

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°12

juin 2011

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé

- La dépendance : débat national, débat interdépartemental 2

Actualité

- Le plan stratégique régional de santé 3

Brèves

- Les risques psycho-sociaux : entretien avec Gérard Rimbert, sociologue 4

Entretien

- Les risques psycho-sociaux : entretien avec Gérard Rimbert, sociologue 5

Initiative

- Livre blanc *Promotion de la santé et handicap* 6

Focus

- Le PRST 2 : plus qu'un simple plan... 8
- ... un outil opérationnel 9
- Plan régional santé-environnement 10

Données nationales

- Les risques psycho-sociaux 11

Brev'd'Europe

- RAYPRO : base de données de ressources sur l'alcool et de projets pour les jeunes sur l'alcool 12

Europe

- RAYPRO : base de données de ressources sur l'alcool et de projets pour les jeunes sur l'alcool 13

Doc

- Gouvernance de la santé : les acteurs institutionnels 14

Tribune libre

- Santé environnementale 16

Agenda

- 16

Depuis la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, des plans nationaux ont été développés. Ces politiques de santé nationales, pour être efficaces, doivent être relayées localement. C'est pourquoi depuis 2005, en Picardie, et notamment sur le champ de la santé au travail, la Direccte s'est mobilisée en co-construisant avec les partenaires sociaux, les services de santé au travail et les organismes régionaux d'expertise et de prévention des Assises de la santé au travail.

Cette démarche participative a permis d'engager une nouvelle dynamique visant à améliorer durablement la prévention des risques professionnels en rassemblant à travers les déclinaisons régionales les énergies et en fédérant l'ensemble des acteurs.

La collaboration de l'ensemble des acteurs de la santé au travail en Picardie se poursuit désormais autour du plan régional de santé au travail dans le cadre du comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) en articulation avec la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et en complémentarité avec les travaux réalisés dans le cadre de l'observatoire régional de santé au travail.

L'ensemble des partenaires, dont notamment l'ARS et la Dréal, se sont ainsi attachés à rechercher des synergies avec l'ensemble des plans de santé publique et les programmes des acteurs institutionnels de la prévention, à coordonner, déployer et valoriser les actions engagées par les acteurs, mais aussi à mobiliser les organisations professionnelles et syndicales tout en plaçant les acteurs de l'entreprise au centre de la stratégie déclinée.

Les deux objectifs majeurs du Plan santé au travail 2011-2014 visent à diminuer les expositions aux risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles et à développer une politique de prévention active des risques professionnels. Ce plan cible les branches dans lesquelles les risques professionnels sont les plus fréquents et porte une attention accrue aux catégories de travailleurs les plus fragiles.

L'évolution de la société industrielle vers une société de services génère de nouveaux risques appelés plus communément souffrance au travail. De ce fait, la prévention du stress au travail sera l'une des composantes majeures de ce plan santé au travail qui coordonne, pour les quatre années à venir, les actions des partenaires sociaux, des représentants de l'État, des préventeurs et des acteurs des services de santé au travail. L'impact économique des risques psychosociaux est considérable : 50 % à 60 % des journées de travail perdues dans les pays européens leur sont directement ou indirectement imputables. En France, le coût social du stress au travail est estimé entre 830 et 1 656 millions d'euros. Le coût humain est également considérable en termes de souffrance au quotidien pour plus de 27 % des salariés européens. Ces risques psychosociaux recouvrent des réalités multiples. Pour autant, leur approche ne doit pas être dissociée de la démarche d'évaluation des risques, d'une part, et du développement du dialogue social, d'autre part.

Les acteurs picards ont démontré depuis plusieurs années leur mobilisation en faveur de la santé au travail, rejetant une forme de fatalisme qui associerait inéluctablement les progrès techniques et économiques aux maladies et risques professionnels. Cet engagement continue par la démarche participative à la construction de l'outil qui constitue le plan régional santé au travail.

Joël HERMANT
Directeur régional
Direccte

La dépendance : débat national, débat interdépartemental

Amiens a accueilli le 20 avril 2011 le débat interdépartemental sur la dépendance. Tenu dans le cadre du débat national sur la dépendance, il s'est notamment intéressé à la mise en œuvre d'initiatives permettant le maintien à domicile des personnes âgées. Deux tables rondes se sont tenues, l'une portant sur les enjeux du vieillissement, l'autre traitant sur la prise en charge de qualité des personnes âgées dépendantes. La démographie des personnes âgées et la démographie des professionnels de santé auront été les premiers thèmes débattus. Rappelé en introduction par Michel Delpuech, préfet de région, le nombre des plus de 80 ans doublera pour franchir à l'horizon 2040 la barre des 190 000 personnes, contre 80 000 aujourd'hui. Les estimations donnent 33 500 Picards dépendants dès 2020. Il a aussi posé cette évolution démographique en termes sociétaux de solidarité et de relations intergénérationnelles mais aussi dans la démographie des professionnels de santé et des pratiques professionnelles. Pascal Oger, directeur de l'Insee, a informé qu'une déclinaison régionale et départementale de l'évolution de la population picarde à l'horizon 2040 serait disponible. S'appuyant sur ce premier diagnostic, Christophe Jacquinet, directeur général de l'ARS de Picardie, a évoqué les inégalités infra-régionales en matière d'offre de soins, touchant notamment les zones de Laon, de Saint-Quentin, de Soissons, Clermont de l'Oise, Senlis ou l'ensemble de l'arrondissement d'Abbeville. À cet égard, il a rappelé que le projet régional de santé, dont la mise en œuvre est prévue dès 2012, devra promouvoir un «maillage de qualité des territoires». Au cours de la seconde table ronde, Alain Trugeon a confirmé ces inégalités territoriales de santé à l'intérieur de la région, que ce soit pour l'offre de soin ou pour l'état de santé de la population. La première table ronde, sur les enjeux du vieillissement, a

mis l'accent sur les actions expérimentations comme les réseaux de santé. Valérie Ledoux, chef du pôle gérontologique, a présenté le réseau de Noyon, outil à la fois de mesure mais aussi de suivi. Fort d'une centaine de patients, il met en exergue le médecin généraliste comme coordinateur de l'équipe de professionnels autour de la personne dépendante. Elle a rappelé que la dépendance n'était pas liée à l'âge mais à certaines pathologies d'ordre cognitif, qui pourraient être dépistées en amont. Pierre Jouany, du pôle autonomie du CHU d'Amiens, présent à la seconde table ronde, lui a fait écho sur ces deux points et a insisté sur le fait que le réseau de proximité est aussi un gage de qualité et qu'il ne faut pas se soucier du point d'entrée.

Un nouveau contrat social

La création d'un pôle d'excellence sur l'autonomie entre les universités de Picardie Jules Verne et technologique de Compiègne est une autre des initiatives présentées qui devraient permettre de travailler sur l'adaptation de l'environnement aux enjeux du vieillissement par la recherche médicale, la technologie et les transports adaptés.

Le concept de cinquième risque a été l'autre sujet majeur débattu. Jean-Paul Douet, conseiller général de l'Oise, a montré la charge grandissante de la prise en compte de la dépendance et l'état de faillite annoncée des collectivités. Son collègue de l'Aisne, Georges Fourré, l'a réaffirmé au cours de la deuxième table ronde. Il a évoqué aussi la nécessité de réfléchir conjointement à la convergence entre les personnes âgées qui deviennent dépendantes et les personnes en situation de handicap qui vieillissent. Il en a ainsi appelé à un nouveau contrat social. Pour le député Maxime Gremetz, ce nou-

veau contrat social pourrait s'incarner dans la création nécessaire du cinquième risque, sur une base de solidarité nationale et non assurancielle tandis que son collègue Olivier Jardé lui préfère un développement de la CSG. Isabelle Demaison, vice-présidente du conseil général de la Somme, est revenue au cours de la seconde table ronde sur la notion de solidarité nationale, qui, pour elle, serait la seule voie à emprunter en la matière. Pour Thibault d'Amécourt, l'Uniojss serait favorable à la création d'un cinquième risque avec comme enjeu co-latéral, la transformation des maisons départementales des personnes handicapées en maisons départementales de l'autonomie. En ouverture de la seconde table ronde, sur la prise en charge de qualité des personnes âgées dépendantes, Béatrice Grossemey, de la maison des aînés d'Acheux-en-Amiénois, a insisté sur la nécessité de partir du projet de vie de la personne comme premier critère de qualité et le développement nécessaire d'alternatives de prises en charge : maintien à domicile, accueil permanent, de jour ou temporaire. Jean-Claude Bury, membre du conseil économique, social et environnemental, a regretté le manque de visibilité du médico-social et a souhaité la mise en lien de l'offre de soin et du médico-social pour augmenter la qualité du service rendu. Dans cet objectif, Isabelle Demaison a soutenu qu'une réflexion soit engagée sur la prévention, l'autonomie, le dépistage. Elle a aussi demandé que le débat de l'aménagement des villes soit posé d'une manière globale, au croisement entre le social et le sanitaire.

En conclusion de la journée, Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, a replacé le débat sur la dépendance à un niveau sociétal et non seulement technique ou économique, même si l'enjeu du financement est primordial. Les expérimentations présentées, tout comme le débat qui les a suivies, l'ont amené à dire qu'il fallait nécessairement une meilleure orientation des personnes, la fin de ce qu'elle a appelé «un véritable parcours du combattant» et un soutien à la solidarité intrafamiliale pour lutter contre la perte d'autonomie.

Après le colloque national qui a ouvert le débat national sur la dépendance (février 2011) et la mise en place de quatre groupes de travail nationaux, les colloques inter-départementaux ou inter-régionaux en constituent le troisième volet. La synthèse de chacun des débats en région sera incluse dans le rapport final sur la dépendance à paraître au cours du second semestre.



Plan stratégique régional de santé - PSRS

Le projet du plan stratégique régional de santé 2012-2017 (PSRS) définit la stratégie régionale de l'ARS de Picardie pour les cinq prochaines années. Il a été élaboré par l'agence régionale de santé (ARS) dans une large concertation tant auprès des partenaires institutionnels de l'ARS que des acteurs de la démocratie régionale de santé. La conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) a été invitée le 11 mai à examiner le projet et a rendu un avis favorable le 29 juin de même que le conseil de surveillance lors de sa séance du 5 juillet 2011.

Les agences régionales de santé doivent définir leur stratégie et déterminer l'organisation de leurs actions pour les cinq années à venir dans un document appelé « projet régional de santé » (décret 2010-514 du 18 mai 2010). Ce projet régional de santé recouvre l'ensemble des domaines de compétences de l'ARS à savoir la prévention, les soins ambulatoires et hospitaliers et le médico-social.

Conformément au décret du 18 mai 2010, le projet régional de santé se compose de plusieurs documents :

- un plan stratégique régional de santé (PSRS) qui définit la stratégie régionale de l'ARS ;
- des schémas régionaux (prévention, soins, médico-social) qui sont la déclinaison concrète du PSRS. Ces schémas fixent, sur la base des orientations stratégiques définies dans le plan stratégique régional de santé, l'organisation de l'offre de santé en prévention, des soins de premiers recours, ambulatoires et hospitaliers et du médico-social. En plus des schémas prévus par le décret, l'ARS de Picardie a acté pour se doter de deux schémas supplémentaires : un schéma « Télésanté » et un schéma « Addictologie » ;
- des programmes (Praps, Priac, Télémedecine et PRGDR) identifiant la planification des moyens et des actions à mener pour mettre en place les organisations établies dans les schémas.

Le plan stratégique régional de santé (PSRS)

Première étape du projet régional de santé, le plan stratégique régional de santé est un document transversal et synthétique servant de base de référence pour l'élaboration des schémas régionaux. Il permet d'assurer la transversalité entre les différents domaines couverts par l'activité de l'ARS ainsi que d'avoir une lisibilité sur la politique menée par l'ARS de Picardie.

Sur la proposition du Comité national de pilotage des ARS, la réflexion sur la politique régionale de santé s'est orchestrée en Picardie autour de cinq domaines : 1- la périnatalité et la petite enfance, 2- la santé mentale, 3- le handicap et le vieillissement, 4- les maladies chroniques, 5- les risques sanitaires.

Pour élaborer ce plan stratégique régional de santé, l'ARS de Picardie a souhaité que l'ensemble de ses partenaires soit concerté et puisse apporter sa contribution. Ainsi, la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), ses commissions spécialisées et les conférences de territoires ont pu, à travers de nombreux groupes de travail, soumettre des contributions à l'ARS, contributions qui ont largement orienté le contenu du plan stratégique régional de santé. L'ARS a également constitué des groupes régionaux réunissant des collaborateurs de l'ARS et des personnes qualifiées extérieures à l'ARS. Cette concertation s'est traduite par plus de cent trente réunions et plus de trois cents interlocuteurs.

Ainsi, le PSRS est le fruit d'une très large concertation souhaitée et organisée par l'Agence.

Le projet de plan stratégique régional de santé de l'ARS de Picardie se compose de quatre parties :

- un préambule qui remplace le PSRS dans un cadre général ;

- un diagnostic qui établit un état des lieux de la santé des Picards et de l'offre de santé disponible en Picardie ;

- une stratégie qui détermine des priorités et orientations vers lesquelles doit tendre l'ARS ainsi que les axes stratégiques à disposition pour y parvenir ;

- une conclusion présentant les modalités de l'évaluation du projet régional de santé.

Le préambule rappelle que la politique régionale de santé s'inscrit dans les trois priorités définies par la politique nationale de santé que sont 1- l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, 2- la promotion de l'égalité devant la santé et 3- le développement d'un système de qualité accessible et efficient. Il fixe comme principes que la personne doit être au cœur du dispositif de santé et que les droits et les devoirs des usagers doivent être connus.

Il établit trois enjeux de la politique régionale de santé de Picardie : 1- réduire les inégalités territoriales et sociales, 2- assurer l'accès aux soins, la qualité et l'efficacité du système de santé dans un esprit renforcé de coordination entre les acteurs, 3- mettre en œuvre une politique territorialisée. Le diagnostic présente, à travers de nombreux indicateurs, l'état de santé de la population, son besoin de prise en charge et l'offre de santé (prévention, soins et médico-social) disponible actuellement pour y répondre. En complément des cinq livrets territoriaux parus lors de la définition des territoires de santé, le diagnostic du PSRS positionne, pour chaque indicateur, la Picardie et chaque territoire de santé par rapport à la situation de la France hexagonale.

La Picardie est caractérisée par une population relativement jeune mais dont le niveau socio-économique est relativement bas.

En parallèle, la Picardie présente des indicateurs en matière de santé peu satisfaisants. La région présente le deuxième taux de mortalité par cancers le plus important des régions de France après le Nord - Pas-de-Calais, le deuxième taux de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire le plus important après le Nord - Pas-de-Calais, ou encore le troisième taux de personnes de 18 ans et plus en situation d'obésité. Face à ce constat difficile, la région picarde affiche un équipement relativement bien doté par rapport à d'autres régions même si des disparités existent entre territoires de santé et entre modes de prise en charge. L'enjeu majeur que représente pour la région la démographie des professionnels de santé est confirmé par ce diagnostic. À titre d'exemple, la région est souvent dans les dernières positions des régions françaises pour les médecins spécialistes libéraux ou encore les masseurs-kinésithérapeutes...

La stratégie

Au regard de cet état des lieux, l'ARS a déterminé, pour les cinq années à venir, trois grandes priorités stratégiques qui se déclinent chacune en deux orientations régionales :

- Améliorer l'accès à la santé, priorité qui se décline en deux orientations : 1- Adapter l'offre de santé aux besoins de la population afin que chacun soit pris en charge ou

accompagné tel que son état de santé le requiert, 2- Faciliter une prise en charge et un accompagnement de proximité ;

- Renforcer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement qui passe par 1- Assurer la continuité du parcours de santé et éviter au maximum toute rupture dans la prise en charge des usagers du dispositif de santé, 2- Assurer la sécurité des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ;

- Améliorer la qualité de vie ce qui nécessite de 1- Favoriser le maintien en milieu de vie le plus souvent possible quand son état de santé le permet et que la personne en fait le choix. Rester à domicile, être scolarisé ou avoir une activité professionnelle au sein du dispositif de droit commun en évitant d'intégrer un dispositif spécialisé, tel est l'objectif, 2- Sécuriser l'environnement de la population, qu'il s'agisse de la qualité de l'air, de l'eau ou de l'habitat mais aussi de limiter le risque de contagions.

En complément et afin de tendre vers ces priorités et ces orientations stratégiques, l'ARS a identifié neuf axes stratégiques : 1- Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain afin que chacun agisse, le plus souvent, dans le cadre d'objectifs communs ; 2- Diversifier et graduer les modes de prise en charge de la population au regard de ses besoins et des moyens disponibles ; 3- Agir sur la démographie des professionnels de santé ; 4- Développer la promotion de la santé afin que les Picards soient acteurs de leur santé ; 5- Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé ; 6- Accompagner les aidants dans leurs actions auprès de personnes ayant besoin d'une prise en charge ou d'un accompagnement ; 7- Assurer le respect des normes et des référentiels quant à la prise en charge et l'accompagnement des personnes ; 8- Développer le partage d'informations entre les professionnels de santé et la population ainsi qu'entre professionnels de santé ; 9- Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale afin d'objectiver au mieux les besoins de santé de la population et la capacité du dispositif de santé à y répondre.

Ces neuf axes peuvent tous contribuer à atteindre les objectifs que représentent les priorités et orientations stratégiques. La manière de les mettre en œuvre dans la région fera l'objet de réflexion et d'arbitrage lors de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation.

Conformément au décret 2010-514 du 18 mai 2010, le projet de plan stratégique régional de santé doit être soumis à l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, instance de démocratie régionale puis du conseil de surveillance, instance de gouvernance et de pilotage de l'ARS.

Saisie le 11 mai dernier, la CRSA a rendu un avis favorable le 29 juin. Le 5 juillet, le conseil de surveillance étudiera le projet et rendra son avis en séance.

Le PSRS de l'ARS de Picardie devrait être publié dans le courant le mois de juillet 2011.

Gaëlle RABOYEAU

Chargée de mission

Sous-direction de la stratégie régionale de santé

ARS de Picardie

Un quatrième plan douleur

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) recommande que soit élaboré un quatrième Plan douleur afin de poursuivre l'engagement des pouvoirs publics et donner un nouveau souffle aux actions dans ce champ, dans un rapport mis en ligne le 24 mai dernier.

C'est la conclusion que fait le HCSP à l'issue de l'évaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 que lui avait demandé la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en mai 2010.

Le HCSP recommande que la gouvernance du plan soit améliorée et demande un pilotage par un comité de suivi associant professionnels médicaux et non médicaux et représentants des associations de malades. Il aura pour mission de «suivre et promouvoir chacun des axes du plan» et d'assurer l'articulation entre les échelons national et régional en s'appuyant sur des groupes de travail.



Labellisation Droits des patients

Les droits des usagers sont reconnus depuis 2002, cependant leur existence et leur usage méritent d'être plus largement diffusés. C'est pourquoi le ministère chargé de la Santé a consacré l'année 2011 *Année des patients et de leurs droits*. Dans ce cadre, l'ARS de Picardie et la commission de la CRSA spécialisée dans le domaine des droits des usagers ont lancé en région, le 11 mai dernier, le concours *Droits des patients et des usagers*. Une sélection régionale puis nationale des meilleurs projets, avec remise de prix, clôturera cette Année.

Les projets pouvant concourir devront avoir reçu le label *2011 année des patients et de leurs droits* qui vise à identifier des expériences traduisant un engagement dans la promotion des droits des usagers. Le label est ouvert à tous les acteurs du système de santé qui souhaitent engager une action exemplaire dans le domaine de la promotion des droits : égalité d'accès aux services de santé, qualité des prises en charge, respect de la dignité de la personne.... Les projets sont à déposer avant le 30 septembre 2011 auprès de l'ARS de Picardie, sous-direction de la démocratie régionale de santé.

Toutes les informations concernant ce concours sont sur le site internet de l'ARS onglet « Parcours, droits et devoirs des usagers », rubrique « Droits des patients et des usagers ».

Un tiers des bébés sont exposés au tabac in utéro

L'association DNF, avec le soutien du ministère de la Santé, a mené une étude inédite sur les perceptions et les comportements des femmes enceintes face au tabac. Plus de 1 500 messages de mamans, fumeuses ou non, intervenant sur le sujet du tabac dans les forums de discussion internet ont été recensés. Parallèlement, en partenariat avec le site internet www.magicmaman.com, une enquête on-line a été menée. Selon l'analyse de l'observatoire des perceptions et des comportements de la femme enceinte face au tabac sur internet, il est clairement établi que les futures mamans fumeuses sous-estiment majoritairement les dangers du tabac pour leur bébé. Si de manière globale elles considèrent que fumer est dangereux, elles ignorent –ou contestent– les vrais risques que fait peser le tabac sur le bon déroulement de leur grossesse et sur la santé de leur enfant.



Plateforme sanitaire et sociale Colloque sur la santé des jeunes

8 décembre 2011, Oise



La *Plateforme sanitaire et sociale de Picardie* organise le 8 décembre dans l'Oise un colloque sur la santé des jeunes. Un large portrait sera brossé à partir des données recueillies par l'Insee, le conseil général de l'Oise et l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie. Seront ainsi développés les résultats du Portrait des jeunes de l'Oise (Insee, conseil général de l'Oise), du Baromètre santé des jeunes et de Jesais (OR2S, rectorat).

Les participants auront à s'interroger sur la relation entre le processus de recueil d'information, quantitatif ou qualitatif, et le processus d'action. Quelques exemples - pratiques sportives, grossesses adolescentes, logement des 16-21 ans, jeunes sous main de justice – permettront de rendre compte de l'incarnation des inégalités sociales et de santé dans la région et des dynamiques mises en place pour les enrayer.

Colloque régional Environnement-santé

14-15 octobre 2011 – Amiens (Mégacité)



Les vendredi 14 et samedi 15 octobre 2011, la région Picardie organise un colloque Environnement-santé. Au programme, des rencontres et des échanges pour initier une dynamique autour de la politique régionale environnement-santé et travailler de manière concertée sur un plan d'actions à déployer et ses conditions de mise en œuvre.

L'objectif est d'apporter des solutions concrètes aux Picards en matière de santé publique. Trois domaines d'intervention qui concernent directement la vie quotidienne des Picards seront abordés : l'alimentation saine, la qualité de l'environnement intérieur et la nouvelle approche du risque toxique (notamment au travail).

Le vendredi 14 octobre, de 9h00 à 17h00

Une journée dédiée aux professionnels (recherche, santé, travail, environnement, alimentation, bâtiment...) et aux étudiants avec l'intervention de chercheurs et experts régionaux et nationaux.

Le samedi 15 octobre, de 9h30 à 12h30

Des temps d'échanges ouverts au grand public, consacrés au rôle et à la place des citoyens dans la mise en œuvre de la politique Environnement-santé en Picardie.

Programme et inscriptions sur www.picardie.fr/colloque-environnement-sante

Les risques psycho-sociaux

Entretien avec Gérard Rimbert, sociologue

Les risques psycho-sociaux sont aujourd'hui au centre des préoccupations de la santé au travail comme de la santé publique. Entretien avec Gérard Rimbert, docteur en sociologie de l'EHESS et universitaire, responsable adjoint du pôle RPS du cabinet Technologia.



Plateforme sanitaire et sociale : Comment peut-on définir les risques psychosociaux au travail ?

Gérard Rimbert : Comme tout risque professionnel, c'est une situation liée au travail qui présente un danger pour la santé physique ou mentale du salarié. Aux côtés des risques industriels classiques (amiante, bruit élevé, gestes répétitifs...), on trouve l'organisation et le management, qui peuvent entraîner des dépressions, des conflits, du stress aigu... Le droit du travail fait obligation à l'employeur de préserver la santé du salarié, injonction à la fois forte (« obligation de résultat ») et... très vague. Une différence notable existe entre les risques psychosociaux et les autres risques professionnels : pour les premiers, il est très difficile de vérifier que cette obligation est respectée.

Plateforme : Quels sont les principaux facteurs de risque ?

G. R. : Les risques psychosociaux s'apprécient aussi bien selon les symptômes que selon les facteurs. Côté facteurs, on distingue ce qui relève de l'autonomie (usages des compétences, marges de manœuvre), de la charge de travail (morcellement, intensité...), du soutien social (aide technique et morale des collègues et hiérarchique), de la reconnaissance (symbolique, statutaire, financière) et du sens du travail (fierté professionnelle, acceptation morale...). Ces facteurs synthétisent des déterminants plus concrets : modes d'évaluation, circulation de l'information, horaires de travail, formation, etc. Ces facteurs sont la plupart du temps collectifs, mais s'incarnent parfois dans des individus précis, comme pour le harcèlement moral. Cela dit, la réalité du terrain montre que le collectif n'est jamais loin : il n'y a pas vraiment de prédisposition au harcèlement, mais plutôt des situations de travail qui favorisent l'apparition d'attitudes négatives prenant de l'ampleur quand l'organisation ne pose pas de garde-fous.

Plateforme : Quels sont les effets sur la santé ?

G. R. : Les choses vont du plus bénin au plus dramatique (suicide, homicide, infarctus...), du plus immatériel (honte de soi, perte de confiance) au plus physiologique (cancer, troubles du sommeil, perte de cheveux). L'altération du collectif s'exprime dans la multiplication des formules comme « mauvaise ambiance » ou « tensions dans le travail », quand le climat social se dégrade (encore que l'absence de toute protestation ne soit pas forcément un signe de paix sociale !).

Les risques psychosociaux sont récemment devenus une véritable question de santé publique.

Plateforme : Comment expliquer cette nouveauté ?

G. R. : La médiatisation récente autour des suicides au travail fait un peu oublier que le stress au travail n'est pas nouveau. Il y a un fort décalage entre le temps de prise de conscience par les acteurs de la prévention et le moment où la chose vient à l'esprit des dirigeants (des grandes entreprises, de l'État). Seconde raison, à l'image des labels écolos comme argument marketing, l'attention aux conditions de travail est une façon de rassurer les salariés quand les entreprises ne sont plus guère en mesure de promettre grand-chose côté rémunération et sécurité de l'emploi. Néanmoins, tout ne peut pas s'expliquer par un changement de regard. Quatre phénomènes majeurs ont bouleversé le monde du travail depuis une trentaine d'années : l'individualisation de l'évaluation alors que les travailleurs sont toujours plus interdépendants, les nouvelles technologies qui rendent l'activité hyper-contrôlable tout en brisant les collectifs et la frontière professionnel/privé, l'internationalisation qui met les centres de décision hors de portée de ceux qui en supportent les conséquences et enfin la financiarisation de l'économie qui substitue aux politiques industrielles et commerciales de moyen et long terme des stratégies de rentabilité financière à très court terme.

Plateforme : Tous les travailleurs sont-ils exposés de manière identique selon leur position professionnelle, leur secteur d'activité, la taille de leur entreprise, etc. ?

G. R. : Sans surprise, les travailleurs les plus précaires et les moins qualifiés sont les plus exposés. Cela dit, les postes à responsabilité engendrent des souffrances spécifiques (stress aigu, temps de travail étendu à l'infini). Mais en fin de compte, la population la plus « abîmée » est sans doute celle aux petites responsabilités, qui ne bénéficie ni d'une certaine insouciance et d'horaires de travail protecteurs, ni d'un sentiment d'épanouissement et d'une forte autonomie.

À chaque secteur son profil de risque psycho-social : dans la prestation informatique, on est évalué par des inconnus et on craint par-dessus tout l'intermission ; à l'hôpital, on croule sous les tâches au point de ne pas boire un verre d'eau de la journée afin de ne pas « abandonner » les patients ; dans la vente, on est sommé de vendre même l'inutile, de

ne pas perdre de temps en conseils trop raffinés... La taille de l'entreprise ne joue pas vraiment même si les gros établissements offrent souvent des avantages sociaux appréciables (vacances de CE par exemple). Mais, d'un autre côté, les petites entreprises offrent la possibilité de régler certaines difficultés de façon cohérente, sans être dépendantes de décideurs inaccessibles car trop lointains.

Plateforme : Quels sont les différents niveaux de prévention ?

G. R. : On distingue trois types de prévention. La prévention primaire consiste à rechercher les facteurs professionnels de la souffrance, afin de les réduire voire de les éliminer. On agit pour supprimer les causes. La prévention secondaire consiste à limiter, voire empêcher les effets des troubles professionnels, en évitant l'exposition aux facteurs de risque, mais sans les supprimer. La prévention tertiaire consiste à prendre en charge les effets des troubles professionnels. Dans ce dernier cas, on ne cherche ni à supprimer les facteurs de risque ni à réduire l'exposition à ces facteurs, mais à « soigner » les effets des troubles en mettant en place une cellule d'écoute psychologique, par exemple.

Plateforme : Quels sont les principaux leviers d'action ?

G. R. : La difficulté est de faire comprendre qu'il n'y a ni méchants harceleurs ni salariés fragiles incapables de supporter le monde du travail. C'est l'organisation qui doit être changée, mais il est vrai que pour cela les décideurs et les élus du personnel doivent se rejoindre sur un minimum de points du diagnostic et des moyens d'agir. Ceux-ci relèvent de préférence de la prévention primaire, et consistent pour l'essentiel à combattre les obstacles au travail bien fait tel que le conçoivent les salariés. Un plan d'action en matière de prévention des risques psychosociaux n'a pas pour fonction d'aller contre la recherche de la performance, et plus largement, contre les intérêts de l'entreprise. Il s'agit bien au contraire de trouver les points de convergence entre ces deux familles d'intérêt. La précision et l'exhaustivité des diagnostics fournissent la matière pour des propositions opérationnelles, au plus près du terrain.

Propos recueillis par Rémy CAVENG
Université de Picardie Jules Verne

Livre blanc *Promotion de la santé et handicap*

Ce Livre blanc présente quatorze préconisations pour développer des programmes éducatifs en promotion de la santé en établissements médico-sociaux. Résultant de deux années de concertation, il est écrit sous la coordination des Ireps des Pays de la Loire, de Champagne-Ardenne et de Picardie et de l'Observatoire de la santé du Hainaut.

L'ambition affichée de ce *Livre blanc* est de présenter des préconisations permettant d'assurer une meilleure prise en compte des jeunes en situation de handicap mental ou atteints d'une déficience intellectuelle, accueillis en institution par la mise en œuvre d'actions ou de programmes de promotion de la santé. En France comme en Belgique, la volonté de mettre en place de tels initiatives est de plus en plus visible. En France, la création des agences régionales de santé (ARS), avec un périmètre d'intervention comprenant la promotion de la santé et le médico-social, peut le favoriser et faciliter le rapprochement entre les deux secteurs.

Quatorze préconisations comme points de vigilance

Les quatorze préconisations de ce *Livre blanc* sont issues d'une consultation dans le secteur médico-social et dans celui de la promotion de la santé. Elles reposent sur un travail d'observations et d'entretiens, éclairé d'une approche de la sociologie des organisations. Elles ont été validées lors d'un processus de consultation auprès de directeurs et directrices d'établissements médico-sociaux, d'experts, de décideurs, de professionnels de la promotion de la santé. Elles mettent en évidence les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un programme de promotion de la santé dans un établissement relatives, tant au fonctionnement institutionnel qu'à la culture d'entreprise qu'à la participation des personnes accueillies elles-mêmes.

Méthodologie : du Livre vert au Livre blanc

Le Livre blanc *Préconisations pour le développement de programmes de promotion de la santé en IME* a été rédigé à partir d'une démarche collaborative entre des établissements médico-sociaux, les Ireps, Creai et agences régionales de santé des régions de Pays de la Loire, Champagne - Ardenne et Picardie, l'Observatoire de la santé du Hainaut (Belgique), l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapée (Awiph), les fédérations ou associations nationales des associations gestionnaires - Apajh, Pep, Unapei et Trisomie France 21 - le Centre technique national d'études et de recherches sur le handicap et les inadaptations (CTNERHI), l'École des Hautes études en santé publique (EHESP) et la la Caisse nationale de la santé et de l'autonomie (CNSA).

Un *Livre vert* a été rédigé, présentant les préconisations issues des observations et entretiens réalisés en intituts médico-éducatifs (IME) et de la revue de littérature internationale. Une consultation par méthode Delphi a permis à près d'une cinquantaine d'experts de réagir à des préconisations et de les enrichir de leurs commentaires. Une dizaine d'entretiens complémentaires a permis d'affiner les critères de faisabilité des préconisations. L'ensemble de cette démarche a donné le *Livre blanc*.

Pour autant, le *Livre blanc* n'est pas un guide méthodologique pour mener des actions en établissement. Son objectif est bien de mettre en exergue un certain nombre de points de vigilance, de repères, qui peuvent aider les professionnels des deux champs à mieux se connaître et à mieux travailler ensemble.

Il doit être vu comme un soutien dans un processus au cœur d'un environnement en mutation. La promotion de la santé, telle que définie par la Charte d'Ottawa en 1986, permet très certainement de mieux appréhender les enjeux qui sont aujourd'hui ceux du secteur médico-social, tels que l'empowerment, la participation des personnes à la construction de leur devenir, la reconnaissance de leur citoyenneté... Elle permet de mettre en valeur les capacités physiques et les ressources sociales et individuelles pour que tout un chacun, quel qu'il puisse être, prétende à un certain contrôle de sa vie et de son milieu de vie.

Œuvrer dans la transversalité

Les lois de 2002 et de 2005 sur l'action sociale et la reconnaissance de la participation et de la citoyenneté des personnes en situation de handicap, tout comme la loi portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST, 2009), imposent de nouvelles règles de gouvernance et un nouveau paradigme dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Les programmes éducatifs devraient rencontrer les besoins des personnes déficientes

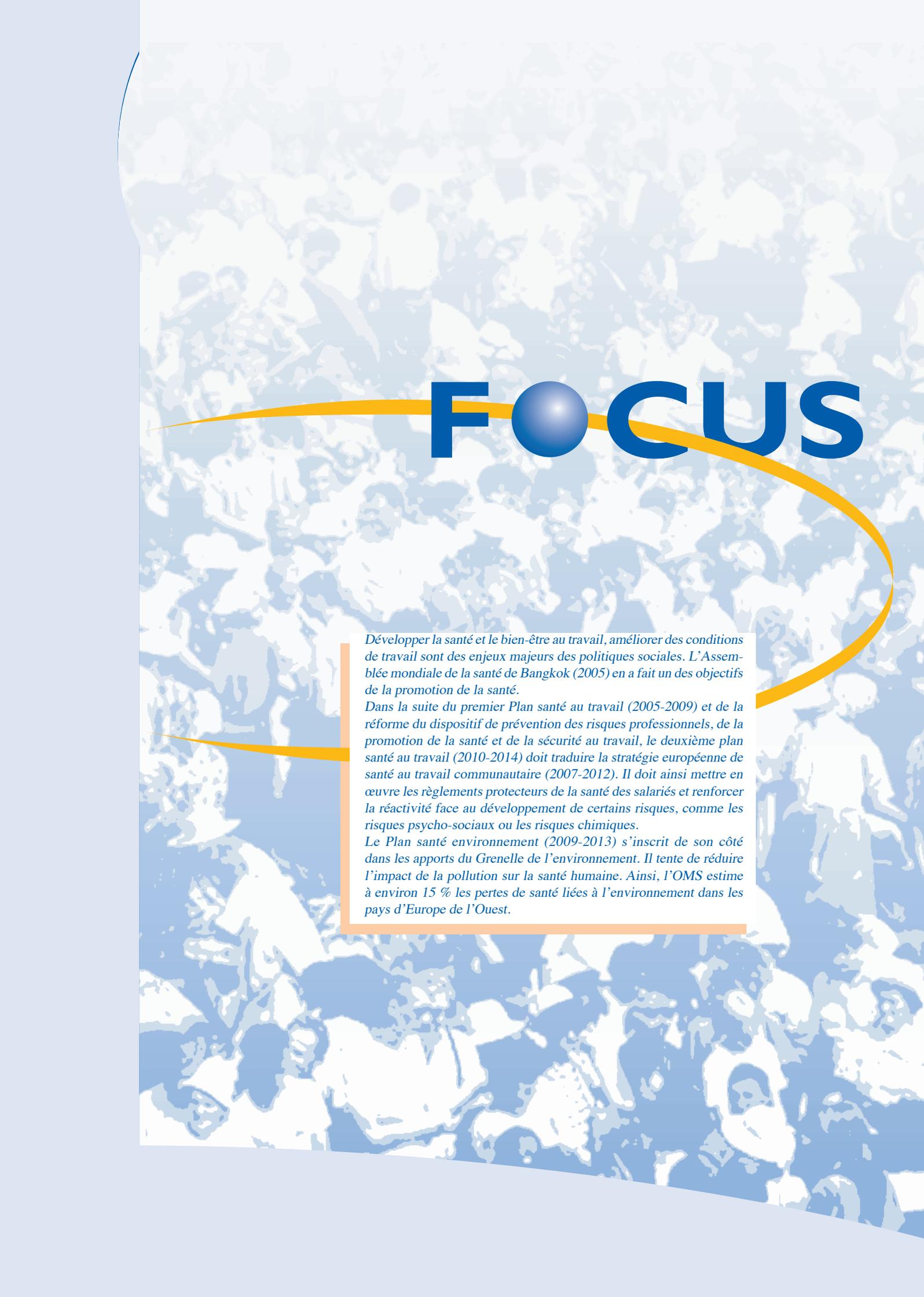
mentales en leur permettant d'exprimer, par exemple, leur vitalité, leur affectivité et leur sexualité. Le processus éducatif doit reconnaître le sujet dans sa réalité propre : avec ses manques et ses limites, mais aussi dans ses désirs et ses plaisirs.

L'un des maîtres mots de ces réformes, implicite ou explicite, est certainement celui de la transversalité, s'appuyant sur une vision globale de la personne, de son accompagnement et de son inclusion dans la société. Ce *Livre blanc* offre un espace de réflexion et d'action pour une approche intégrée, transversale entre les acteurs du médico-social et ceux de la promotion de la santé.

L'objectif recherché par ces quatorze préconisations est de montrer que l'implantation et le développement de programmes de promotion de la santé, quelles que soient les populations auxquelles on s'adresse, ne s'improvisent pas. Il faut en connaître et en respecter les spécificités. Cela nécessite des processus d'élaboration et de planification de programmes appropriés aux caractéristiques de la situation ; de respecter des règles, autant éthiques que méthodologiques, résultant d'un dialogue entre les équipes médico-sociales et celles de promotion de la santé. Il s'agit bien d'entrer un processus de co-construction et de co-apprentissage avec des savoir-faire à valoriser et des compétences à renforcer.

Le travail conjoint des professionnels du médico-social et de promotion de la santé peut ainsi devenir une ressource pour une co-construction du parcours de vie des personnes en situation de handicap et leurs familles ou représentants légaux pour qu'elles soient non seulement actrices mais aussi auteurs de leur vie.





FOCUS

Développer la santé et le bien-être au travail, améliorer des conditions de travail sont des enjeux majeurs des politiques sociales. L'Assemblée mondiale de la santé de Bangkok (2005) en a fait un des objectifs de la promotion de la santé.

Dans la suite du premier Plan santé au travail (2005-2009) et de la réforme du dispositif de prévention des risques professionnels, de la promotion de la santé et de la sécurité au travail, le deuxième plan santé au travail (2010-2014) doit traduire la stratégie européenne de santé au travail communautaire (2007-2012). Il doit ainsi mettre en œuvre les règlements protecteurs de la santé des salariés et renforcer la réactivité face au développement de certains risques, comme les risques psycho-sociaux ou les risques chimiques.

Le Plan santé environnement (2009-2013) s'inscrit de son côté dans les apports du Grenelle de l'environnement. Il tente de réduire l'impact de la pollution sur la santé humaine. Ainsi, l'OMS estime à environ 15 % les pertes de santé liées à l'environnement dans les pays d'Europe de l'Ouest.

Le plan régional de santé au travail (PRST 2) vient d'être arrêté. Il couvre la période 2011-2014 et succède au PRST 1 (2005-2009). Afin de structurer de manière opérationnelle le plan, la Picardie a opté pour la mise en place de comités techniques (Cotec) en charge de l'animation de douze thématiques.

Le plan régional santé au travail 2011-2014 (PRST 2) est une nouvelle étape pour faire progresser la prévention des risques professionnels en Picardie. Le développement de la santé, du bien-être au travail et la réduction de la pénibilité sont des enjeux majeurs pour les salariés à tous les âges de la vie, les entreprises et la vitalité des territoires. Il succède au PRST 1 (2005-2009) dont la mise en œuvre a donné une visibilité des objectifs en matière de santé et de sécurité au travail en fédérant l'ensemble des acteurs à travers une dynamique qui visait l'amélioration durable de la prévention des risques professionnels.

Le PRST 2 a été construit dans la continuité du précédent. La démarche participative, élaborée dans le cadre du comité régional de la prévention des risques professionnels (CRPRP), a donc été reconduite en renforçant et en élargissant les partenariats régionaux. Ce plan s'appuie sur le diagnostic régional de l'*Atlas de la santé au travail*. Il identifie les priorités d'actions partagées en recherchant des synergies avec l'ensemble des différents plans régionaux (Plan cancer 2, Plan national santé-environnement 2...).

La réflexion ainsi engagée a permis de retenir les axes suivants :

- une approche sectorielle où l'activité et les risques sont importants en Picardie (BTP, services d'aide à la personne) ;
- une approche par population particulière de travailleurs (seniors, intérim) ;
- une approche pluridisciplinaire par risque professionnel, en particulier les risques psychosociaux, les risques chimiques, notamment cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) et neurotoxiques, et les troubles musculo-squelettiques (TMS) ;
- une approche transversale traitant notamment de la connaissance, de la formation et de la communication aux entreprises et à leurs salariés ;
- l'accompagnement des entreprises, notamment de moins de cinquante salariés, dans leurs actions de prévention à travers la démarche d'évaluation des risques professionnels ;
- la coordination des différents partenaires des services de santé au travail dans la stratégie régionale de prévention.

Le plan régional santé au travail 2011-2014 de la région Picardie, plus qu'un simple plan, est un outil opérationnel, actualisé réguliè-

rement en fonction des priorités identifiées par le CRPRP. Il a pour objectif de donner un signal fort aux entreprises et aux salariés des territoires de la région : la prévention des risques et la préservation de la santé des salariés sont les conditions d'une performance économique durable.

Le vieillissement démographique constitue un problème préoccupant auquel les acteurs de l'entreprise sont confrontés et devront trouver des réponses adaptées.

Dans un environnement de plus en plus complexe, les entreprises, notamment les PME et les TPE, ont besoin d'être accompagnées pour assurer les meilleures conditions de travail aux salariés.

Dans cette perspective, le PRST 2 s'avère être un instrument utile aux acteurs de l'entreprise, employeurs et salariés. Il est le fruit d'un travail collectif et des efforts conjugués des préventeurs et professionnels de santé visant à valoriser les bonnes pratiques pour réduire la pénibilité et promouvoir le bien être au travail.

Un bilan du PRST 1 positif

Les points forts : partenariats, pluridisciplinarité et connaissance

Le PRST 1 a permis l'amélioration d'une approche globale et pluridisciplinaire de la santé au travail, à la fois par le décloisonnement et par la création des comités techniques. Le travail au travers de ces comités a été jugé très important car il a permis aux acteurs de développer des partenariats.

De nombreuses actions mises en place constituent un premier pas vers une culture com-

mune et une meilleure connaissance des différents partenaires.

L'affichage de priorités régionales identifiées par le comité régional de préventions des risques professionnels (CRPRP) a permis de mobiliser et de fédérer les acteurs régionaux sur le champ de la santé au travail.

Le PRST 1 a notamment contribué à mieux faire connaître le contexte sanitaire des territoires, et a concouru à rassembler et analyser des données jusqu'ici éparées, détenues par les préventeurs. Il a permis d'identifier les disparités et les spécificités locales en termes de risques. Ce travail a notamment abouti à l'édition de l'*Atlas régional 2009 de la santé au travail en Picardie*.

Les axes d'amélioration de la santé au travail en Picardie pour 2011 à 2014

Douze thématiques forment le PRST 2, chacune chapeautée par un comité technique (Cotec). Les bénéficiaires d'un travail en Cotec sont notamment l'opérationnalité des actions sur le territoire et la définition d'objectifs communs permettant des synergies entre les différents acteurs de la prévention de la santé au travail.

Connaissance, communication, formation

L'objectif est d'organiser au mieux les systèmes d'information, de recenser les offres de formation et d'identifier les besoins. Une vue globale et synthétique de la santé au travail dans la région et des dispositifs de formation contribue ainsi à mieux faire connaître le contexte économique, social et sanitaire.



L'information territorialisée étant un élément fondamental de la connaissance d'une région et de l'aménagement des territoires, il est essentiel de la faire partager aux partenaires et de la mettre à la disposition du plus grand nombre. Pour ce faire, des assises territorialisées sur le thème de la santé au travail sont programmées en octobre 2011 dans les trois départements picards. Ces rencontres départementales seront orientées prioritairement vers les acteurs de l'entreprise pour communiquer largement sur les enjeux de la santé au travail, les actions menées et les résultats obtenus dans la région.

Le secteur du BTP

La détermination des thématiques prioritaires d'action se fonde sur les priorités nationales et le cadre stratégique régional défini par le CRPRP (chute de hauteur, évaluation des risques professionnels, troubles musculo-squelettique, risque chimique), d'une part, et sur la typologie des entreprises et l'analyse de la sinistralité, propres à la région, d'autre part. L'axe «TPE/PME» a été légitimement retenu car ces entreprises représentent plus de 98 % des entreprises de moins de cinquantes salariés et 90 % des accidents du travail du secteur du BTP.

Les services à la personne

Pour répondre au vieillissement de la population et à l'évolution sociétale qui privilégie de plus en plus le maintien à domicile, les métiers de l'aide et des soins à domicile se développent rapidement et se diversifient. Les indicateurs de sinistralité des accidents du travail (indice et taux de fréquence) sont plus élevés que pour l'ensemble des activités. L'enjeu est d'associer amélioration de la prestation offerte à domicile et maîtrise des risques professionnels.

Les seniors

Les évolutions annoncées, tel que le recul de l'âge légal de la retraite, vont tendre à mettre sur le devant de la scène la question du maintien dans l'emploi des seniors. Aujourd'hui, les conditions de travail peuvent occasionner des difficultés à maintenir en emploi ces salariés. La réduction de la pénibilité est alors un enjeu majeur de l'emploi des seniors. Inciter au maintien dans l'emploi des seniors, c'est aussi développer leurs compétences tout au long de la vie et aménager leur fin de carrière :

développer la pratique du tutorat dans l'entreprise, le passage à temps partiel ou la retraite progressive, utiliser le compte épargne temps.

L'intérim

Les salariés intérimaires sont exposés à plusieurs facteurs de risque liés notamment au manque de formation, à la non adéquation voire à l'absence d'équipements de protection individuelle, à l'affectation sur un poste différent de la demande...

On constate que la fréquence et la gravité des accidents du travail chez les intérimaires sont nettement plus élevées que dans la population globale des travailleurs.

Une évolution de la gestion de la santé et de la sécurité des intérimaires ne pourra se réaliser qu'en agissant avec les différents acteurs de l'intérim.

Les PME et TPE

L'évaluation des risques professionnels est souvent vécue comme une obligation légale sans autre intérêt pour l'entreprise que celui d'être en règle en cas de contrôle. Pourtant cette évaluation est la première étape d'une démarche de prévention efficace qui peut s'avérer tout à fait bénéfique pour l'entreprise. Une information et une sensibilisation des acteurs de l'entreprise salariés seront l'essentiel de la démarche engagée dans ces entreprises.

Les cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques (CMR)

Les produits chimiques peuvent présenter des effets nocifs pour la santé humaine et plus particulièrement les CMR. La priorité en termes de prévention est la substitution des CMR par des produits ou des procédés moins dangereux.

Les risques psychosociaux (RPS)

Les transformations du monde du travail se sont traduites notamment par une intensification des tâches. Cette intensification a entraîné l'apparition des risques psycho-sociaux. Cette notion prend en compte toutes les situations de stress, violences verbales et physiques, harcèlement, conduites addictives et souffrance au travail... Afin de prévenir les RPS, il convient d'outiller les acteurs de l'entreprise et de rendre visible l'offre de services.

Les conduites addictives

L'état des lieux de la santé en Picardie met en exergue la problématique alcool.

Le bilan du précédent plan conduit aujourd'hui le Cotec à rendre visibles les actions et accessibles les sources documentaires, les ressources techniques et humaines mobilisables pour entreprendre des actions préventives ou curatives en entreprise.

Le risque routier professionnel

En 2009, les accidents routiers professionnels s'élevaient à 1 800 pour la Picardie.

Les actions menées visent essentiellement à inciter la prise en compte du risque routier dans les démarches d'évaluation des risques professionnels, mais aussi à promouvoir un usage en sécurité des véhicules utilitaires légers.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS)

Avec le vieillissement de la population et une évolution de l'âge de départ à la retraite, il sera de plus en plus difficile à certains salariés de tenir les postes de travail tels qu'ils sont conçus et/ou organisés dans certaines activités professionnelles.

Plusieurs actions sont menées depuis des années en direction des entreprises pour sensibiliser, accompagner et les former à la prévention des TMS.

Les services de santé au travail (SST)

L'introduction de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail a fait naître de nouvelles méthodes de travail entre les acteurs de la prévention.

Des expériences originales de coopération régionale entre les acteurs de la santé au travail des services interentreprises se sont mises en place à travers la création d'associations.

En pleine réforme de la médecine au travail, la démarche engagée doit continuer à être innovante.

Joël HERMANT
Directeur régional
Directrice

Plan régional santé environnement

Le plan régional santé environnement a été conçu en 2010 pour une période de 5 ans (2010-2014). Il mobilise l'ARS, la Dreal, la Draaf, la Direccte, le conseil régional de Picardie ainsi que le secrétariat général aux affaires régionales. Chaque action est en lien avec le plan national santé environnement.

Le deuxième plan santé environnement (PRSE 2) s'inscrit dans le droit fil du plan national santé environnement (PNSE 2) dont il décline au niveau régional les principales actions. Comme le PNSE 2, il a en charge de mettre en œuvre les principes du Grenelle de l'environnement (octobre 2007). Il est animé par le secrétariat général des affaires régionales (Sgar) et il a été validé par un comité de suivi réunissant des représentants de la société civile, l'administration, les usagers, les associations et les collectivités.

Huit fiches thématiques structurent le PRSE 2 autour des trois axes du plan national :

- réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé (cancers, maladies cardio-vasculaires, respiratoires, neurologiques...);

- prendre en compte les inégalités environnementales, qui contribuent aux inégalités de santé (exposition à divers polluants au sein de son habitat ou lieu de travail, qualité de l'eau, pollution des sols, contamination des sédiments...);
- protéger la santé et l'environnement des populations vulnérables, en fonction de l'âge, de l'état de santé, de la situation économique et sociale.

1. Réduire l'exposition de la population aux pesticides

Le Groupe régional Eau et produits phytosanitaires de Picardie estime que 100 % des points de prélèvement en eaux superficielles (cours d'eau)

présentent des résidus de pesticides ; c'est le cas de 53 % des points de prélèvement des eaux souterraines, dans des concentrations toutefois bien moindres grâce au rôle filtrant de la couche géologique. Par ailleurs, la mise en œuvre du plan Ecophyto 2018 en Picardie dès 2010 a pour objectifs de réduire de 50 % l'usage des pesticides ; cela n'est pas repris par le PRSE 2, sauf pour les populations vulnérables ou particulièrement exposées.

Le PRSE 2 a identifié un enjeu et deux mesures :

- informer le public et les utilisateurs sur des produits et leurs effets sur la santé et l'environnement.

2. Caractériser et réduire les émissions de dans l'eau des PCB

La rivière Somme et ses affluents sont particulièrement touchés par une présence significative de PCB, entre Saint-Quentin et Péronne, l'Oise, le Thérain, l'Esches dans l'Oise, l'Oise, l'Aisne et la Vesle dans l'Aisne, sont aussi contaminées. Cette contamination semble historique et diffuse,

accumulée dans les sols et sédiments.

Un plan d'action interdépartemental entre la Somme et l'Aisne a été mis en œuvre dès 2006 notamment pour localiser les zones les plus contaminées et suivre le niveau de contamination des poissons.

Le PRSE 2 a identifié trois enjeux et deux mesures :

- poursuivre le contrôle jusqu'à l'élimination complète des appareils contenant du PCB ;
- localiser les zones les plus contaminées et les traiter ;
- rechercher d'éventuelles sources de pollution des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) et des réseaux des collectivités et les résorber.

3. Améliorer la connaissance sur les particules fines et l'information du public sur les risques liés à la pollution atmosphérique

En Picardie, 50 % des poussières émises sont dues à l'agriculture. Le résidentiel (chauffage urbain), les industries et le transport routier constituent les autres sources principales d'émission. Atmo Picardie est chargée de la surveillance des polluants atmosphériques et de l'information relative à la qualité de l'air.

Trois enjeux et quatre mesures sont identifiés pour :

- améliorer l'alerte ;
- faire prendre conscience des risques et des comportements des polluants ;
- améliorer la connaissance des sources d'émissions des particules les plus fines.

4. Prévenir la survenue de cas de légionellose

À la lumière du PRSE 1, il ressort que les établissements de santé et médico-sociaux se sont emparés du risque par légionelles mais qu'il convient de rester vigilant.

Le PRSE 2 a identifié deux enjeux et quatre mesures pour :

- diminuer l'incidence de la légionellose ;
- poursuivre les efforts de contrôle.

5. Réduire l'exposition aux substances ayant un effet cancérigène, mutagène ou reprotoxique.

La thématique des CMR dans le PRSE est en lien avec le plan santé travail.

Le PRSE 2 a identifié quatre enjeux et quatre mesures pour :

- identifier l'ensemble des produits et procédés incriminés ;
- identifier l'ensemble des entreprises utilisatrices ;
- cibler les publics vulnérables, en particulier les

femmes enceintes ;

- améliorer le taux de pénétration de l'évaluation des risques professionnels dans les petites et très petites entreprises.

6. Prévenir les manifestations sanitaires liées à une mauvaise qualité de l'air intérieur

La source domestique de certains cas d'allergies est suspectée mais reste difficile à déterminer.

Le PRSE 2 a identifié trois enjeux et quatre mesures pour :

- informer les particuliers des risques inhérents à certaines activités ou comportements (bricolage, utilisation de parfums d'ambiance, d'aérosols, lutte contre les allergènes au domicile) et à certains matériaux (formaldéhyde dans les meubles en aggloméré ;
- rappeler l'importance d'une bonne ventilation du logement ;
- proposer une solution aux patients allergiques pour lesquels l'origine semble être dans le logement ;
- maintenir la vigilance sur les matériaux contenant de l'amiante.

7. Renforcer la gestion des sites et sols pollués

Près de 12 000 sites picards sont identifiés comme susceptibles d'être pollués, 200 pour lesquels des pollutions ont été détectées et où des actions sont menées.

Le PRSE 2 a identifié quatre enjeux et cinq mesures pour :

- assurer la sécurité sanitaire des personnes habitant ou travaillant à proximité ou sur des sites pollués ;
- protéger les nappes phréatiques ;
- prévenir les risques d'exposition des populations sensibles (enfants) ;
- identifier les zones géographiques susceptibles d'une surexposition des populations à des nuisances environnementales.

8. Protéger les jeunes des risques liés aux nuisances sonores

Des actions de sensibilisation aux risques auditifs liés à l'écoute de musiques amplifiées ont eu lieu en Picardie, de même que des diagnostics acoustiques pour les établissements fermant tard (après 1 h 00).

Le PRSE 2 a identifié deux enjeux et cinq mesures pour :

- faire une sensibilisation organisée et régulière des jeunes aux risques liés aux musiques amplifiées et aux effets délétères du bruit sur leur système auditif ;
- mettre en conformité le plus grand nombre d'établissements diffusant de la musique ampli-

Les risques psycho-sociaux

Deux publications récentes de la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (Dares) portent sur les risques psycho-sociaux. L'une d'elles dresse un premier état des lieux selon une quarantaine d'indicateurs (décembre 2010), l'autre analyse les pathologies liées au travail selon les travailleurs eux-mêmes (novembre 2010).

Réuni à l'initiative de l'Insee, un collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psycho-sociaux a sélectionné une première batterie d'indicateurs selon six dimensions : les exigences au travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et les relations de travail, les conflits de valeurs et, enfin, l'insécurité socio-économique. La littérature a en effet montré l'influence négative de ces risques sur des pathologies comme les maladies cardio-vasculaires, les problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques.

Quatre études statistiques ont été mobilisées pour caractériser les indicateurs :

- *Conditions de travail* (ICT) 2005 ;
- *Surveillance médicale des risques* (Sumer), 2003 ;
- *Changement organisationnel et informatisation* (COI), 2007 ;
- *Santé et itinéraire professionnel* (SIP), 2007.

Au regard de l'ensemble des indicateurs selon les six dimensions proposées, les professions les plus qualifiées apparaissent confrontées à des exigences psychosociales au travail

élevées et à de fréquents conflits de valeurs. Les professions peu qualifiées sont davantage exposées au manque de marges de manœuvre, de soutien social ou de sécurité économique. Ce sont les salariés qui travaillent au contact du public qui subissent le plus des exigences émotionnelles. Les femmes seraient plus exposées que les hommes au manque de marges de manœuvre, de soutien social ou de reconnaissance au travail.

La vision des travailleurs

La seconde publication porte sur l'analyse de l'enquête *Santé, handicap et travail*, module européen complémentaire à l'enquête *Emploi en continu* passée en 2007. Il s'agit bien d'une enquête déclarative et non épidémiologique. De fait, la vision des travailleurs est bien dans le registre de la perception et non du fait avéré.

68 % des actifs occupés déclarent avoir un ou plusieurs problèmes de santé chronique : stress ou anxiété (30 %), maux de tête, migraines (26 %), dos (26 %), dont près de la moitié estime qu'ils sont causés ou aggra-

vés par le travail. Les agriculteurs (62 %), les commerçants et artisans (57 %), et les ouvriers (56 %) établissent le plus souvent le liens entre leur pathologie chronique «la plus grave» parmi celles qu'ils ont, et leur travail, de même que les actifs exposés à des pénibilités dans leur travail (36 % vs 14 %). Les deux tiers des travailleurs déclarant une maladie chronique comme «la plus grave», estiment qu'elle entraîne une gêne ou des difficultés dans la vie courante, que ce soit au travail, dans les déplacements et dans les gestes quotidiens. La gêne dans le travail est surtout évoquée lorsque maladie chronique et travail sont liés (73 % vs 43 %). Les affections lombaires ou musculo-squelettiques liées à des gestes répétitifs ou des efforts physiques durant le travail occasionnent le plus souvent des gênes dans le travail que les pathologies similaires non liées au travail. Un quart des actifs occupés signale une affection chronique jugée la plus grave qu'ils associent à leur travail et qui le gêne. Dans 50 % des cas, cette gêne est dite importante.

La fréquence des pathologies chroniques causées ou aggravées par le travail augmente avec le nombre de pénibilités subies dans le travail.

Les dimensions des risques psychosociaux

Exigence au travail

- quantité de travail
- pression temporelle du travail
- complexité du travail
- difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale

Exigences émotionnelles

- être au contact du public
- être confronté à la souffrance des autres
- devoir cacher ses émotions
- avoir peur au travail

Autonomie et marges de manœuvre

- décider comment faire son travail
- interrompre momentanément son travail lorsqu'on le souhaite
- employer et développer ses compétences
- pouvoir donner son avis
- exprimer ses attentes sur l'organisation du travail

Rapports sociaux et relations de travail

- coopération et soutien social de la part des collègues et de la hiérarchie
- violence au travail (agressions, isolement, mépris)
- reconnaissance et sentiment d'utilité du travail effectué
- qualité du management (gestion de la communication, cohérence objectifs, ordres, indications...)

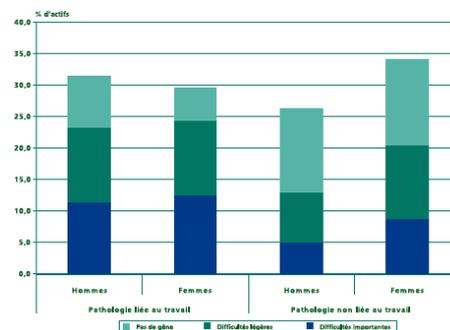
Conflits de valeur

- obligation de travailler d'une façon qui heurte sa conscience professionnelle
- conflits éthiques entre exigences du travail et valeurs personnelles ou professionnelles

Insécurité socio-économique

- expansion des emplois en CDD
- restructurations d'entreprises
- peur de perdre son emploi
- devoir changer de qualification ou de métier

Gênes occasionnées par la pathologie la plus grave selon le sexe et son lien avec le travail



Source : enquête Santé, handicap travail 2007, Insee-Dares.

Thomas Coutrot, Catherine Mermilliod, Les risques psycho-sociaux au travail : les indicateurs disponibles, *Dares Analyses*, Dares, décembre 2010, n°081

Thomas Coutrot, Dominique Waltisperger, Les pathologies liées au travail vues par les travailleurs, *Dares Analyses*, Dares, novembre 2010, n°080

Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique



Le Conseil de l'Europe vient d'adopter le premier texte au monde contraignant sur la prévention et l'élimination de la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Il s'agit de concevoir un cadre global, des politiques et des mesures de protection et d'assistance pour toutes les victimes de violence à l'égard des femmes et de violence domestique, y compris en promouvant la coopération internationale.

La présente Convention établit un mécanisme de suivi spécifique.

Le terme « violence à l'égard des femmes » doit être compris comme une violation des droits de l'homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes, et désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée. Le terme « femme » inclut les filles de moins de 18 ans.

Les ex-fumeurs, rien ne les arrête

Voilà le nouveau slogan de la campagne européenne lancée par John Dalli, commissaire européen à la santé et à la politique des consommateurs.

Cette campagne triennale met l'accent sur les bienfaits de l'arrêt du tabagisme et fait appel à un ensemble coordonné de moyens (publicité, médias sociaux, événements et instruments pratiques) pour atteindre les fumeurs et les aider à arrêter de fumer. Elle s'adresse aux fumeurs âgés de 25 à 34 ans, soit 28 millions de personnes dans l'Union européenne. Elle vante les bienfaits de l'arrêt du tabagisme et utilise l'expérience d'anciens fumeurs pour encourager ceux qui le souhaitent à se libérer du tabac.

La première année de la campagne est consacrée à la mise au point et à l'adoption du concept. Au cours des années suivantes, la campagne mettra en évidence les bienfaits résultant de l'arrêt du tabagisme : avantages physiques, personnels et financiers qui en découlent pour l'ex-fumeur. Certains groupes de la population, telles que les femmes et les catégories socioéconomiques les plus basses, bénéficieront d'une attention particulière. Cette stratégie permettra d'adapter le message de la campagne aux spécificités de chaque État membre et de chaque groupe démographique, ce qui le rendra percutant partout en Europe.

Les fumeurs désireux d'arrêter de fumer peuvent bénéficier d'une aide pratique grâce à l'initiative innovante numérique iCoach, d'accès libre et, disponible dans toutes les langues de l'Union européenne.

41 nouvelles drogues dans les filets d'Europol

L'Office européen de police, Europol, et le centre européen d'observation de drogues et de la toxicomanie, CEODT, affirment dans leur rapport annuel avoir découvert quarante-et-une nouvelles substances psycho-actives en 2010, soit le plus grand nombre jamais atteint. Ces substances synthétiques pour la plupart, sont dérivés de drogues déjà répertoriées, soit décrites comme des médicaments.



Onze nouveaux dérivés de cannabis ont ainsi été trouvés portant leur nombre à vingt-et-un. Quinze dérivés de cathinone synthétique et pour la première fois des dérivés de phenylclide et ketamine ont été recensés.



Y'a d'ozone dans l'air d'Europe

Malgré les efforts de l'Europe pour réduire la pollution à l'ozone (O3), les niveaux mesurés en 2010 continuent de dépasser les objectifs établis par la législation pour protéger la santé humaine. Depuis 1997, les concentrations de particules et d'ozone dans l'atmosphère n'ont pas connu d'amélioration significative malgré la baisse des émissions. Ainsi, l'Agence européenne de l'environnement (AEE) vient de constater que dix-sept États membres ont particulièrement du mal à respecter les objectifs de protection de santé humaine, puisque dans ces pays, les valeurs de 120 µg/m³/8h ont été dépassées plus de 25 jours pendant l'été 2010. En France, sur 408 stations mesurant les niveaux d'ozone, 159 ont relevé des dépassements, et ce pendant 40 jours.



**Prévenir.
Protéger.
Vacciner.**



Cinquante-deux États membres ont pris part à la Semaine européenne de la vaccination 2011.

Plus de dix pays ont profité de la Semaine européenne de la vaccination pour lancer des campagnes de vaccination généralisées. La Bulgarie a eu recours à des équipes mobiles pour vacciner contre la poliomyélite, notamment dans la communauté Rom ainsi que dans les villages éloignés. Sept pays, dont les républiques d'Asie centrale et la Fédération de Russie, ont synchronisé leurs activités de vaccination supplémentaires avant, pendant et après la Semaine, ce qui a permis de vacciner plus de 18 millions d'enfants contre la poliomyélite.

Vingt-cinq pays ont mené des activités de sensibilisation médiatique à l'occasion de la Semaine européenne de la vaccination, ce qui a permis une large couverture de l'événement dans les médias imprimés, en ligne et audiovisuels de la Région.

Depuis le lancement de la Semaine européenne de la vaccination par l'OMS/Europe en 2005, elle est devenue l'un des événements les plus visibles de la Région européenne dans le domaine de la santé publique.

Lors de ces prochains mois, avant de commencer les préparatifs pour la campagne de 2012, l'OMS/Europe déterminera la manière d'aider les pays à évaluer la réussite des activités menées dans le cadre de la Semaine ainsi que le soutien apporté par l'OMS/Europe pour leur participation.

RAYPRO : base de données de ressources sur l'alcool et sur les projets pour les jeunes

Développé par la Commission européenne (DG Sanco), RAYPRO est une initiative du Forum européen sur l'alcool et la santé, plateforme réunissant les entreprises et organisations non-gouvernementales pour réduire les risques liés à la consommation d'alcool. La base de données est en phase pilote tout au long de 2011.

La base de données sur l'alcool et les projets sur les jeunes consiste à partager les informations sur les projets et les actions pour réduire les risques liés à la consommation d'alcool chez les enfants et les jeunes. La base vise ainsi à promouvoir les bonnes pratiques évaluées et efficaces.

Les projets et actions sont classés en cinq thématiques. L'âge s'étend des enfants - par exemple réduire les risques de la consommation d'alcool sur les relations familiales - aux jeunes adultes, comme l'ancrage de l'habitude de boire chez les adolescents et jeunes adultes.

Chaque projet intégré à la base de donnée est structuré selon le schéma : intervention, évaluation, résultats. Des liens et des documents peuvent être inclus dans le descriptif de chaque projet. La base de données est entièrement en langue anglaise ; cependant, le nom du projet et le résumé peuvent être écrits dans une autre langue.

RAYPRO est ainsi ouverte aux contributions des organisations travaillent sur l'alcool et

les jeunes. Celles-ci peuvent déposer via internet leur projet dans la base de données. Les porteurs du projet doivent indiquer en quoi ils considèrent que leur projet relève de bonnes pratiques. Si la DG Sanco effectue une validation technique pour entrer les projets dans la base de données, elle n'effectue pas de validation des projets eux-mêmes. Ils restent sous la responsabilité des porteurs eux-mêmes.

Au-delà de la base de données, d'autres ressources sont disponibles sur le site internet de RAYPRO. Des liens internet sont proposés vers des sites européens, nationaux (allemand, anglais et suédois) ou thématiques (Elisad, Cochrane, Nice...) sur l'alcool et les jeunes. Une revue de la littérature (2000-2010) est aussi disponible en téléchargement.

Les développements futurs de la base de données sont l'adjonction d'un moteur de recherche de partenaires puis le développement de critères de qualité à même de faire ressortir les bonnes pratiques.

Utilisateurs potentiels de RAYPRO

Organisations de la jeunesse

Organisations non gouvernementales

Jeunes bénévoles

Travailleurs sociaux, de la jeunesse

Travailleurs communautaires

Enseignants

Personnels de santé

Personnels spécialistes des addictions

Professionnels de santé publique, décideurs

Collectivités locales, agences de santé, services centraux dédiés à la santé et à la jeunesse

Alcooliers et détaillants vendant de l'alcool

https://webgate.ec.europa.eu/sanco_eahf/raypro/public/introductionForm.html
ou taper raypor dans un moteur de recherche

RAYPRO
Resource on Alcohol and Youth Projects

Introduction

What is RAYPRO?

The on-line database RAYPRO, a Resource on Alcohol and Youth Projects, enables to share information on projects and activities to reduce alcohol-related harm among children and young people, and promotes good practice based on sound evaluation of effectiveness.

Intended users of RAYPRO include:

- Youth organisations, other non-governmental organisations
- Youth group leaders, voluntary youth workers
- Youth work professionals, social workers, community workers
- Child care professionals, education professionals
- Health care professionals, substance abuse specialists
- Public health or local authority planning staff, national authorities
- Alcoholic beverage retailers, HoReCa businesses

Key features

Projects and activities are grouped according to five themes. The age range extends from children - for example reducing harm from alcohol use disorders in the family - to young adults, as teenage and early adulthood affect drinking habits for life.

RAYPRO is open to contributions from all organisations and agencies working on alcohol and young people.

- If you wish to enter information on a project, you are required to register as user. Instructions are available in the User guide. No registration is required for browsing projects.
- Project information is structured into: intervention, evaluation and results.
- Project owners are requested to justify why they consider their project or activity good practice. Project owners can add links and upload documents for sharing.
- Information is entered in English but the name of the project and a summary can also be given - and searched - in another language.
- Project owners are responsible for the comprehensiveness, accuracy and relevance of the information they enter in the database. DG Health & Consumers carries out technical validation to check that the data is duly filled in but does not vet the projects.

Further resources

- The section Further resources offers links to national and thematic project databases and other internet sources.



Les indicateurs sociaux au XXI^e siècle
Frédéric Lebaron, Dunod

Cet ouvrage pédagogique fait le point sur les indicateurs sociaux, ou « nouveaux indicateurs de richesse », qui permettent de quantifier les réalités sociales, dans une démarche pluridisciplinaire.

L'ouvrage revient sur la construction d'indicateurs couramment utilisés, notamment l'indice de développement humain (IDH) de l'Onu ou l'indice de santé sociale (ISS) de l'Institut pour l'innovation en politique sociale pour le territoire. L'auteur questionne ces mesures du « bonheur », leurs usages et leurs avenir.

Il passe aussi en revue des indicateurs alternatifs comme le Bip 40 et les Bip régionaux, indicateur synthétique sur les inégalités en France et au niveau régional, ou comme les déclinaisons locales de l'IDH (IDH-2 et surtout IDH-4). Ces indicateurs essaient d'éclairer les inégalités entre territoires infra-nationaux, voire infra-régionaux.

Frédéric Lebaron est professeur de sociologie à l'université de Picardie Jules Verne et est directeur du Centre universitaire de recherche sur l'action publique et le politique (Curapp-es).



Violences et santé en France

François Beck, Catherine Cavalin, Florence Maillolchon, La Documentation française

Étude inédite en France que celle qui présente l'ensemble des formes de violence sous l'angle de leur

incidence à court, moyen, long terme, sur la santé. L'étude est réalisée à partir des données de 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. Elle interroge à la fois les hommes et les femmes, sur tous les types de violence qu'ils ont pu subir (physiques, sexuelles, psychologiques, atteintes aux biens, etc.) et en observant le contexte et les conséquences sanitaires et sociales des violences... L'ouvrage met notamment 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 dramatiques.

Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance

Francesca Colombo, Ana Llana-Nozal, Jérôme Mercier, Frits Tjadens, Éditions OCDE, 2011



Les auteurs de ce rapport de l'OCDE analysent les dépenses de prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE qui devraient, avec l'impact du vieillissement, doubler, voire tripler, d'ici 2050.

Ils indiquent que la moitié des personnes dépendantes ayant besoin d'aide et de soins ont plus de 80 ans. La part de la population appartenant à cette classe d'âge dans la zone OCDE sera proche des 10 % d'ici 2050, contre seulement 4 % aujourd'hui, et culminera à 17 % au Japon ou 15 % en Allemagne.

Le collectif d'auteurs souligne que les États membres de l'OCDE doivent mettre rapidement en place de réformes visant à attirer davantage de main-d'œuvre, y compris de personnes immigrées, dans le secteur de la dépendance et à la fidéliser. En effet, la plupart des emplois concernés n'offrent pas de perspectives d'avenir et s'accompagnent d'une rémunération et d'avantages sociaux peu élevés. S'occuper de personnes dépendantes a en outre un coût pour l'aidant familial qui a moins de chances d'occuper un emploi, lequel est plus souvent à temps partiel. Les aidants familiaux sont également confrontés à un risque plus élevé de la pauvreté et à une plus forte probabilité de souffrir de problèmes de santé mentale.

Du point de vue économique, les auteurs insistent sur la nécessaire amélioration à la fois des rémunérations et des conditions de travail de ce secteur de la dépendance, en s'appuyant sur les exemples allemand, belge, néerlandais, suédois ou encore norvégien. Ils constatent aussi que le reste à charge pour les individus reste trop important et préconisent d'orienter les prestations universelles vers les personnes qui ont le plus besoin d'aide et de soins, ou de mettre en place des partenariats public-privé.

Le recours à l'assurance privée devrait rester marginale sauf aux États-Unis ou en France où respectivement 5 % et 15 % des plus de 40 ans ont souscrit une police de ce type.

Les principaux éléments relatifs à la prise en charge de la dépendance dans 31 pays, ainsi que huit fiches pays synthétiques (dans la langue nationale), sont disponibles à l'adresse www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted.



Mal-vivre au travail

Jacques Baugé, Daniel Pierrejean, Éditions Paulo-Ramanr,

Comment vit-on au quotidien le stress lié au travail ? Comment démêler l'enchevêtrement de ses causes, proches et lointaines ? Comment lutter contre le harcèlement ? Quelle prévention envisager ? Ces questions parmi d'autres sont abordées par les deux auteurs, spécialistes du monde du travail. Médecin du travail, Jacques Baugé analyse le mal-être et aux risques psychosociaux au travail au travers de situations concrètes, d'itinéraires de vie, mais aussi sur des résultats d'études scientifiques. Daniel Pierrejean, juriste, aborde la question du harcèlement et la médiation comme possible outil de lutte contre les risques psychosociaux.



Santé : sortir des crises ?,
Laurent Degos, Le Pommier, 2011

Ancien président de la Haute Autorité de santé, Laurent Degos analyse les bouleversements actuels dans le monde de la santé, les nouvelles stratégies de l'industrie pharmaceutique et leur impact sur l'Assurance maladie, la douloureuse mutation de l'hôpital, la menace que le principe

de précaution fait peser sur les avancées thérapeutiques, la mise en place chaotique du parcours personnalisé de soins, tant réclamé par le patient, tant contrecarré par l'organisation administrative. Au travers « d'affaires » emblématiques (grippe A, sang contaminé, Mediator...), il démonte, sans langue de bois, les mécanismes complexes qui risquent de faire basculer, voire s'effondrer, tout le système.

Gouvernance de la santé : les acteurs institutionnels

Ce livre de presque 200 pages recense et présente chacune des institutions œuvrant dans le domaine de la santé et concourant à l'élaboration, à la mise en œuvre et au contrôle des politiques sanitaires.



Cet ouvrage sur la gouvernance de la santé se veut didactique en précisant pour l'ensemble des institutions de santé publique leur statut, leur mission et leur périmètre d'activité. Rédactrice en chef de la revue *Actualité et dossier en santé publique*, Patricia Siwek met à la portée d'un public averti comme du grand public les moyens de se repérer dans la jungle des sigles et des structures de tous niveaux de l'administration centrale jusqu'aux agences régionales de santé.

Se voulant pragmatique, l'ouvrage se décompose en plusieurs parties. Le premier chapitre présente les services de l'administration centrale. Rattachées au ministère en charge de la santé, se trouvent la direction générale de la santé (DGS) et direction générale de l'offre de soins (DGOS). Elles définissent les politiques publiques de santé publique que vient appuyer la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), qui est une direction des ministères sanitaires et sociaux et appartient au système statistique public. Toujours au niveau de l'administration centrale, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) intervient dans un champ important de la santé publique mais a le statut de service interministériel placé sous l'autorité directe du Premier ministre.

Le deuxième chapitre s'ouvre sur les trois instances de santé publique. Créé en 2004, le Comité national de santé publique (17 membres) a une fonction de coordination des différentes administrations chargées de la sécurité sanitaire et de la prévention. Le Haut Conseil de santé publique, créé en 2007 et remplaçant le Haut Comité de santé publique, a un rôle d'expertise et de conseil des autorités, notamment sur les objectifs de la politique de santé publique. Il est composé de 129 experts. Enfin, la Conférence nationale de santé, créé dans sa version originale en 1996, se succède à elle-même au fil des différentes lois - 2004, 2007 -. C'est une instance de concertation chargée de favoriser les échanges sur les questions de santé avec les acteurs de santé et les représentants des usagers du système de soins.

Les deux chapitres suivants décrivent un à un les organismes nationaux qui œuvrent dans le domaine de la santé publique. L'auteur répartit à juste titre les onze institutions dénombrées entre les organismes qui exercent une mission d'expertise et de sécurité sanitaire et les autres dont la mission est plus générale. Dans le premier groupe, le plus fourni avec huit structures, se trouvent l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) ou encore l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Ces organismes se partagent des missions de surveillance, de sécurité sanitaire, d'alerte, d'évaluation des risques... Le deuxième groupe, trois organismes, sont davantage des organismes d'expertise, d'information générale et de promotion de bonnes pratiques. La Haute Autorité de santé (HAS) veille notamment à l'amélioration de la qualité des soins et à leur bon usage, délivre de l'information vers les professionnels comme le grand public et est un acteur règlementaire de la coopération entre professionnels de santé. Les Instituts national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et du cancer (InCA) mettent en œuvre des programmes d'observation, de formation, de prévention ou encore de recherche, soit généralistes pour le premier, soit orientés vers les cancers pour le second.

Le cinquième chapitre est consacré à cinq organismes nationaux opérateurs de gestion des établissements et des systèmes d'information dont la mission principale est de venir en appui aux établissements de santé et médico-sociaux : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, l'Agence des systèmes d'information partagés de santé, l'Institut des données de santé.

Enfin, le dernier chapitre est consacré aux agences régionales de santé. Installées en région depuis le 1^{er} avril 2010 après quelques mois de préfiguration, ces agences sont coor-

données au niveau national par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Co-présidé par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et la ministre chargée de la santé, ce conseil, regroupe les différents directeurs d'administration centrale concernés par les ARS, les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie et le directeur de la CNSA. Il veille notamment à la cohérence des politiques que les ARS ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins, de prise en charge médico-sociale, de gestion du risque et il valide leurs objectifs. Quant aux ARS, l'auteur développe notamment leurs deux missions : pilotage de la politique publique de santé et régulation de l'offre de soins.

Le système des agences

Patricia Siwek revient dans un chapitre sur la notion d'agence. Seize agences nationales et les vingt-six agences régionales de santé participent au système de santé nationale. Cependant, elles n'ont pas toutes le même statut juridique. Quatre statuts coexistent :

- établissement public administratif (Epa) : établissement doté de la personnalité morale mais sous tutelle d'un ou de plusieurs ministères (Inpes, InVS, Afsaps...);
- établissement public industriel et commercial (Epic) : similaire à l'Epa mais avec une activité industrielle ou commerciale (INRS) ;
- groupement d'intérêt public ou économique (GIP, GIE) : associe partenaires public et privé pour une mission d'intérêt public. Les GIP sont de droit public, les GIE de droit privé ;
- autorité publique indépendante : organisme administratif agissant au nom de l'État et disposant de réels pouvoirs sans relever de l'autorité du gouvernement. Elles peuvent disposer ou non de la personnalité morale ou d'une autonomie financière. La HAS est une autorité publique indépendante à caractère-scientifique avec personnalité morale et autonomie financière.

Les agences régionales de santé sont des établissements publics administratifs regroupant des agents de l'État et de l'Assurance maladie et sont dotées d'un budget propre.

Les ARS sont un opérateur de l'État.

13 septembre 2011, Bruxelles

Rencontre internationale Femmes et santé (11^e RIFS)
Organisées par Rencontre internationale Femmes et santé
Site internet : <http://www.11rifs.org/>

6 octobre 2011, Amiens

Journée d'étude naissance parentalité
Organisé par l'université de Picardie Jules Verne

6 octobre 2011, Nantes

Colloque « Villes, Habitat et Santé : pour une politique sanitaire et environnementale »
Organisé par le Réseau français des Villes-Santé OMS
Site internet : <http://www.villes-sante.com/datas/som01.htm>

14-15 octobre 2011, Amiens

Colloque santé environnementale.
Organisé par le conseil régional de Picardie
Site internet : <http://www.plrs-ottawa2011.com/index.html>

26-26 octobre 2011, Strasbourg

Forum national. Santé et sécurité au travail dans les TPE ; la parole aux entreprises
Organisé par la Cram Alsace-Moselle
Site internet : <http://www.cram-alsace-moselle.fr/Preventif/actuel/>

2-4 novembre 2011, Lille

Experts et expertises en santé publique. Diversité des acceptations, multiplicité des enjeux : comment avancer ?
Organisé par la Société française de santé publique
Site internet : <http://www.sfsp.fr/manifestations/manifestations/infos.php?cmanif=29&cpage=1>

10 novembre 2011, Amiens

Séminaire Rémy Caveng
Organisé par l'université de Picardie Jules Verne
Site internet : <http://www.sfsp.fr/manifestations/manifestations/infos.php?cmanif=29&cpage=1>

17-18 novembre 2011, Lyon

Rencontres HAS 2011
Organisées par la Haute Autorité de santé
Site internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1033152/rencontres-has-2011-17-18-novembre

8 décembre 2011, Oise

Journée de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie
Organisée par la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie et l'OR2S

Santé environnementale**François Veillerette**

**Vice-président
Conseil régional de Picardie
Environnement, alimentation et santé**



Les indicateurs de santé publique montrent clairement que les maladies chroniques constituent aujourd'hui la grande majorité des dépenses de santé. Ainsi, le cancer concerne maintenant un homme sur deux et une femme sur trois au cours de sa vie. Le diabète, les maladies cardio vasculaires, les maladies mentales, les troubles de la reproduction touchent également des proportions importantes de la population. Les recherches les plus récentes montrent que nombres de ces pathologies peuvent être liées à des causes environnementales, qui peuvent en être des facteurs déclenchants ou aggravants. De ces recherches est né le concept de santé environnementale, selon lequel on peut contribuer à améliorer l'état de santé d'une population en agissant sur les causes environnementales des maladies. Il s'agit d'une action de prévention primaire des pathologies.

La Picardie : une région aux indicateurs de santé publique préoccupants.

Les derniers chiffres de l'OR2S sur l'état de santé des Picards ne sont pas satisfaisants. La Picardie se situe notamment au deuxième rang des régions les plus touchées par la mortalité par cancer, et au troisième rang des régions présentant le pourcentage le plus élevé de personnes de 18 ans et plus en situation d'obésité. Le contexte social et les comportements individuels (choix alimentaires, alcool, tabac...) peuvent expliquer cette situation pour partie. Mais des facteurs environnementaux variés, liés aux pollutions extérieures, de l'air intérieur ou au milieu de travail sont également en cause dans ces pathologies. Ainsi, les pesticides, utilisés de manière importante par l'agriculture et certaines collectivités, sont reconnus comme des facteurs possibles de cancer par l'Inserm. L'air intérieur et les poussières des habitations sont parfois les principaux vecteurs d'exposition à des substances perturbant le système hormonal. L'exposition à des toxiques sur le lieu de travail est également préoccupante (cas de l'exposition au perchloréthylène dans les pressings qui induit un risque très important de cancer).

La nécessité d'une politique de prévention en région

Face à ce constat, la Région Picardie a décidé d'agir. L'ambition est de prévenir les risques sanitaires liés à l'environnement, d'améliorer la prévention des pathologies et de mobiliser les Picards autour de l'information dans le domaine de la santé et de l'environnement. Elle prend en compte les spécificités du territoire et vient renforcer d'autres politiques du Conseil régional : la recherche, l'agriculture, l'environnement, l'agenda 21, la réussite éducative... Les thèmes d'actions retenus sont : la qualité de l'alimentation, la recherche en santé-environnement et la qualité de l'environnement intérieur. Des actions phares seront proposées pour chacun des thèmes, parmi lesquelles :

- l'amélioration de la connaissance en santé environnement ;
- la promotion d'une alimentation de qualité, c'est-à-dire équilibrée, saine et de proximité ;
- la sensibilisation et l'information sur l'environnement intérieur ;
- la diminution des expositions professionnelles et domestiques à différents polluants physico-chimiques.

Au total, en mobilisant les budgets Santé, Environnement, Agriculture, Education et Recherche, la Région Picardie consacra plus de 800 000 euros en 2011 à la santé environnementale.

Pour initier cette dynamique, un colloque régional *Environnement-santé* se tiendra les 14 et 15 octobre prochains, à Amiens. Cette rencontre sera aussi l'occasion de mobiliser les Picards sur des actions en cours et de construire avec eux des modes de prévention les mieux adaptés. La concertation avec les partenaires professionnels et associatifs est au cœur de cette politique, dans l'espoir de favoriser une prise de conscience collective et d'agir sur les comportements favorables à un environnement plus sain.

**Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE**

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

N°11, juin 2011

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), Bertrand Boixeda (conseil général Oise), Danièle Bourgerie (conseil régional), Yassine Chaïb (drjcs), Rémy Caveng (université de Picardie), Cécile Dizier (ars), Christine Jaafari (drjcs), Marie-Véronique Labasque (creai), Michel Liénard (msa), Philippe Lorenzo (or2s), Pascal Oger (insee), Aline Osman-Rogellet (or2s), Claude Thiaudière (université de Picardie), Alain Trugeon (or2s).
Mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X
© OR2S juin 2011