de leur potentiel total de travail au cours de l'année 2007. Les plus fortes proportions de personnes vivant dans des ménages à très faible intensité de travail se situaient en Irlande (14 %), en Hongrie, en Belgique et en Allemagne (12 % chacun) et les plus faibles à Chypre (4 %) ainsi qu'au Luxembourg, en Lettonie, en Lituanie, en Slovaquie, en Estonie et en Suède (5 % chacun).

Démocratie participative en Europe en 2012



Le Parlement européen a adopté le texte de l'initiative citoyenne prévue par le Traité de Lisbonne impliquant la possibilité aux citoyens européens de demander une nouvelle loi. Un « comité des citoyens » composé de personnes provenant d'au moins sept États membres différents pourra enregistrer une initiative auprès de la Commission. Ensuite, après un premier contrôle de recevabilité de la Commission, les signatures pourront commencer à se collecter, sur papier ou en ligne. L'initiative disposera d'un délai de 12 mois pour récolter le million de signatures nécessaire, qui devra provenir d'au moins un quart des États membres de l'Union. Le nombre minimal de signatures devant être recueilli dans chaque État membre varie de 3 750 signatures à Malte à 74 250 signatures en Allemagne. En France, une initiative citoyenne devra rassembler au minimum 54 000 signatures. Les États membres vérifieront la validité des déclarations de soutien. Ils pourront choisir les informations qui seront exigées dans chaque pays pour cette vérification, et la plupart exigeront une carte d'identité. Tous les signataires devront être des citoyens de l'Union européenne et en âge de voter aux élections européennes. Finalement, la Commission décidera dans un délai de trois mois si une nouvelle loi peut être proposée, et elle devra justifier cette décision en public.



Conseil de l'Union européenne

La présidence du Conseil de l'Union européenne sera assurée par la Hongrie pour le premier semestre 2011, dernier membre du trio présidentiel Espagne-Belgique-Hongrie. La présidence Hongrie a mis à l'agenda européen la recherche d'une issue à la crise économique et la constitution des bases du développement futur. Quatre thèmes principaux marqueront cette présidence : croissance et emploi pour la sauvegarde du modèle social européen ; une Europe plus forte ; une Union plus proche du citoyen ; élargissement et politique de voisinage. C'est sous sa présidence que fonctionnera pleinement le Service européen pour l'action extérieure, mis en place le 1^{er} décembre et à la tête duquel se trouve Catherine Ashton.

Le prochain trio présidentiel sera Pologne-Danemark-Chypre, entre le deuxième semestre 2011 et le deuxième semestre 2012.

Maladies rares et inégalités de santé

Le 28 février 2011 marquera la journée internationale



EURORDIS
Rare Diseases Europe

des maladies rares organisée par Eurordis. En 2011, les alliances membres d'Eurordis représentant vingt-cinq pays associeront leurs efforts pour illustrer le thème *Maladies rares et inégalités de santé* autour du slogan *Rares mais égaux devant la maladie*.

La Journée des maladies rares cherchera à souligner les disparités de santé qui existent pour les patients atteints de maladies rares entre pays de l'Union et au sein même de chaque pays ainsi qu'à mettre en évidence les disparités de santé qui existent pour les patients atteints de maladies rares par rapport à d'autres segments de la société.

La campagne permettra de plaider en faveur de l'égalité d'accès aux soins de santé et aux services sociaux ; de l'égalité d'accès aux droits sociaux fondamentaux : santé, mais aussi éducation, emploi et logement ; de l'égalité d'accès aux médicaments orphelins et aux traitements.



L'Europe contre le cancer : pilotage et états des lieux

Les membres du Partenariat européen de lutte contre le cancer (EPAAC), créé en 2009, ont tenu en décembre leur premier comité de pilotage, en présence de représentants de l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé et du réseau européen des autorités régionales et locales de santé (Euregha). L'Institut national de santé publique de Slovaquie en assure la coordination. Le comité a décidé de tenir annuellement des *Open forums*, dont le premier se déroulera en Espagne les 14-15 juin 2011 sur les soins et la recherche. L'objet de *Open forums* est de travailler sur les politiques et leur application dans les pratiques.

Dans la foulée, le groupe de travail sur les plans nationaux contre le cancer s'est réuni en présence des mêmes membres. Le groupe de travail va envoyer un questionnaire à l'ensemble des États membres, plus la Norvège et l'Islande, afin d'avoir une vue globale des plans cancer mis en place dans chacun des États. La Commission a demandé que chaque État membre se dote d'un tel plan d'ici fin 2013. Cet état des lieux sera présenté lors de l'*Open forum* de juin.

European association for health information and libraries (EAHIL)



L'European Association for Health Information and Libraries (EAHIL) est une association de professionnels réunissant 1 000 documentalistes et professionnels de l'information travaillant dans les centres documentaire et bibliothèques du champ médical et de la santé.

Créée en 1987, EAHIL compte aujourd'hui près de trente pays européens. En France, le CHU de Rouen siège au Bureau exécutif et l'on retrouve des bibliothèques universitaires parmi les participants de l'association. Suite à l'enquête menée en 2004 auprès de ses membres, l'adhésion à EAHIL est désormais gratuite pour les organisations européennes. L'objet d'EAHIL est de mettre en réseau l'ensemble des professionnels de la documentation et de l'information en santé afin de pouvoir échanger sur leurs pratiques ou compétences. Elle promeut le développement des pratiques professionnelles d'excellence et remet chaque année des prix. L'association organise aussi des conférences et ateliers de travail, reliés à des séminaires ou ateliers pratiques en formation continue. Elle publie un journal trimestriel : *Journal of the European Association for Health Information and Libraries*, disponible en ligne.

La consultation de 2004 montrait que l'intérêt d'EAHIL pour ses membres résidait prioritairement dans le développement de la formation continue et la mise à disposition de ressources électroniques.

Sur son site internet, EAHIL propose des liens vers plus de quarante centres de documentation ou bibliothèques situés en Europe, mais pas seulement. On relève ainsi l'*American Medical Informatics Association* ou la *Medical library association* (États-Unis), *Medical and Health Librarians Association of the Philippines*, la *Canadian Health Libraries Association* ou encore l'*Association for Health Information and Libraries in Africa*. Des sous-groupes de travail se sont aussi créés à l'intérieur de EAHIL. Parmi les six sous-groupes, on notera celui sur l'information en santé publique (*Public Health Information Group - PHIG*) se donne pour objet de promouvoir un accès équitable à l'information en santé publique pour toutes les communautés, de développer la communication et de faciliter le travail en réseau entre les centres ressources, de faciliter le partage d'expériences et de bonnes pratiques dans le domaine. Le groupe veut développer des collaborations et un travail en réseau pour les centres documentaires de l'OMS Europe entre eux et avec le reste des centres OMS. Un des projets de ce groupe est de faire la synthèse des diffé-

rentes définitions de la santé publique et des termes connexes, travail facilité par l'OMS. Le groupe a aussi mis en place des bookmarks sur internet recensant les centres qui donnent des exemples de bonnes pratiques.

Le groupe le plus récent a été créé en juin 2010, juste avant l'organisation de la Conférence de l'EAHIL à Lisbonne. Il s'agit du groupe sur la médecine complémentaire et alternative (CAM, *Complementary and Alternative Medicine*).

L'accès public au site internet d'EAHIL est relativement restreint. Il suffit cependant de s'inscrire via le site et de demander son affiliation à l'association. Dès lors, l'ensemble des fonctionnalités du site sont accessibles, comme la participation aux listes de discussions, l'accès à la base de données des membres et aux sous-groupes de travail.





Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles
Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE, éditions OCDE, 2010

Ce rapport , édité dans la série de l'OCDE *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles*, met en lumière le rôle des institutions en place et des politiques mises en œuvre dans le champ concerné. Il conclut qu'il est essentiel pour les principaux acteurs – travailleurs, employeurs, médecins, organismes publics et prestataires

de services – de rehausser les attentes et d'améliorer les incitations. À partir d'un examen des bonnes et mauvaises pratiques observées dans les pays de l'OCDE, le rapport suggère qu'une série de réformes de fond s'impose afin de promouvoir l'emploi des personnes atteintes de problèmes de santé.

Les auteurs examinent plusieurs options d'arbitrage essentielles entre des politiques de diminution du nombre de nouveaux bénéficiaires du régime d'invalidité et d'augmentation du nombre de sorties de ce régime, de maintien dans l'emploi ou de recrutement de personnes souffrant de problèmes de santé. Ils s'interrogent sur la nécessité de dissocier chômage et invalidité en tant qu'aléas distincts, et soulignent combien il est indispensable de disposer d'une meilleure base de données d'observation et insiste sur les difficultés de mise en œuvre des politiques retenues.

Améliorer l'efficacité du secteur de la santé. Le rôle des technologies de l'information et des communications
Éditions OCDE, 2010

La mise en œuvre des technologies de l'information et des communications (TIC) dans le domaine des soins cliniques s'avère difficile. Les investissements publics se soldent par des succès notables, mais également par des retards et des échecs dont on a beaucoup parlé. C'est le bilan qui se dégage du rapport qui analyse plus d'une dizaine d'années

d'efforts. Il souligne le défaut d'une prise de conscience générale, dans le grand public comme dans le monde médical, des avantages qu'offrent les TIC pour la tenue des dossiers médicaux et l'échange d'informations.

Les conclusions de ce rapport révèlent un certain nombre de pratiques ou de stratégies qui pourraient être utiles pour améliorer et accélérer l'adoption et l'utilisation des TIC dans le secteur de la santé.



Violence et santé en France : état des lieux

Cet ouvrage présente les résultats d'une étude inédite en France. Pour la première fois, l'ensemble des formes de violence en France est étudié sous l'angle de leur incidence à court, moyen et long termes, sur la santé. L'enquête *Événements de vie et santé* (EVS), réalisée par la Drees auprès de 10 000 personnes âgées de 18 à 75 ans résidant à leur domicile, apporte un nouvel éclairage sur la question des violences en France. Hommes et femmes sont interrogés sur tous les types de violence qu'ils ont pu subir (physiques, sexuelles, psychologiques, atteintes aux biens, etc.) et leur contexte. L'ouvrage met ainsi en évidence les liens directs entre le fait d'être victime d'actes violents, de présenter un état de santé dégradé et d'avoir traversé des événements de vie difficiles. Par ailleurs, même si la parole des victimes de violences semble se libérer, l'enquête montre que certaines violences, notamment sexuelles, restent une question tabou. Deux des articles présentent des résultats nouveaux : l'un sur les violences survenues durant l'enfance, l'autre sur le coût économique des violences conjugales.



Les dispositifs de contrôle des acteurs du logement social
Thierry Bert, Sabine Baietto-Beysson, Inspection générale des finances, Conseil général de l'environnement et du développement durable

L'inspection générale des finances et le conseil général de l'environnement et du développement durable ont été chargés d'une mission conjointe portant sur le contrôle des secteurs du 1 % Logement et du logement social. Les ministres chargés de l'économie et du logement ont demandé à la mission des propositions concrètes en vue d'améliorer ce contrôle, de renforcer les procédures de suites et de sanctions et la mise en œuvre des recommandations qui en découlent, et, à cette fin, d'optimiser l'organisation actuellement éclatée entre les deux structures - l'Agence nationale pour la participation des entreprises à l'effort de construction (ANPEEC) et la Mission interministérielle d'inspection du logement social (Miilos) - en étudiant toutes les options possibles pour les mettre en synergie.



Précarité et protection des droits de l'enfant - État des lieux et recommandations, Dominique Versini, novembre 2010, Défenseure des enfants

Ce rapport thématique est issu de la consultation nationale *Parole aux jeunes*  qui avait démontré les interactions, dans leur vécu quotidien, entre pauvreté, vie familiale, parcours scolaire, santé, discriminations et exclusion sociale et les répercussions sur leur développement et leur avenir. La conférence d'actualité organisée les 30 octobre et 1^{er} novembre 2010 avait pour but d'interroger les acteurs de terrain, à partir de la parole des jeunes, afin d'identifier les obstacles majeurs actuels à l'objectif de réduction de la pauvreté des enfants prôné par le Comité des droits de l'enfant des Nations unies.



À lire aussi : *Rapport d'activité 2010*  de la Défenseure des enfants.

Actes du colloque de la Datar : Dynamiques territoriales de santé : quels enjeux ? quels outils ?

Pas moins de deux ministres, des hauts fonctionnaires, des élus se sont donné rendez-vous en septembre dernier à Arras à l'occasion d'un colloque de la Datar sur les dynamiques territoriales de santé. Les Actes viennent d'être publiés.

Deux journées formaient ce colloque. La première présentait les éléments de diagnostic sur les inégalités territoriales et sociales en matière de santé. La seconde, abordait les conditions d'une organisation de santé la plus efficiente possible.

En introduction du colloque, Jean-Michel Bérard, préfet de la région Nord - Pas-de-Calais, et Daniel Lenoir, directeur général de l'ARS de la région, sont revenus sur les enjeux des dynamiques territoriales de santé, s'appuyant sur la loi *Hôpital, patients, santé, territoires* (HPST). Une loi qui sera en quelque sorte le fil rouge des débats.

La santé comme aménagement du territoire

Daniel Lenoir dénombre cinq enjeux majeurs : intégrer dans chaque territoire une approche de santé et pas seulement de soins, maintenir une offre de soins de premier recours accessible à tous, améliorer la performance hospitalière, favoriser un recours aux soins plus précoce, faciliter l'accès à des dispositifs d'accompagnement adaptés. Les chantiers qu'il décline à partir de ces enjeux seront largement repris par les intervenants. Ainsi, en sera-t-il de la définition des territoires, de la territorialisation de la politique de santé, du développement d'une offre de premier recours dans le cadre de maisons de santé pluridisciplinaires, du développement des coopérations hospitalières et des coopérations public-privé.

Dans la loi *HPST*, les territoires de santé forment l'architecture de base du dispositif de santé dans la région. Or, l'intérêt du colloque n'était pas tant de discuter sur la loi que de voir les synergies entre deux approches que nombre de participants ont qualifié de cloisonnées : celle de la santé et celle de l'aménagement du territoire. Ainsi que l'a rappelé Michel Mercier, ministre de l'Espace rural et de l'Aménagement du territoire, l'aménagement du territoire consiste à « se préoccuper

de la vie quotidienne des gens sur le territoire, des services dont les gens ont besoin dans leur vie quotidienne là où ils habitent. (...) L'accès aux soins est l'une des composantes essentielles de la politique d'aménagement du territoire. » En écho, Roselyne Bachelot-Narquin, parlera de *santé territorialisée aménagée*, nouveau paradigme dans l'approche de la santé des populations. Cela implique trois concepts. Le premier est la *gradation des soins* qui signifie que les soins ne sont pas les mêmes partout sur le territoire. Le deuxième est celui du *décloisonnement* entre l'hôpital, la médecine de ville, le médico-social voire même le social. Le troisième et dernier concept de ce paradigme est la territorialisation. Il s'agit, pour Emmanuelle Wargon, secrétaire générale des ministères chargés des Affaires sociales, de ne plus opposer la localisation des équipements et des grandes installations (territorialisation) aux besoins des populations. Dès lors, la double question de la définition des besoins et de la définition du territoire se pose.

Définir les besoins définir les territoires

Sur la question des besoins, une étude pour la Datar menée par des équipes de l'université catholique de Lille (Flesg, Cresge) montre que la notion de besoins de santé peut être approchée par un ensemble de facteurs que les auteurs appellent « prédictifs ». Ils mettent ainsi en évidence les trois dimensions des besoins de santé (pression démographique des populations, morbi-mortalité, vieillissement et dépendance), à partir de quatre facteurs significatifs : taux de natalité, taux d'hospitalisation tous âges, part des personnes âgées de plus de 75 ans dans la population, taux de mortalité standardisée.

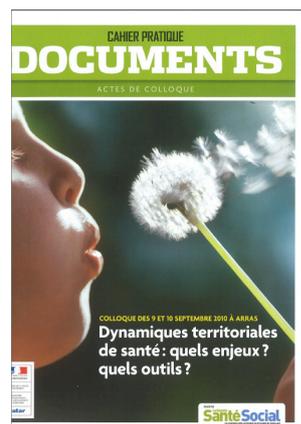
Pour Patrick Creze, directeur adjoint au délégué interministériel à l'Aménagement du territoire et à l'attractivité régionale, la définition du territoire revient à poser la question du maillage territorial. Il insiste ainsi sur la

notion d'échelle : la réflexion sur l'accès aux services de santé, qui devrait présider aux travaux des ARS, doit « se faire à l'échelle du bassin de vie maille de base ». Pour autant, il reste prudent sur une simple superposition des cartes des besoins et de l'offre de santé, mais souhaite que se développe une stratégie de l'accessibilité mobilisant de très nombreuses politiques publiques : transports collectifs et individuels, urbanisme, logement...

Les éléments de diagnostic sur les inégalités territoriales de santé, présentés en introduction au colloque avaient ainsi montré le rôle de l'urbanisation dans les dynamiques sanitaires. Stéphane Rican, géographe à l'université Paris-Ouest Nanterre La Défense souligne les répercussions de l'urbanisation sur les inégalités de santé. Un système urbain fragmenté, diffus, peut être synonyme d'un état sanitaire préoccupant, alors que de nets progrès sanitaires sont enregistrés dans les métropoles et les villes qui y sont reliées. Pour Alain Trugeon, directeur de l'OR2S, la synthèse de soixante indicateurs sanitaires et sociaux fait ressortir une nette opposition entre les zones rurales et urbaines. Par ailleurs, des indices synthétiques de mesure sociale et de mesure sanitaire, à partir d'une base composée de quatre-vingt-six indicateurs, valident des inégalités dans les deux domaines, entre une France du sud et une France du nord. Ils montrent une relation forte entre la situation sociale et l'état de santé des populations au niveau départemental.

Vladimir Guiheneuf, *Contes à rire jaune*, Éditions Baudelaire

Après nous avoir amusé avec ses *Mémoires d'un médecin de campagne* (2005) qui fourmillait d'anecdotes, Vladimir Guiheneuf a repris la plume pour, cette fois-ci, nous entraîner dans la lecture de vingt-deux contes. Fondés sur des histoires vécues, la portée philosophique de ces contes réside dans la volonté d'améliorer notre environnement à partir d'un peu de bonne volonté et de savoir-faire.



20 janvier 2011, Chauny

Forum territorial du Pays Chaunois. Organisé par le conseil régional de Picardie.

Renseignements : 03 22 97 26 78

25 janvier 2011, Rennes

Conférence débat - Injep « Jeunes & santé : entre actions publiques et comportements individuels ». Organisée par l'Injep

Site internet : <http://www.injep.fr/Conference-debat-sur-la-sante-des.html>

4-5 février 2011, Paris

Colloque « Ville, santé et qualité de vie ». Organisé par le Réseau français des villes-santé de l'OMS et la Société française de santé publique.

Site internet : <http://www.sfsp.fr/manifestations/pdf/pre-programme%2024-09-2010.pdf>

17 mars 2011, Méru

Forum territorial du Pays de Thelle Vexin-Sablons. Organisé par le conseil régional de Picardie.

Renseignements : 03 22 97 26 78

24-25 mars 2011, Bordeaux

Demain les Mecs !. 1^{er} rencontres nationales des Professionnels de maisons d'enfants à caractère social. Organisées par l'Andesi.

Site internet : <http://www.demainlesmecs.fr>

11-15 avril 2011, Paris

Prévenir les risques professionnels dans les PME : quelles actions en Europe ? Organisé par Eurogip

Programme : <http://www.eurogip.fr/fr/docs/DebatsEurogip2011.pdf>

Email : eurogip@eurogip.fr

11-15 avril 2011, Bruxelles

Première université de printemps francophone en santé publique. Organisé par l'École de santé publique libre de Bruxelles, Éducation santé, université d'été de Dakar, université d'été de Besançon

Site internet : http://www.ulb.ac.be/esp/univprintemps/doc/UP_annonce.pdf

Email : univprintemps@ulb.ac.be

27-30 juin 2011, Ottawa

Quatrième colloque sur les programmes locaux et régionaux de santé (PLRS). Les artisans du changement. Organisé par PLRS

Site internet : <http://www.plrs-ottawa2011.com/index.html>

De la santé et des territoires

Pascale Échard-Bezault, Datar



La prise en compte des territoires dans les politiques publiques est en œuvre en France depuis les années quatre-vingt. Elle s'est matérialisée par les différentes lois de décentralisation et la déconcentration des pouvoirs de l'État, passant d'un État jacobin et centralisé à une responsabilisation des échelons locaux (collectivités territoriales et services déconcentrés de l'État).

Les territoires évoluent. Ils ne sont plus les mêmes aujourd'hui en France qu'il y a quarante ans. Les territoires les plus riches de cette époque ne sont pas forcément ceux d'aujourd'hui. Les territoires qui, aujourd'hui, ont la progression démographique la plus rapide n'étaient pas les mêmes il y a quarante ans.

Du fait de la mobilité importante des Français et de l'activité qui change selon les territoires, compte tenu aussi de l'allongement de la durée de la vie et du fait que certaines régions attirent beaucoup de retraités, les territoires changent et il faut s'adapter à ces changements. Une extension du mode de vie urbain dans l'ensemble des territoires, y compris les territoires ruraux, parce que des populations urbaines viennent vivre dans les territoires ruraux. La conséquence de tout cela est que les demandes sociales ne sont plus les mêmes.

L'action publique doit donc s'adapter aux spécificités et aux évolutions des territoires. Un territoire est un espace, de dimensions et de problématiques très variables. Un territoire peut être un quartier, une commune, une inter-

communalité, un département, une partie de département, une région, voire une interrégion. La notion est extrêmement large. C'est fonction de l'enjeu auquel on s'intéresse, de l'action que l'on recherche ou de la prestation que l'on attend. La définition d'un territoire est assez variable.

Il y a une interaction importante et permanente entre la santé et l'évolution de nos territoires. En ce qui concerne la santé, les territoires sont par nature liés aux territoires de vie – vie professionnelle et vie personnelle – et font fi des découpages administratifs dès lors qu'ils ne recoupent pas les territoires de vie.

Il faut s'adapter à des conditions parfois très différentes, très inégales. Il faut tirer parti des diversités du territoire pour essayer d'y répondre de la façon la plus pertinente possible. Pour cela il est nécessaire de disposer d'indicateurs à une maille territoriale fine, permettant un diagnostic territorial pertinent pour des politiques publiques coordonnées vers un objectif commun. Cette démarche est en cours, regroupant les différents acteurs et doit se poursuivre pour une harmonisation des dispositifs.

Ce fut l'un des objets du colloque organisé en septembre à Arras à l'initiative des ministres de la santé et de l'aménagement du territoire ainsi que du congrès des ORS qui s'est tenu à Lyon en novembre dernier. Ces deux manifestations ont montré l'intérêt de tous et les efforts à mettre en œuvre pour une action publique de qualité à l'échelle des territoires.



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

N°10, décembre 2010

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), Yassine Chaïb (drjcs), Cécile Dizier (ars), Christine Jaafari (drjcs), Marie-Véronique Labasque (creai), Philippe Lorenzo (or2s), Aline Osman-Rogelet (or2s), Alain Trugeon (or2s).
Mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S décembre 2010