

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°13

octobre 2011

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé

- Programmes locaux et régionaux de santé : Ottawa 2011 2
- Environnement santé : colloque à Amiens 2

Actualité

- Stratégie de l'ARS 3

Brèves

Entretien

- Santé environnementale : entretien avec Pierre Goovaerts 5

Initiative

- De l'analyse des besoins sociaux à la création d'un observatoire social local : l'expérience amiénoise 6
- Entretien avec Catherine Girard, directrice du CCAS d'Amiens

Focus

- Présentation de Picardie en forme réseau sport santé bien-être 8
- Une charte sport et santé Picardie en forme 9
- Une action partenariale sport santé en Picardie : les cours de gymnastique de Vivaise 10
- Perspective du comité olympique et sportif de Picardie 10

Données nationales

- Pratiques physiques et sportives en France. Enquête 2010 11

Brev'd'Europe

Europe

- Inequality Watch 12

Doc

- Rapport de la Haute Autorité de santé sur la prescription non médicamenteuse 13

Tribune libre

- Sondès Elfeki Mhiri 14

Agenda

L'OMS, avec le concept de « promotion de la santé » défini par la *Charte d'Ottawa*, exprime la santé en trois dimensions : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette notion de bien-être rend désormais la santé subjective. La santé est propre à chacun et chacun peut lui donner du sens selon ses propres valeurs et postulats.

En effet, il est aujourd'hui un fait, clairement énoncé, « le sport est un élément capital de la santé » (discours du 2 novembre 2009 à Marseille du Président de la République, lors du lancement du plan cancer II, 2009-2013). Ces propos du chef de l'État rendent désormais d'autant plus légitimes les actions et projets liés au sport et à ses bienfaits sur la santé.

Cette perception du sport comme un élément capital de la santé nécessite une condition et un soutien politique fort. Ce sera désormais le cas, puisqu'un an plus tard, comme pour appuyer les propos du Président de la République, le ministère de la Santé et des Sports, le Comité national olympique sportif français (CNOSF) et la Mutualité française ont organisé en septembre 2010 les premiers rendez-vous « Sentez-vous sport, santé vous bien ! », avec la participation du Centre national pour le développement du sport (CNDS). Lors de cette opération, de nombreuses actions ont vu le jour sur le terrain, notamment grâce au développement de dispositifs institutionnels de proximité tels que les ateliers santé ville.

L'objectif est d'inciter le plus large public à pratiquer une activité physique ou sportive et d'offrir un espace de solidarité entre les pratiquants habituels et les personnes éloignées des pratiques sportives, notamment pour des raisons tenant à leur état de santé. Cette action inscrite dans la thématique « sport, santé, bien-être » se veut pérenne pour soutenir la démarche développée dans le Programme national de prévention par les activités physiques ou sportives (PNAPS).

Les grands changements qui s'opèrent actuellement dans le domaine de la santé publique retentissent sur le monde du sport et mettent en évidence les liens intimes existant entre ces deux champs d'interventions.

Le projet « *Picardie en Forme* », partenariat régional entre l'agence régionale de santé, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, le conseil régional et le comité régional olympique et sportif est une initiative de mobilisation des acteurs sur le chemin de la promotion de la santé. Il sera nécessaire de concilier les enjeux des uns et des autres pour tendre vers un objectif commun : construire un réseau d'acteurs sport-santé et une culture commune.

Jean-François COQUAND

Directeur régional de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale de Picardie

Programmes locaux et régionaux de santé : Ottawa 2011

Le quatrième colloque international des programmes locaux et régionaux de santé s'est tenu à Ottawa en juin dernier en présence de quelque 300 personnes. Cette quatrième édition d'un colloque né en Picardie en 2001, et dont on fêtait le dixième anniversaire, titrait : *Les artisans du changement*. Il fallait entendre par cela la capacité des acteurs de terrain à pouvoir modifier leur environnement localement. C'est ce qu'a rappelé Philippe Lorenzo, président du Bureau international, lors de la séance de conclusion, fustigeant la maxime : *Penser global, agir local* pour lui préférer : *Penser et agir localement dans une action globale*. En séminaire de pré-colloque, co-organisé par l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, la direction générale de la santé (France) et le centre de collaboration nationale sur les politiques de santé (Québec), les congressistes ont pu débattre de l'évaluation d'impact sur la santé.

Concept peu connu encore des acteurs de terrain, il a le mérite d'être au cœur de l'intersectorialité et de s'assurer des impacts, positifs comme négatifs, de toute politique ou action mise en œuvre hors de la santé.

Au-delà de thématiques abordées par le colloque, on retiendra la question de la confiance. Introduite par Dominique-Paule Decoster en conférence plénière, la confiance est le liant entre les échanges des acteurs sur un territoire. Permettant la reconnaissance réciproque des acteurs entre eux, elle en fait le socle de la réussite des processus de développement territorial local.

Quelques artisans du changement ont été honorés lors du colloque : Abdelaziz Tadjedine pour son travail auprès des patients atteints du Sida (Algérie), Adbou Salam Fall sur la recherche partenariale et la planification locale des services de santé (Sénégal)...

On retiendra aussi ces quelques mots : « Le pouvoir est le salaire de la participation »



(Michel Venne), ou « Chaque décision est une hypothèse à valider » (Richard Lessard). Trois présentations picardes (OR2S et Ireps) avaient été retenues sur les indicateurs sanitaires et sociaux dans la politique régionale de santé, la *Task force* alcool et École 21.

En marge du colloque, les vingt-cinq ans de la Charte d'Ottawa (1986) ont été célébrés en présence de trois des rédacteurs de l'époque. Parmi eux, Ilona Kickbusch a rappelé dans une conférence inaugurale de haute tenue que « Quand on parle de santé, on doit parler plus que de santé ».

Le cinquième édition se déroulera en 2014. Le pays d'accueil sera connu début 2012.

Environnement santé : colloque à Amiens

A l'initiative du conseil régional de Picardie, un colloque *Environnement santé* s'est tenu à Amiens les 14 et 15 octobre dernier. Si la dénomination est récente, comme l'a rappelé François Veillerette, vice-président du conseil régional en charge de l'environnement, santé-environnement et alimentation, le concept de « santé environnementale » est certainement plus ancien. Alain Trugeon, directeur de l'OR2S, a du reste commencé sa communication introduite en revenant quinze ans en arrière avec le congrès des ORS à Amiens dont le titre était *La santé, indicateur d'environnements*.

André Ciccolella de l'Inéris a approfondi en introduction le lien santé environnement, en montrant notamment dans l'exposition aux risques environnementaux, que l'important n'était pas la dose, mais la période d'exposition, visant en premier lieu la gestation et la prime enfance. En conclusion, Pierre Goovaerts a exposé les méthodes géostatistiques dont le but est de fournir des cartes d'exposition environnementales pour analyser le lien avec des données sanitaires, par exemple d'incidence de cancers. Après un rappel par l'OR2S de la situation picarde tant du point de vue de l'état sanitaire et social de la population que des données du *Baromètre santé environnement*, les participants au colloque

ont travaillé dans trois ateliers parallèles, le vendredi comme le samedi. Le premier des ateliers portait sur l'environnement intérieur et la qualité de l'air dans l'habitat. Le deuxième abordait l'alimentation, de la production à la consommation tandis que le troisième pointait une nouvelle approche des risques toxiques. Les conclusions de ce jour et demi de colloque devraient mettre à jour des pistes de travail, tant pour la recherche que pour la prévention et la communication.

L'atelier sur la qualité de l'air intérieur propose cinq pistes :

- standardiser les modalités de mesure et d'interprétation et les proposer de manière pragmatique à la population ;
- développer une approche préventive des pollutions de la qualité de l'air intérieur ;
- développer une campagne de sensibilisation pour les professionnels, publier un manuel régional de l'utilisation de l'habitat ;
- privilégier les aides publiques vers une intégration plus globale de la prévention.

Pour l'atelier sur l'alimentation, la réflexion devrait porter sur :

- quantifier l'ensemble des expositions aux contaminants alimentaires ;
- développer la recherche participative en

agriculture biologique avec une approche indispensable en sciences sociales ;

- renforcer la place du citoyen au sein des actions de santé environnementale, tant dans l'acte que dans les productions ;
- inciter les enfants, les jeunes et les professionnels de santé à être vecteurs d'information ;
- développer et renforcer les lieux de concertation et d'échange ;
- renforcer les actions territoriales des collectivités locales (débat par exemple) ;
- développer la protection des périmètres de captage d'eau potable.

L'atelier sur les risques toxiques a privilégié trois actions :

- favoriser et fédérer les échanges entre les différents acteurs, par exemple par un site internet ;
 - toucher toutes les catégories d'âge, professionnelles et sociales, l'école présentant un bon média ;
 - connaître l'état sanitaire du territoire et des différents milieux, pour pouvoir y remédier.
- En conclusion, François Veillerette a rappelé l'engagement du conseil régional à poursuivre les travaux initiés par le colloque.

Les comptes rendus et présentations seront disponibles sur le site du conseil régional.

Stratégie de l'ARS

Afin de prioriser ses actions et d'améliorer leur visibilité, l'ARS a établi soixante programmes stratégiques prioritaires au regard des priorités de la région en matière de santé. Ces programmes, issus de sources nationales ou régionales, concernent tous les champs de compétence de l'agence (prévention, premier recours, hospitalier et médico-social). Ils sont mis en place pour la période 2010-2012 dans l'attente de l'élaboration du projet régional de santé, qui définira la politique de santé de l'agence pour les années 2012-2017.

Au travers de l'identification des soixante programmes stratégiques prioritaires, l'ARS de Picardie a eu la volonté d'atteindre trois objectifs :

- tout d'abord, l'ARS a voulu cibler des actions prioritaires parmi ses multiples missions dont certaines s'inscrivent dans la continuité des actions menées par les institutions préexistantes à l'ARS en matière de santé publique (GRSP, Urcam...), d'organisation des soins (ARH...) ou d'accompagnement médico-social (Drass, Ddass...);
- de plus, l'ARS a voulu améliorer la visibilité de ses actions afin que ses partenaires puissent au mieux articuler leur propre politique à celle de l'agence ;
- enfin, l'ARS a voulu se doter d'outils de construction de suivi et d'évaluation des résultats des actions menées en matière de santé, notamment au travers d'indicateurs nationaux et régionaux de pilotage.

Pour définir ces soixante programmes stratégiques prioritaires, l'ARS s'est appuyée non seulement sur les orientations nationales mais aussi sur les orientations régionales répondant aux enjeux de santé les plus préoccupants en Picardie. En réponse aux instructions nationales, certains programmes ont été établis sur la base de plans de santé publique (Plan Alzheimer, Plan AVC, Plan autisme...), programmes parfois déjà engagés par les institutions préexistantes à l'ARS. D'autres programmes découlent des directives nationales comme le programme national de Gestion du risque. Ce programme s'inscrit dans une démarche de maîtrise des dépenses de santé tout

en favorisant la qualité et l'efficacité des soins. Enfin, d'autres programmes résultent directement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) que l'ARS a signé avec le Comité national de pilotage début 2011. Ce Cpom comporte des objectifs très opérationnels, chiffrés sur les années 2010-2013 (cf. encadré).

Parmi les sources régionales, l'ARS s'est tout d'abord appuyée sur des outils préexistants tels que le programme d'accès aux soins des personnes les plus démunies (Praps), le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros III) ou encore le programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (Priac) afin d'établir certains programmes stratégiques prioritaires. Par la suite, des opérations mises en place par l'ARS comme certaines recompositions hospitalières ont également fait l'objet de programmes. Les programmes stratégiques prioritaires sont regroupés sous onze thématiques (cf. tableau 1).

Pour chacun de ces soixante programmes, un coordonnateur, désigné au sein de l'ARS, est en charge du suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation annuelle. Pour ce faire, un plan d'actions et des indicateurs de suivi ont été définis. Le contenu des programmes, la liste des personnes en charge des programmes ainsi que leurs coordonnées sont accessibles sur le site de l'ARS.

Gaëlle RABOYEAU
ARS Picardie

Tableau 1 : les onze thématiques	Nombre de programmes	Exemples de programmes
Déterminants de santé	7	Amélioration des dépistages organisés des cancers
Qualité de prise en charge	9	Promotion de la bientraitance
Accès aux soins	9	Optimisation de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires
Efficience et dépense de santé	10	Amélioration de la productivité des blocs opératoires
Efficience des professionnels de santé	2	Développement de la stratégie de groupes des hôpitaux publics
Démographie des établissements de santé	3	Développement des maisons de santé pluri-professionnelles
Coordination des acteurs	5	Déploiement de contrats locaux de santé
Promotion des droits et devoirs des usagers	2	Labellisation «2011, droits des patients»
Veille et sécurité sanitaire	2	Prévention et lutte contre les infections associées aux soins
Sécurité environnementale	3	Lutte contre l'habitat insalubre
Programmes territoriaux et recomposition de l'offre sanitaire et médicosociale	9	Création du centre hospitalier du Sud de l'Oise (fusion des CH de Creil et de Senlis)

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom des ARS)

En février 2011, le Directeur général de l'ARS a signé avec le comité de pilotage national des ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) pour la période 2010-2013.

Ce Cpom comprend tout d'abord des objectifs internes à l'ARS, tels que des objectifs de mise en place et de gestion interne de l'agence et des objectifs managériaux. En parallèle, le Cpom comporte des objectifs de la mise en œuvre de sa politique de santé. Cette partie est divisée en deux socles : un socle commun à l'ensemble des ARS comprenant trente-trois fiches et un socle spécifique à chaque région composée, pour la Picardie, de douze fiches. Ces fiches « picardes » ont été proposées afin d'évaluer les actions correspondant aux problématiques de la région. L'ensemble de ces fiches balaie la totalité des champs d'action de l'ARS. Il est prévu une évaluation annuelle des fiches par le comité national de pilotage des ARS afin de suivre l'évolution des actions menées par chaque ARS.

Exemple de fiche (sur les 33 nationales)

Taux de mortalité infantile
Prévalence de l'obésité parmi les enfants à l'entrée en CP
Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale
Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP
Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé
Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (PASA UHR) au regard de l'objectif régional

Exemple de fiche (sur les 12 spécifiques à la région)

Le nombre d'acteurs ayant des compétences en éducation thérapeutique du patient
Pourcentage de captages bénéficiant de périmètres de protection imposables définis par une déclaration d'utilité publique
Part des secteurs couverts par une PDS de 20h00 à minuit + week-end
Nombre de postes (en ETP) de praticiens hospitaliers vacants
Nombre d'établissements publics ayant bénéficié d'un accompagnement pour l'amélioration de leur performance
Nombre de coopérations médicales formalisées entre hôpitaux publics

Programme national suicide 2011-2014

Lancé à l'occasion de la journée mondiale de prévention du suicide le 10 septembre 2011, et dans la continuité de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005, le programme national suicide 2011-2014 comporte quarante-neuf mesures regroupées en six axes :

- le développement de la prévention ;
- l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire et de leur entourage ;
- l'information et la communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide ;
- la formation des professionnels ;
- le développement des études et de la recherche ;
- l'animation du programme au niveau local.

L'approche interministérielle de la problématique du suicide doit permettre d'agir plus efficacement en termes de prévention et de prise en charge. Une attention particulière a également été portée à certaines populations plus vulnérables au risque suicidaire, comme les jeunes adultes (première cause de décès) ou les proches de victimes de suicides. Un des objectifs majeurs du programme est d'améliorer la qualité des données et le suivi des suicides et tentatives de suicide en population générale comme au sein de populations spécifiques (en milieu agricole, en milieu carcéral, dans le contexte professionnel...).

Le programme est piloté par six ministères : Justice et Libertés, Travail, Emploi et Santé, Éducation nationale, Jeunesse et Vie associative, Agriculture, Alimentation, Pêche, Ruralité et Aménagement du territoire, Enseignement supérieur et Recherche, Solidarité et Cohésion sociale.



G20, B20, L20 Cannes 2011

Deux sommets parallèles à celui du G20 auront lieu à Cannes en novembre. D'une part, le Business 20 (B20), qui depuis le G20 de Séoul en 2010

s'est imposé comme un évènement à part entière du Sommet G20. Il s'agit d'un lieu d'expression et d'échange d'opinions de la communauté des affaires au niveau international. Les entreprises et les organisations patronales s'engagent à répondre aux problématiques actuelles en proposant des solutions concrètes.



Le B20 s'organise autour de douze thèmes prioritaires pour le G20. Les présidents d'organisations patronales des pays du G20, ainsi que cent-vingt dirigeants d'entreprises

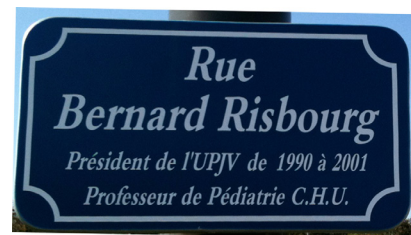
internationales de tous les secteurs, élaboreront ensemble des recommandations à remettre aux chefs d'État et de gouvernement. Elles seront prises en compte dans les conclusions du Sommet du G20.

De son côté, le Labour 20 (L20) est un sommet réunissant secrétaires généraux et présidents de syndicats des pays du G20.

Pour les dirigeants du L20, l'emploi doit figurer au cœur des plans de relance, sous-entendant de la part des gouvernements du G20 qu'ils accordent la priorité à l'augmentation de la demande et au rétablissement de la croissance. Parmi les autres enjeux auxquels le G20 doit accorder la priorité figurent, au premier plan, le développement et la réglementation financière.

De la même manière que pour le B20, les propositions de plans de relance émanant du L20 seront soumises aux chefs d'État et de gouvernement et devront être prises en compte dans les conclusions finales du G20.

Une rue Bernard Risbourg à Amiens



Dix ans après la disparition de Bernard Risbourg, une rue porte désormais son nom. Pédiatre, président de l'université de Picardie Jules Verne, fondateur et président de l'observatoire régional de la santé, Bernard Risbourg aura marqué de son passage toutes les institutions dans lesquelles il aura œuvré. La rue qui porte désormais son nom et qui a été inauguré début octobre, est un vrai symbole : elle est au milieu de la future université de médecine, au Campus, et du groupe hospitalier qui se construit sur les bases du CHU Sud.

Journée de la Plateforme sanitaire et sociale Portrait de jeunes en Picardie 8 décembre 2011, Beauvais



La Plateforme sanitaire et sociale de Picardie organise le 8 décembre à Beauvais (Archives départementales) sa journée annuelle sur les jeunes picards. 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, ARS, conseil régional).

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 protection judiciaire - permettront de rendre compte de la réalité des inégalités sociales et de santé dans la région et des dynamiques mises en place pour les enrayer.

Consultation du programme et modalités d'inscription :

www.or2s.fr/Portals/0/Autres%20sociaux/Programme%20definitif%208_12_11.pdf

UNIVERSITÉ



Journée d'étude Quantification du social et action publique Jeudi 10 novembre 2011 - UPJV

Le Centre universitaire de recherche sur l'action des politiques publiques (Curapp) de l'université de Picardie Jules Verne organise une journée d'étude dans le cadre du projet Baromètre des inégalités et de la pauvreté en Picardie (Bipp). Cinq conférences sont annoncées au programme :

- *Entre quantification et identification : rendre visible le non-recours aux droits* (Hélène Revil) ;
- *Quantification, mise en (in)visibilité et orientations des politiques publiques. Le cas du Fonds social européen* (Thomas Bertrand) ;
- *Après le rapport Stiglitz : la mise en œuvre tronquée des indicateurs du bien-être* (Thomas Venet) ;
- *La quantification au service de l'observation sociale locale : à quelles conditions ?* (Anne Leroy et Claudine Offredi) ;
- *L'analyse des besoins sociaux : un point d'étape sur l'expérience amiénoise* (Rémy Caveng).

La journée se déroulera au pôle universitaire Cathédrale, salle 313 (3^e étage)

Le projet Bipp est financé par le conseil régional de Picardie.

Contact : remy.caveng@u-picardie.fr

Santé environnementale :

Entretien avec Pierre Goovaerts

Pierre Goovaerts a été le Grand témoin du colloque sur la santé environnementale organisé les 14 et 15 octobre par le conseil régional de Picardie. Il était aussi l'invité du projet français Circé (Cancer, inégalités régionales, cantonales et environnement), réunissant l'Inéris et quelques ORS, sur les liens entre les cancers et l'environnement.

Plateforme sanitaire et sociale : Pierre Goovaerts, pouvez-vous retracer en quelques mots votre itinéraire ?

Pierre Goovaerts : Je suis ingénieur en sciences agronomiques diplômé de l'université Catholique de Louvain-la-Neuve (Belgique). Je me suis intéressé à la statistique spatiale principalement appliquée aux données de l'environnement. Je suis par la suite parti aux États-Unis où j'ai rejoint en 2001 l'entreprise BioMedware qui travaille dans le domaine de la santé. Elle était à l'époque principalement financée par le *National Cancer Institute* (NCI) et un de mes premiers projets de recherche a été d'essayer d'appliquer la géostatistique aux données de santé et de voir comment on pourrait croiser ensemble les données de santé et de l'environnement. L'idée était de s'interroger sur l'impact de la pollution sur la santé et, très vite, le *National Institute of Health* (NIH) et le NCI ont été très intéressés par cette démarche.

Plateforme : Quels sont les enjeux de la santé environnementale aux États-Unis ?

P. G. : C'est encore un peu compliqué d'analyser ce type de données. L'un des problèmes est que les données sont disponibles à des échelles spatiales différentes et les données de santé sont souvent agrégées pour des raisons de confidentialité. La question qui s'est posée a été le traitement des données pour arriver à les superposer sur un même support spatial. Petit à petit, les données ont été intégrées dans le logiciel développé par Biomedware. Aux États-Unis, les atlas de mortalité existent depuis plusieurs décennies. L'atlas de mortalité par cancer a été publié en 1975 pour la première fois et présente des données sur la mortalité des Blancs depuis 1950. Les données des autres populations le sont maintenant, celles des noirs-américains depuis 1970, celles des hispaniques plus récemment. L'analyse de ces données a généré pas mal de résultats intéressants et de nombreuses publications. Par exemple, pour les années soixante-dix, on a pu voir que la mortalité par cancer du poumon était très inégalement répartie, avec une sur-mortalité le long des côtes. On a pu mettre cela en relation avec l'utilisation de l'amiante dans les chantiers navals durant la seconde guerre mondiale. L'étude des cartes à partir du croisement des données est une première étape qui permet de générer plusieurs hypothèses de travail. La deuxième étape est d'aller vérifier sur le terrain ces hypothèses. Cela se fait

par des études fines, des entretiens, pour connaître les facteurs à l'origine des cancers. Tout se passe toujours au niveau de l'individu alors que les données sur lesquelles on travaille sont des données de population. La difficulté est de retourner à partir des données populationnelles vers les individus.

Les données, récoltées avec des fonds publics, sont la propriété du public

Plateforme : Pour en venir à Circé, quel est votre rôle dans ce projet qui se déroule en France ?

P. G. : Dans le même temps que je travaillais à la construction du logiciel chez BioMedware, j'ai organisé dans les années 2005 des formations à son utilisation, dont l'une à l'Inéris. J'y ai fait la connaissance d'André Cicoella et, deux ans plus tard, il m'a invité au démarrage de Circé. Mais je n'y intervins pas directement. Mon rôle est un peu celui d'un consultant. Il est d'avoir une vision globale, de donner quelques pistes de travail, d'orienter vers d'autres équipes de recherche qui auraient une démarche similaire ou qui ont réfléchi, par exemple, à la communication des informations vers la population. J'ai aussi accueilli au Michigan un étudiant en thèse travaillant sur le projet Circé.

Plateforme : Le retour des informations est effectivement un point important. Quelle expérience avez-vous des États-Unis ?

P. G. : Ce que j'aime bien aux États-Unis c'est que si les données sont récoltées avec des fonds publics, alors elles sont la propriété du public, avec un certain niveau de confidentialité évidemment pour leur diffusion. Aujourd'hui, la cartographie est un bon moyen de diffuser l'information. La contextualisation des données fait que l'on doit tout représenter sur la carte, pas seulement les données de santé ou de pollution, mais aussi les routes, etc. Cela aide les habitants à situer les problèmes plus facilement. Il y a aussi le rôle que jouent les communautés locales qui se mobilisent très fortement aux États-Unis. Elles interpellent régulièrement les registres des cancers pour qu'une étude soit réalisée lorsque les cas de cancer leurs paraissent anormalement élevés, ou lorsqu'elles ont l'impression qu'il se passe quelque chose dans leur voisinage. Internet favorise aussi le retour d'information et la plus grande partie des informations sont maintenant

disponibles sur les différents sites des organismes.

Plateforme : Un projet comme Circé met en relation l'environnement et les cancers. Cette approche est-elle plus développée aux États-Unis ?

P. G. : Le projet Circé est certainement en phase avec les préoccupations actuelles. Aux États-Unis, on étudie aussi les disparités socio-économiques, ethniques ou les aspects temporels. On a montré qu'en Floride, la proportion des diagnostics tardifs pour le cancer de la prostate a été divisé par deux ces vingt-cinq dernières années. Quand on commence à avoir des séries temporelles longues, analyser l'évolution spatio-temporelle est très intéressant. La difficulté est que les personnes déménagent fréquemment aux États-Unis. Nous travaillons donc à l'intégration de l'historique de la résidence, ce qui permettra aussi de mieux comprendre ce qui se passe. À Marin County (Californie), il y a de très nombreux cancers du sein et on s'aperçoit que les gens qui y résident aujourd'hui habitaient le Wisconsin ou Long Island (New-York) il y a une quinzaine d'années. L'origine des cancers du sein est peut-être liée à une industrie qui se trouvait dans ces régions à cette époque.

Plateforme : Et sur les aspects ethniques ?

Sur ce point, on va relativement loin. Il ne s'agit pas de s'arrêter à la population noire en elle-même, si on prend cet exemple, mais de remonter à l'origine géographique des gens en Afrique même. Les populations issues de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique de l'Ouest n'ont pas tout à fait le même patrimoine génétique. On ne comprend pas vraiment comment le facteur génétique joue, mais nécessairement il a un rôle. Un des problèmes éthiques majeurs de la composante génétique est le risque de vouloir développer des médicaments spécifiques par ethnie. Dans ce cas, on peut craindre que les ethnies minoritaires soient délaissées par l'industrie pharmaceutique. On voit aussi très bien aujourd'hui une discrimination ethnique dans les traitements. Pour le cancer de la prostate, les populations noires auront plutôt accès à des procédures plus invasives que les populations blanches.

Propos recueillis par
Philippe LORENZO



De l'analyse des besoins sociaux à la création d'un observatoire social local : l'expérience amiénoise.

Entretien avec Catherine Girard, directrice du CCAS d'Amiens

Depuis 1995, les centres communaux d'action sociale (CCAS) ont pour obligation de procéder tous les ans à une analyse des besoins sociaux (ABS). Cette démarche vise à dresser un portrait social de la population afin de définir des priorités et d'élaborer les réponses politiques et institutionnelles adéquates. En l'absence de textes cadrant les modalités de mise en œuvre, les responsables locaux doivent proposer et développer une démarche adaptée au territoire dont ils ont la charge.

Plateforme sanitaire et sociale : Mme Catherine Girard, pouvez-vous préciser ce que recouvre l'expression « besoins sociaux » ?

Catherine Girard : Dans une acception restrictive, cela recouvre l'ensemble des activités du CCAS (insertion sociale, personnes âgées, handicap). En élargissant, on prend en compte tous les domaines et les services favorisant l'intégration et la mixité sociales comme l'éducation, le logement, la petite enfance, la jeunesse, l'emploi, l'économie, les équipements publics, les revenus et la politique redistributive (aides sociales), etc. Les textes ne sont pas précis sur ce point. Pour Amiens, nous avons choisi de dresser un tableau le plus large possible, tout en ayant conscience que nous ne disposons pas encore de toutes les données.

PFSS : Quels sont les premiers critères retenus ?

C. G. : Nous avons retenu des critères géographiques pour opérer des découpages permettant d'établir des comparaisons : quartier, commune, département, région, France. Pour chaque niveau territorial, nous avons entrepris de renseigner chacun des thèmes dont nous venons de parler.

Plateforme sanitaire et sociale : Mme Annoot, en tant qu'adjointe aux affaires sociales, qu'attendez-vous de l'ABS ?

Pascaline Annoot : L'ABS répond à un besoin de connaissance fine des besoins de la population indispensable pour identifier les leviers d'action permettant de remédier aux problèmes qu'elle rencontre. Il s'agit donc d'un outil précieux d'aide à la décision à condition de ne pas se couper des situations concrètes qui se cachent derrière les chiffres. Car l'humain doit rester au cœur de nos préoccupations. C'est pourquoi j'attends beaucoup de la démarche participative que nous mettons en œuvre. En faisant parler les chiffres avec les perceptions que les acteurs ont du terrain, nous entendons ainsi mettre au jour des réalités sociales mal connues faute de faire l'objet d'une quantification. De cette manière, nous élargirons et affinerons les réponses que nous pouvons apporter. L'ABS doit révéler la réalité sociale (chômage, illettrisme, déséquilibres urbains, etc.), et les acteurs sociaux doivent s'en emparer pour agir pour l'amélioration de l'équité sociale.

Pour cela, nous disposons déjà de plus de 250 critères sur vingt-trois quartiers amiénois. Ce qui fait beaucoup de données à croiser. Et il en arrive encore. Parmi les indicateurs retenus pour chaque quartier, on peut citer le taux de chômage, les proportions d'enfants de moins de 6 ans, de médecins, de bénéficiaires du RSA, de familles monoparentales et de familles bénéficiant de l'aide sociale, mais aussi les niveaux de formation et de qualification de la population, etc.

PFSS : De quelle manière ces critères ont-ils été définis ?

C. G. : Dans un premier temps, nous avons puisé dans ce qui était disponible. Beaucoup de nos indicateurs sont issus des données Insee. Ensuite nous créons nos indicateurs selon nos besoins en fonction des préoccupations à analyser comme par exemple le taux d'équipement en commerce de proximité par quartier ou l'offre médicale pour lesquels nous procédons par géolocalisation. Tout cela est intuitif et nous manquons de savoir-faire. Mais les renseignements apportés sont riches d'enseignement pour les élus.

PFSS : Quels sont les principes retenus pour l'analyse des territoires composant la commune ?

C. G. : Nous avons retenu les Iris de l'Insee comme base de territoire, et nous les comparons aux chiffres de la commune. Pour Amiens, nous comparons parfois la ville au département, mais ce n'est pas assez parlant compte tenu des déséquilibres du territoire. Alors nous avons choisi de retenir un panel de dix villes de taille équivalente en France, pour comparer des données en prenant en compte des phénomènes de ville centre, de ville étudiante, etc. Pour les questions de santé, nous comparons Amiens à trente-six villes de plus de 100 000 habitants.

PFSS : Pensez-vous ensuite élargir les dimensions observées ?

C. G. : Oui, nous voulons créer un observatoire social en partenariat avec l'Insee, le conseil général, l'Aduga (Agence de développement et d'urbanisme du Grand Amiénois), le conseil régional, l'ARS, l'Éducation nationale et l'université, afin de nous doter d'une méthode et de grilles d'analyses partagées, avec des données dont la collecte serait

organisée dans le temps. Nous pensons apprendre beaucoup de ces partenariats. Nous pourrions ainsi obtenir des données sur l'illettrisme, sur l'impact des actions de prévention sur la santé de la population, etc. Notre objectif est de signer une convention et de créer l'observatoire pour 2012. Nos travaux de 2011 nous ont permis de mesurer l'ampleur des partenariats à nouer, et les problèmes à lever pour y arriver. Plus largement, l'ABS doit se faire en concertation avec l'ensemble des acteurs de la commune (institutions, associations, professionnels de l'action sociale, de la culture, de la jeunesse, monde économique, etc.). Ces données chiffrées collectées doivent être partagées et commentées au regard des expertises de chacun. La démarche se veut donc résolument participative. Ce travail, plus qualitatif, de prise en compte du point de vue des acteurs de terrain, est tout aussi important que le recueil des données, car il donne tout son relief à la réalité sociale, et permet de dégager de façon partagée les priorités.

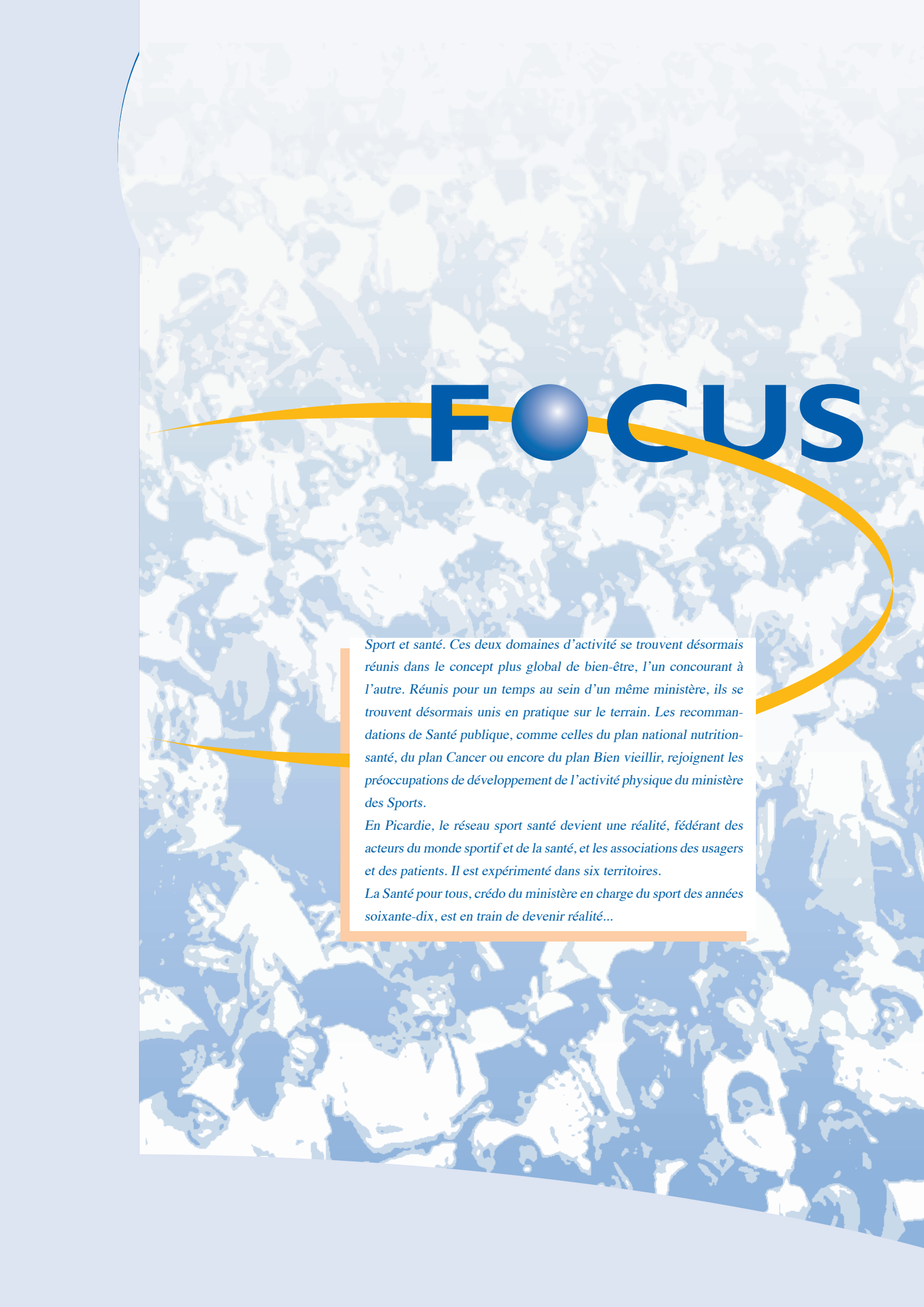
PFSS : Quelle est l'articulation avec les orientations municipales en termes de politique sociale ?

C. G. : L'équipe municipale avait la volonté de mener à bien une ABS et de créer un observatoire social, cela figure dans son plan de mandat. Les résultats de l'ABS vont venir confirmer des orientations élaborées de façon intuitive fondées sur l'expérience du contact quotidien avec la population. Ils vont aussi mettre en exergue des phénomènes ignorés, qui feront l'objet de plans d'actions plus spécifiques.

PFSS : Après cette première mise en œuvre, comment envisagez-vous de faire évoluer cet outil et avec quels objectifs opérationnels ?

C. G. : Cet outil doit être consolidé par des indicateurs formalisés et des engagements des partenaires à renseigner les données. Le but est de sortir une ABS annuelle et trois enquêtes zoom par an, tout en répondant à toutes les sollicitations des services de la commune (communication, services techniques, jeunesse, etc.).

Propos recueillis par
Rémy CAVENG



FOCUS

Sport et santé. Ces deux domaines d'activité se trouvent désormais réunis dans le concept plus global de bien-être, l'un concourant à l'autre. Réunis pour un temps au sein d'un même ministère, ils se trouvent désormais unis en pratique sur le terrain. Les recommandations de Santé publique, comme celles du plan national nutrition-santé, du plan Cancer ou encore du plan Bien vieillir, rejoignent les préoccupations de développement de l'activité physique du ministère des Sports.

En Picardie, le réseau sport santé devient une réalité, fédérant des acteurs du monde sportif et de la santé, et les associations des usagers et des patients. Il est expérimenté dans six territoires.

La Santé pour tous, crédo du ministère en charge du sport des années soixante-dix, est en train de devenir réalité...

Présentation de *Picardie en forme* réseau sport santé bien-être

Le réseau sport santé bien-être se met en place en Picardie. Il fédère les acteurs du sport, de la santé et les associations d'usagers autour de la réalisation d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive.

La direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et le comité régional olympique et sportif de Picardie ont initié un projet commun afin de développer l'activité physique comme outil de prévention de la santé et du bien-être du citoyen. Les médecins respectifs de ces deux partenaires ont réuni des acteurs du milieu de la santé, du sport et des usagers afin de construire ensemble un réseau sport santé en Picardie. La création du réseau s'appuie notamment sur les mesures prévues par les programmes et les plans nationaux ministériels (Plan Bien vieillir, PNNS, Plan cancer...). La création du pôle ressources national sport santé qui se place au cœur de la politique menée par le ministère des Sports pour la promotion et le développement des activités physiques et sportives adaptées et sécurisées à des fins thérapeutiques encourage également cette initiative en promouvant le développement de ce type de structure dans les régions. L'objectif général du dispositif *Picardie en Forme* – réseau sport santé bien-être est de rendre possible la réalisation d'une activité physique ou sportive, régulière, adaptée, sécurisante et progressive (APS RASP) à toute personne porteuse de pathologies chroniques en améliorant son accompagnement et la coordination entre tous les acteurs sport et santé.

Cinq objectifs pour le réseau

Il est prouvé que l'activité physique prévient les principales pathologies chroniques et se place comme un élément majeur dans leur traitement. Elle permet également une croissance harmonieuse chez l'enfant et l'adolescent, le maintien de l'autonomie chez les personnes âgées, un meilleur contrôle du poids corporel et améliore la santé mentale. Le réseau sport santé fait le lien entre les professionnels des structures sanitaires et médico-sociales, les associations sportives avec offres « sport-santé » et les associations d'usagers. Il permet une prise en charge coordonnée des usagers du système de santé sans rupture entre la prévention, le dépistage et le soin et s'articule avec les différents réseaux de santé thématiques ou populationnels de la région. Le comité de pilotage a défini des priorités

pour la période 2011-2013 :

- fédérer et coordonner les acteurs du sport et de la santé travaillant auprès d'un public atteint d'une pathologie chronique autour d'une charte régionale sport santé ;
- développer un parcours de l'utilisateur adapté, une démarche qualité et une qualification des acteurs « Sport-Santé » en proposant un parcours de reprise adapté aux publics et aux territoires ainsi que des formations à destination des encadrants du monde sportif et des professionnels de santé ;
- faire du réseau un outil de ressources et un espace collaboratif de travail en développant des temps de réflexion entre les acteurs et en créant un annuaire de référencement des structures qui proposent une pratique sport santé ;
- promouvoir la pratique d'une activité physique comme facteur de santé et de bien-être en créant des outils adaptés et en promouvant le réseau et la pratique d'une activité physique lors d'événements (salons, manifestations sportives...);
- évaluer la démarche pour permettre l'amélioration du dispositif et l'obtention de données concrètes pour la mise en place d'études.

Plusieurs réunions du comité de pilotage et de groupes de travail ont permis la mise en place de plusieurs projets d'action : un programme de formation, l'élaboration d'un parcours type de reprise d'activité physique, une charte de communication, un recensement des actions sport-santé...

Le lancement d'une expérimentation sur les six territoires de la région identifiés prioritairement (cf. carte ci-dessous) est également en cours. Un trio de référents (santé, sport,

usager) a été sollicité pour assurer au mieux l'impulsion de la démarche au niveau local et le lien avec le niveau régional.

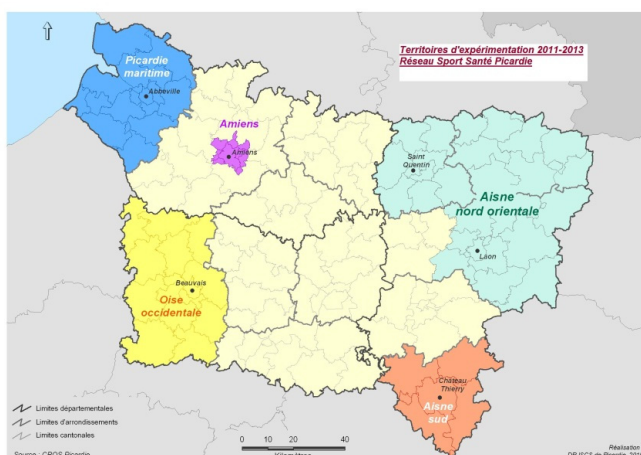
Rendez-vous est donc pris à la fin d'année 2011 pour la signature de la charte constitutive (cf. article page 9).

Dr Aziz ALLAL
DRJSCS Picardie

Dr Valérie AMIARD
CROS Picardie

Le réseau sport santé bien-être « Picardie en forme » est co-animé par le comité régional olympique et sportif de Picardie et la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Il est soutenu depuis l'origine par des partenaires institutionnels que sont l'agence régionale de santé, le conseil régional, un partenaire privé, Sanofi et des partenaires techniques que sont les comités départementaux olympiques et sportifs, les directions départementales de la cohésion sociale, le comité régional EPMM Sport pour tous, le comité régional de la randonnée pédestre, l'Ufolep Picardie, l'union régionale des professionnels de santé médecins libéraux, l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, l'observatoire régional de la santé et du social, le collectif inter-associatif sur la santé, le réseau picard de prévention et d'éducation thérapeutique du patient, les réseaux Adiammo, Oncopic.

Retrouvez plus d'information dans la rubrique « Sport Santé » du site internet du comité régional olympique et sportif de Picardie : <http://picardie.franceolympique.com>





La diminution de l'activité physique est constante dans l'ensemble des pays occidentaux. Elle touche plus particulièrement les jeunes et les personnes socialement défavorisées du fait de leur mode de vie.

Les opportunités de s'adonner à une activité physique s'amenuisent, aussi bien au travail que durant les loisirs. Il importe donc de recréer un environnement favorable à l'activité physique pour compenser cette évolution tendancielle. Ce n'est pas tant une question d'installations sportives, car celles-ci existent généralement, mais plutôt d'aménagements urbains sécurisés incitant à la marche à pied ou la pratique du vélo. L'organisation de la ville, le cadre urbain et l'accès à l'environnement naturel peuvent encourager ou au contraire entraver un mode de vie actif.

Le manque d'activité physique multiplie les risques sanitaires et peut déboucher sur la surcharge pondérale, voire l'obésité, qui touche une part croissante de la population partout dans le monde. Près d'un français sur deux est en situation de surpoids ou d'obésité. En France, le taux de prévalence de l'obésité s'élève aujourd'hui à 14,5 % pour les adultes, et pourrait atteindre 22,0 % d'ici à 2025.

Selon l'enquête *Eurobaromètre Santé et alimentation* publiée en novembre 2006, seulement 15 % des Européens pratiquent régulièrement un sport, et la plupart restent assis en moyenne plus de six heures dans une journée normale. Entre les deux sondages Eurobaromètre réalisés en 2002 puis en 2005, le nombre de citoyens déclarant avoir pratiqué très peu de sport ou aucune activité physique au cours des sept derniers jours est passé de 46 % à 57 %.

Cette situation préoccupante serait imputable à la faible reconnaissance de sa valeur éducative (activité non productive, peu valorisée au plan intellectuel, servant souvent de compensation...), et à l'insuffisance des moyens financiers, matériels et humains qui lui sont alloués. La pratique d'une activité physique quotidienne améliore la santé et a des impacts positifs en matière de socialité.

Au niveau régional, les chiffres de santé des Picards les placent dans une situation qu'il est possible de juger alarmante (taux de mortalité le plus élevé sur le plan national derrière le Nord - Pas-de-Calais, taux de mortalité prématurée supérieur de 16 % au niveau national, un Picard sur deux en situation de surpoids...). Ces chiffres peuvent se justifier en partie par une pratique moyenne de l'activité physique. En effet, selon le *Baromètre Santé-Nutrition 2008*, seulement 42,5 % des

Picards âgés entre 18 et 75 ans (50,6 % des hommes, 34,5 % des femmes) considèrent pratiquer une activité physique suffisante. Une enquête Insee (2007) aggrave ce constat en précisant que seul 34,3 % des Picards déclarent avoir pratiqué une activité physique régulière (43,2 % en France). Les raisons les plus fréquemment évoquées sont le manque de temps chez les moins de 65 ans. En revanche, ce sont l'incapacité physique et l'état de santé chez les plus de 65 ans.

Chez les 12-17 ans, près de huit Picards sur dix déclarent avoir une activité physique suffisante (79 %), soit dix points de plus que la moyenne nationale. Par ailleurs, il est constaté une diminution de la pratique sportive avec l'âge. En effet, environ 95 % des jeunes de 12 à 14 ans déclarent pratiquer une activité physique contre environ 65 % des 23-25 ans. La tendance à la diminution de l'activité physique avec l'âge se croise avec l'augmentation des activités sédentaires (lecture, télévision, internet...). En effet, la veille de l'interview mise en place dans le cadre de l'étude (*Baromètre Santé 12-25 ans*), 82,8 % des jeunes ont déclaré avoir regardé la télévision et 60,3 % avoir utilisé un ordinateur.

La promotion de la santé est l'un des éléments essentiels des soins de santé primaires, en même temps qu'une fonction clé de la santé publique. Sa valeur est de plus en plus reconnue ; elle constitue un moyen à la fois efficace et économique de réduire la charge de morbidité et d'atténuer les effets sociaux et économiques des maladies. Les liens entre la promotion de la santé, le sport et le bien-être sont largement reconnus.

Le développement de l'activité physique est un formidable investissement dans l'être humain, dans la santé, dans l'économie et dans le développement durable.

La récente *Charte de Toronto* (2010) pour l'activité physique est un appel mondial à l'action. Elle est un instrument de plaidoyer pour implanter durablement des conditions favorisant un mode de vie actif pour toutes et pour tous :

« Les personnes et les organismes intéressés à promouvoir l'activité physique peuvent utiliser cette charte pour sensibiliser et rassembler les décideurs nationaux, régionaux et locaux dans la poursuite d'un objectif commun. Ces décideurs, issus des domaines de la santé, du transport, de l'environnement, du sport, des loisirs, de l'éducation et de l'urbanisme, appartiennent autant à des organismes gouvernementaux qu'à la société civile ou au secteur privé ».

L'activité physique favorise le bien-être ainsi

que la santé physique et mentale. Elle prévient la maladie, améliore les liens sociaux et la qualité de vie, en plus de procurer des bénéfices économiques et de contribuer au développement durable.

Pourquoi une charte de l'activité physique en région Picardie ?

Dans un contexte budgétaire contraint et face aux défis qu'engendrent le surpoids et le vieillissement de la population, le développement du « sport santé », loin de représenter un coût pour les finances publiques, pourrait permettre de réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale en réduisant les dépenses liées aux pathologies dues à l'obésité.

La promotion de la santé par le sport est une des priorités des ministères de la Santé et des Sports. La création du pôle ressource national « sport et santé » à Vichy en est une illustration récente. Qu'elles soient portées par les acteurs institutionnels ou associatifs, les initiatives participant au développement du « sport santé » se multiplient et les possibilités d'aides (méthodologiques et/ou financières) offertes aux porteurs de projets se font chaque année plus nombreuses.

L'agence régionale de santé (ARS), la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et le comité régional olympique et sportif (CROS), représentant le mouvement sportif et leurs réseaux ont vocation à développer de nombreuses collaborations au bénéfice des publics prioritaires mais aussi de l'ensemble de la population sur des thèmes communs d'intervention, notamment la promotion de la santé par le sport en Picardie.

La charte sport et santé se veut être le ciment de la construction de ce partenariat autour de la création du *Réseau Sport Santé Bien-être « Picardie en Forme »*.

Yassine CHAIB
DRJSCS Picardie

Romain BLED
CROS Picardie

Sources

Diagnostic Santé 2009, OR2S Picardie.
Nicolas Téri, *Pour une véritable politique de promotion de la santé par le sport*, www.tnova.fr, juin 2010.

Une action partenariale sport santé en Picardie : les cours de gymnastique de Vivaise

Dans le cadre du développement du sport santé dans l'Aisne, un partenariat unissant le pôle de prévention et d'éducation du patient de Laon, la direction départementale de la cohésion sociale de l'Aisne et le comité départemental sport adapté de l'Aisne, a été réalisé.

L'objectif de cette action était de proposer à des patients du pôle de prévention et d'éducation du patient de Laon des cours de mise ou remise en forme. Les personnes concernées relèvent des champs de l'obésité, du sevrage tabagique ou du diabète.

Le projet, démarré en novembre 2010 et clôturé à la fin juin 2011, se composait de vingt-huit séances d'une heure d'intervention à la salle de gymnastique de Vivaise.

La spécificité de ces séances était de redonner confiance à des personnes vis-à-vis de l'activité physique qui leur semblait inaccessible.

Un travail sur la connaissance de son corps a donc été réalisé mais adapté à la spécificité de chacun par plusieurs ateliers (travail de renforcement musculaire, assouplissement, endurance, technique d'échauffement et technique d'étire-

ment), chaque participant ayant libre choix de sa pratique. L'éducateur médico-sportif adaptait alors au mieux l'atelier au profil de l'utilisateur.

Les séances ont été réalisées volontairement avec très peu de matériel sportif pour démontrer que la pratique avec peu de moyens était possible.

Au fur et à mesure des séances, les participants ont changé, les craintes laissant place aux rires, ayant une posture plus droite révélant un signe de changement et d'affirmation de son corps et de soi.

Certains ont même investi dans du matériel afin de réaliser les exercices à la maison (une fiche comprenant divers exercices leur ayant été remise en fin de cycle).

Cette année de remise en forme a permis d'observer des évolutions et des prises de conscience. Il a été observé des personnes introverties et renfermées derrière leur pathologie s'ouvrir aux autres, s'accepter et donc avancer. Toutefois, il a également été constaté qu'il s'avère difficile pour ces personnes ayant encore un doute sur leur capacité à suivre l'activité, d'envisager la possibilité d'intégrer une association extérieure.

Dans le cadre du bilan de l'action 2010-2011, un recueil de témoignages a été effectué qui révèle également une évolution de la perception de l'activité physique chez les usagers. En voici quelques-uns :

« Bonne ambiance, donc agréable psychologiquement, très bon anti-stress »

« Perte de poids donc utilisation plus intéressante de l'insuline : moins de gras, plus de muscle »

« Je commence à m'échauffer le matin et m'étirer le soir... régulièrement »

« Je marche presque tous les jours et je vais aller à la piscine faire de la gym aquatique ».

Geoffrey BESNIER

Éducateur médico-sportif au comité départemental sport adapté de l'Aisne

Perspectives du comité régional olympique et sportif de Picardie

Pour la première fois dans l'histoire de nos institutions, sport et santé ont été réunis en 2007 sous l'égide d'un même ministère. En jetant cette passerelle inédite entre le sport et la santé, une affinité qui s'imposait depuis longtemps déjà comme une évidence, semble s'inscrire dans les textes.

Sport et santé ont, en effet, indubitablement partie liée. Le bon sens nous l'enseigne. La science nous le confirme un peu plus chaque jour. Il est désormais établi qu'une demi-heure quotidienne d'activité physique modérée permet de gagner jusqu'à quatorze années d'espérance de vie. L'activité physique divise aussi par deux les risques de maladies coronariennes. Elle augmente le taux de bon cholestérol. Évidence entre toutes les évidences, l'activité physique permet de lutter contre le surpoids. Non seulement les effets de l'activité ont été prouvés contre certains cancers, mais elle a une incidence très nette sur le psychisme : bouger, marcher et se dépenser,

même modérément, permet de mieux résister au stress et à la pression sociale. Enfin, l'activité physique retarde les effets du vieillissement, et améliore nettement la qualité de vie des personnes âgées.

Les médecins et les soignants ont certes l'habitude de préconiser à leurs patients la pratique d'une activité physique régulière mais ne savent pas toujours vers quelles structures les orienter. Lorsqu'elle est arrivée au comité régional olympique et sportif (CROS) de Picardie, le nouveau médecin, Valérie Amiard a proposé de les aider à donner plus de force à ces prescriptions qu'une simple et bienveillante recommandation, ceci en travaillant à l'élaboration d'une culture commune et d'un dialogue nouveau en développant le projet d'un réseau sport santé à l'échelon régional.

Ce projet a amené un rapprochement du CROS, de la DRJSCS et du conseil régional. Ces structures ont souhaité tisser un véritable réseau liant les médecins et les différents

acteurs du monde sportif (centres sportifs, associations, ou représentants locaux des fédérations) afin que les soignants puissent, éventuellement, adresser leurs patients aux structures les mieux adaptées à leurs besoins. Il a également amené à nous doter des moyens nécessaires, humains et financiers, et à rechercher des partenariats, notamment avec l'agence régionale de santé, sur le plan institutionnel, et avec Sanofi, du côté du partenariat privé.

À travers ce dispositif, le mouvement sportif souhaite s'engager au mieux auprès de tous les citoyens en se rapprochant des valeurs fondamentales de la pratique sportive : santé, bien-être, solidarité, citoyenneté...

Éric MOREL

Président du CROS Picardie

Pratiques physiques et sportives en France

Enquête 2010

L'enquête sur la pratique physique et sportive en France, commanditée par le centre national pour le développement du sport (CNDS) et le ministère en charge des sports, vise à décrire la diversité des pratiques physiques et sportives et à caractériser le profil socio-démographique des pratiquants et des non-pratiquants.

89% : c'est le taux de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir fait au moins une activité physique et sportive, même occasionnelle, dans les douze mois ayant précédé l'enquête. Ce taux global comptabilise également les personnes ayant pratiqué uniquement pendant leurs vacances une activité physique ou sportive (5 %). Plus des deux tiers des pratiquants n'adhèrent à aucune structure. Trente-quatre millions d'individus (65 %), ont pratiqué de manière soutenue une activité physique ou sportive, soit au moins une fois par semaine tout au long de l'année. 43 % d'entre eux ont eu une pratique intensive (plus d'une fois par semaine)

Marche, natation, vélo, jogging et footing : quatuor de tête

Cependant, près de 1,5 million de personnes de 15 ans et plus ne pratique une activité physique (marche, vélo ou VTT, moto) qu'à des fins strictement utilitaires, le plus souvent dans le cadre de déplacements domicile-tra-

vail ou domicile-école ou pour des raisons de santé.

En 2010, le palmarès des principales activités physiques ou sportives citées par les personnes interrogées est globalement comparable à celui observé dans les enquêtes nationales (2000, 2003) : marche, natation, vélo, jogging et footing arrivent nettement en tête. La marche est la pratique la plus largement réalisée. La marche de loisir concerne la moitié des personnes interrogées, et la marche utilitaire, pratiquée souvent de façon assidue, en touche près d'un quart. Elles sont à dissocier de la randonnée pédestre (9 %) et de la randonnée en montagne (6 %). Les personnes qui ne pratiquent que la marche représentent 12 % de l'ensemble des personnes ayant déclaré une activité physique et sportive.

La natation de loisir et le vélo de loisir touchent un peu plus d'une personne sur cinq. Enfin, footing et jogging sont pratiqués par 16 % des personnes.

Des différences sociales marquées

L'enquête met en évidence un lien entre le profil social des personnes et leurs pratiques. Âge, sexe, revenu, diplôme et catégorie socio-professionnelle en sont les marqueurs prépondérants. Ainsi, les hommes se déclarent un peu plus souvent pratiquants (91 %) que les femmes (87 %), sachant par ailleurs que les femmes pratiquent plus la marche ou des activités utilitaires. La pratique est aussi plus intensive pour les hommes : 46 % d'entre eux ont une activité physique et sportive plus d'une fois par semaine, pour 40 % des femmes.

Si un homme sur quatre participe aux compétitions, cela ne concerne qu'une femme sur dix. Cependant, les femmes ont plus souvent recours à un encadrement.

La pratique est modifiée en fonction de l'âge. La moitié des 15-29 ans pratique dans une structure privée ou associative, avec un encadrement, et près d'une personne sur trois s'engage dans des compétitions ou des rassemblements.



Bruno Lefevre, Patrick Thierry, Les premiers résultats de l'enquête 2010 sur les pratiques physiques et sportives en France, *Stat-info*, n°10-01, décembre 2010, ministère des Sports.

Téléchargeable sur www.sports.gouv.fr, rubrique statistiques

Les non-pratiquants

Majoritairement des femmes, les non pratiquants sont en moyenne plus âgés que les pratiquants (43 % d'entre eux ont 65 ans et plus) et avec des revenus plus modestes. Ils invoquent en premier lieu leur âge et des problèmes de santé comme cause de leur non-pratique. Pour les plus jeunes, les contraintes familiales et professionnelle arrivent en tête des raisons citées. Viennent ensuite le coût des activités et des matériels sportifs et l'éloignement des équipements. Le manque d'intérêt pour le sport est aussi souvent évoqué.

Plus de la moitié des non-pratiquants a cependant exercé une activité physique et sportive dans le passé en dehors du sport obligatoire à l'école.

Les seniors (50 ans et plus) continuent à avoir une pratique intensive (44 %) comparable à celle de l'ensemble de la population même s'ils pratiquent beaucoup moins souvent au sein d'une structure (18 %) ou de manière encadrée (17 %), et participent peu à des compétitions ou manifestations sportives (9 %). La profession, le diplôme et le revenu différencient aussi les pratiquants. Les cadres ou professions intellectuelles supérieures, ainsi que les professions intermédiaires ont des taux de pratique d'activités physiques ou sportives globalement plus élevés que les autres catégories socioprofessionnelles. Les diplômés de l'enseignement supérieur et les personnes aux revenus les plus hauts, ont les taux de pratique les plus forts (au moins 96 %), et l'écart avec les autres catégories de la population serait encore plus important si on excluait les activités comme la marche. Ces personnes sont deux fois plus souvent inscrites dans une structure, ou encadrées pour leur activité (environ 40 %) que les pratiquants ayant les plus bas revenus ou de moindres niveaux de diplôme (près de 20 %). Leur taux de participation à des compétitions ou à des manifestations sportives est aussi bien plus élevé (environ un quart).

Initiative citoyenne portée par les Européennes

À l'issue de la conférence *Femmes d'Europe et Initiative Citoyenne* organisée le 21 septembre au Parlement européen par la Fondation Robert Schuman, en partenariat avec la DG Éducation et Culture de la Commission européenne, l'Institut Karamanlis pour la Démocratie et la Fondation polonaise Robert Schuman, les femmes européennes veulent lancer une initiative citoyenne.

Cet événement a rassemblé un grand nombre de femmes soucieuses d'avancer vers davantage d'égalité et de parité en présence de Maros Sefcovic, vice-président de la Commission européenne.

Un espace a été ouvert sur le site www.femmes-europe.eu dans lequel les femmes préciseront leurs idées. Elles préparent un projet pour lancer une initiative citoyenne dès avril 2012...

http://www.femmes-europe.eu/vos_idees.php



José Manuel Barroso, discours de l'état de l'Union : Let's do it !

C'est par ces mots que José Manuel Barroso, président de la Commission européenne, a conclu son discours sur l'état de l'Union le 28 septembre 2011 devant le Parlement réuni à Strasbourg.

Face à la crise qu'il a qualifiée de financière, économique et sociale, mais aussi de crise de confiance, il s'est dit favorable à la création d'un gouvernement économique en Europe, gouvernement qui pourrait être la Commission elle-même. Il a demandé que tous les États membres prennent les dispositions législatives pour que la directive sur les services soit mise en œuvre. Autrefois appelé Directive Bolkenstein, ce texte fait entrer de plain-pied les services dans le marché concurrentiel. Il a aussi évoqué l'emploi des jeunes. À l'heure où un jeune européen sur cinq ne trouve pas de travail, il a demandé aux entreprises, aux partenaires sociaux, aux autorités nationales et à l'Union elle-même de collaborer dans le cadre d'une initiative qui pourrait s'appeler «Des perspectives d'emploi pour les jeunes».

Il a enfin demandé au Conseil de revenir sur l'arrêt du programme d'aide alimentaire pour les quelque quatre-vingt millions d'Européens menacés de pauvreté.

En citant le *Let's do it !* de Nelson Mandela, José Manuel Barroso a invoqué la confiance que les Européens devraient avoir dans leurs institutions.



Nutrition saine à l'école

Avec un réseau d'États membres, l'OMS a lancé l'initiative *Écoles favorables à la nutrition*. Son but est de mettre en place une structure dans laquelle peuvent être conçus des programmes d'intervention en milieu scolaire qui s'attaquent à la mauvaise santé due au mode de nutrition, et qui veulent stimuler les liens entre les divers programmes visant à lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes.

Le programme porte sur la fourniture des repas à base d'aliments sains et nutritifs. Les enfants devraient avoir le temps de faire des choix judicieux dans une atmosphère favorable et les repas devraient être préparés dans le respect de principes directeurs raisonnables de manière à tirer le meilleur parti possible de leur composition nutritionnelle. L'implication des enfants dans la préparation peut avoir un effet positif. L'OMS privilégie la création de «clubs de petits déjeuneurs» qui peuvent être une bonne façon d'inciter les jeunes à prendre plus souvent un petit déjeuner, à avoir un comportement positif et à favoriser la réussite à l'école. Leurs effets pourraient être encore plus importants pour les familles vivant dans des quartiers pauvres.

Dans la voie déjà tracée par la France, l'OMS souhaite que le nombre de distributeurs automatiques soit réduit ou qu'on y propose des produits plus sains qui favoriseraient la stratégie sanitaire de toute l'école. Des partenariats avec des agriculteurs et détaillants locaux peuvent encourager la consommation de produits frais locaux et améliorer la valeur nutritionnelle de l'alimentation des enfants. Des programmes subventionnés connaissent un grand succès dans de nombreux pays, en particulier au sein de l'Union européenne où, dans le cadre de programmes nationaux, chaque enfant reçoit un fruit gratuit chaque jour d'école. Jusqu'ici, ces programmes ont été mis sur pied dans vingt-quatre pays.

Enfin, l'OMS rappelle qu'il est important pour les jeunes enfants de boire. Leur accès à l'eau devrait être une priorité. Il faudrait éviter au maximum ou, mieux, éliminer les boissons gazeuses avec sucre ajouté.



La Charte sociale européenne a 50 ans

La Charte sociale européenne, qui garantit les droits sociaux et économiques de l'homme, fête ses cinquante ans. Adoptée par le Conseil de l'Europe en 1961, elle a été révisée en 1996. Elle énonce des droits et libertés et établit un système de contrôle qui garantit leur respect par les États parties.

L'objectif du Conseil de l'Europe est double : donner une impulsion sociale à la mondialisation et parvenir à ce que la Charte soit de plus en plus reconnue comme document de référence d'un véritable ordre social européen.

La Charte garantit les droits des citoyens dans les actes de la vie quotidienne. Les droits garantis relèvent du logement, de la santé, de l'éducation, de l'emploi, de la protection juridique et sociale, de la libre circulation des personnes et de la non-discrimination.

En ce qui concerne la santé, la Charte œuvre :

- pour des structures de soins accessibles et efficaces pour l'ensemble de la population ;
- pour une politique de prévention des maladies, garantissant un environnement sain ;
- pour l'élimination des risques en milieu professionnel pour assurer en droit et en pratique la santé et la sécurité au travail ;
- pour la protection de la maternité.

Les États membres du Conseil de l'Europe ont pu adopter tout ou en partie la Charte. Le Protocole additionnel de 1995, entré en vigueur en 1998, reconnaît un droit à la saisine collective. Il permet aux ONG habilitées, aux organisations d'employeurs et aux syndicats d'enclencher une procédure de plainte contre un État.

INEQUALITY WATCH

Développé par plusieurs structures nationales européennes, *Inequality Watch* est un site internet qui permet de mutualiser les approches, les connaissances et les évolutions sur les inégalités sociales.

Inequality Watch, Observatoire européen des inégalités, est un réseau européen indépendant d'information sur les inégalités en Europe. Il est né de la volonté d'associations et de centres de recherche indépendants pour observer l'état et l'évolution des inégalités en Europe. Au sein de leur pays, ces organisations sont reconnues pour leur analyse de l'évolution des inégalités, des causes du phénomène et de leurs conséquences. Elles ont décidé de mutualiser leurs contributions afin d'effectuer un travail identique au niveau européen et de mieux analyser les inégalités entre et au sein de chaque pays.

Inequality Watch favorise ainsi le partage et la confrontation des publications proposées indépendamment par chaque membre. Cela doit permettre une meilleure compréhension des spécificités économiques et sociales de chaque pays européen, tout en gardant à l'esprit les différences culturelles et sociales dans la perception de l'inégalité.

Les membres du réseau considèrent que si nombre d'études ont été faites sur les inégalités en Europe, l'absence de coordination, ou le fait que les publications sont princi-

palement destinées à un public académique, rend difficile l'accès à l'information pour obtenir une image claire et fiable de l'évolution des inégalités en Europe. Ils soulignent en outre que, sur des sujets spécifiques tels que l'accès à l'éducation, les comparaisons sont difficiles à faire par manque d'informations. Le problème de l'inégalité est de nature complexe. Et il devient encore plus complexe lorsqu'il doit être traité au niveau européen en raison du contexte social hétérogène de ses membres. Chaque pays a ses spécificités propres quand il s'agit de la distribution des revenus ou de l'accès aux biens et services, résultant de différences importantes entre les politiques sociales définissant les régimes de sécurité sociale, éducation, marché du travail, etc. Il s'agit donc de connaître et comprendre l'évolution de l'inégalité, l'étude des mécanismes qui en expliquent l'augmentation ou la diminution des phénomènes causaux et de leurs conséquences, afin d'avoir les clés pour développer des politiques plus efficaces pour y remédier.

L'inégalité sociale, y compris l'inégalité des revenus et de l'accès aux besoins fonda-

mentaux tels que la santé, l'éducation, le logement, etc., sont les principaux problèmes, en particulier parce que trop de distinctions sociales entre les individus alimentent les tensions et menacent la cohésion sociale. Tendre vers l'égalité est une caractéristique fondamentale des pays européens, les inégalités sociales pourraient diminuer la capacité d'agir des personnes très pauvres.

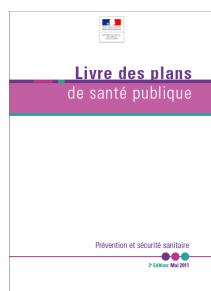
Les organisations membres de *Inequality Watch* sont reconnues dans leurs pays d'origine pour leur capacité à analyser l'évolution des inégalités, ses origines et ses conséquences.

Disuguaglianze sociali (Italie)
The Equality trust (Royaume-Uni)
European Centre for Social Welfare Policy and Research (Autriche)
Observatorio das desigualdades (Portugal)
The Observatorio de Desigualdades en la Salud (Espagne)
Observatoire des inégalités (France)
Tarki (Hongrie)

www.inequalitywatch.eu

Livre des plans de santé publique

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011



Le livre des plans de santé publique détaille l'ensemble des plans nationaux de santé. Il a été conçu à l'usage des acteurs de la politique de santé et en particulier des partenaires de l'État : collectivités territoriales, Assurance maladie, agences de santé, associations de professionnels ou d'utilisateurs... – pour qui il est souvent difficile de connaître l'ensemble de la programmation nationale. Dans la perspective d'écriture des projets régionaux de santé, le livre des plans se veut être un outil d'appui en fournissant aux ARS un inventaire de la programmation nationale.

La troisième édition de ce livre incorpore des nouveaux plans annoncés au cours de l'année 2010 (Prise en charge des personnes placées sous main de justice, Plan de santé au travail, Plan de lutte contre les accidents vasculaires cérébraux...).

Il n'englobe cependant pas l'ensemble des plans qui ont trait à la santé des individus ou les plans d'autres ministères comme les plans environnementaux (ministère de l'Écologie), plan d'offre alimentaire (ministère de l'Agriculture), plan de santé des élèves (Éducation nationale). Le *Livre des plans de santé publique* est structuré en cinq parties :

- santé générale ;
- maladies chroniques ;
- risques infectieux ;
- santé environnementale ;
- préparation et gestion des alertes.

Le livre est uniquement disponible sous forme pdf ou e-book (<http://www.sante.gouv.fr/livre-des-plans-de-sante-publique-3eme-edition-mai-2011.html>)

L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge

Annie Fouquet, Jean Jacques Trégoat, Patricia Sitruk, Inspection générale des affaires sociales, 2011



Le présent rapport de l'Igas explore la question de la coordination des acteurs du parcours de soins de la personne âgée fragile, tant dans le secteur sanitaire, en établissement de santé ou en « ville », que dans le secteur médico-social ou social.

La première partie de l'étude présente des éléments de contexte : la spécificité des personnes âgées face à la santé (fragilité, poly-pathologies) et en matière d'hospitalisation (durées moyennes de séjour, passages et entrées par les urgences).

La deuxième partie donne les résultats des investigations de terrain sur les modes d'organisation et les moyens de coopération autour du parcours de soin de la personne âgée. Ces organisations et ces moyens sont variés et le rapport en présente la typologie et les caractéristiques, puis leur impact sur des éléments objectivables de l'hospitalisation : durées moyennes de séjour, passages aux urgences...

À partir de ces constats et des difficultés recensées par les acteurs, la troisième partie formule des recommandations en les inscrivant dans le contexte législatif et réglementaire, notamment la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).



Rapport européen sur la prévention de la maltraitance envers les aînés

sous la direction de Dinesh Sethi, et alii, OMS, 2011

La maltraitance des aînés est un phénomène très répandu dans la Région euro-

péenne OMS. Selon les estimations, au moins 4 millions de personnes âgées subiraient des mauvais traitements au cours d'une année et, chaque année, elles sont 2 500 à en mourir. La plupart des pays de la Région ont une population vieillissante ; dès lors, le nombre de personnes exposées à un risque augmente.

Ce rapport attire l'attention sur les facteurs biologiques, sociaux, culturels, économiques et environnementaux ayant une incidence sur le risque d'être victime ou auteur de mauvais traitements envers les aînés, ainsi que les facteurs qui peuvent contribuer à protéger de la maltraitance. Certains éléments tendraient à prouver qu'il existe des interventions efficaces, dont les programmes de soutien psychologique pour les auteurs de maltraitance et les programmes visant à changer les attitudes envers les personnes âgées, à améliorer la santé mentale des aidants et, à un stade moins avancé de l'existence, à promouvoir les rapports d'affection et à apprendre la vie en société. Les bases factuelles doivent encore être étoffées, mais les études montrent que le public et les décideurs se sentent déjà concernés par ce problème. Ce rapport propose un ensemble de mesures aux États membres, aux agences internationales, aux organisations non gouvernementales, aux chercheurs, aux praticiens et aux autres intervenants, afin d'apporter une meilleure réponse au problème et d'y consacrer des moyens adéquats.



La charge environnementale de la morbidité associée à un logement inadéquat

sous la direction de Matthias Braubach, David E Jacobs et David Ormandy, OMS, 2011

Ce rapport de synthèse présente les principales conclusions du rapport intitulé *Environmental burden of disease associated with inadequate housing* (la charge environnementale de la morbidité associée à un logement inadéquat). Il fournit des informations factuelles mettant en exergue les importantes conséquences sanitaires d'un logement inadéquat. Les conclusions présentées dans le rapport complet servent dans une large mesure de justification au principe qui veut que la santé soit placée au centre de la politique relative au logement.

Rapport de la Haute Autorité de santé sur la prescription non médicamenteuse



La Haute Autorité de santé (HAS) a publié, en avril dernier, un rapport d'orientation sur le *développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*. Réalisé par le service « évaluation économique et santé publique » de la HAS, cette étude a été demandée par la direction de la sécurité sociale (DSS) à partir du constat de la croissance irrémédiable de la prescription de médicaments. Croissance qui serait liée à la fois par la demande de prescription des patients et par la place accordée à l'ordonnance par les professionnels. Ce qui expliquerait, selon les responsables de la DSS, le faible recours aux « thérapeutiques non médicamenteuses » : c'est-à-dire à des traitements qui ne reposent pas sur l'usage de médicaments. Or, la prescription de « thérapeutiques non médicamenteuses » pose des problèmes de définition que les auteurs du rapport discutent. Ils préconisent de donner à la notion de prescription une acception plus générale que celle en usage par les praticiens (la rédaction d'une ordonnance pour la délivrance de médicaments) et de concevoir le conseil (préventif ou curatif) en matière de comportements, de règles d'hygiène, de modifications du cadre d'existence ou encore d'orientation vers des professionnels paramédicaux comme étant également de la prescription médicale. Ces conseils dont d'autant plus légitimes s'ils sont validés par des instances légitimes savantes et publiques.

L'évaluation menée pour ce rapport s'est appuyée sur un état de la question concernant la place des « thérapeutiques non médicamenteuses » dans les recommandations de bonnes pratiques et dans les pratiques de prescription en prenant deux exemples : la prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie. Ensuite, une revue de littérature a été réalisée sur les logiques psychologiques et sociales qui sous-tendent la décision de prescription médicale.

Si les données statistiques ne peuvent rendre compte de la part qu'occupent les conseils et les prescriptions « non médicamenteuses » dans l'activité médicale, les quelques études existantes donnent quelques indications. Si la

consultation médicale aboutit, non pas par la prescription thérapeutique médicamenteuse, mais par le conseil ou la recommandation de règles d'hygiène ou d'indications en matière de comportements, l'acte médical peut être perçu, de la part du patient venu consulter et du praticien, comme une consultation inachevée. Sans la rédaction de l'ordonnance, le patient peut considérer que sa plainte à l'origine de la consultation n'est pas légitime ; le praticien peut craindre que sa compétence professionnelle soit remise en cause.

Prescrire des traitements... non médicamenteux

Pour valoriser la part des traitements non médicamenteux dans les prescriptions des médecins, les auteurs du rapport recommandent trois orientations. Il s'agit, d'abord, de modifier les représentations de la notion de traitement pour donner à ce dernier un caractère plus large que celui accordé communément aux produits pharmaceutiques. Mais, dans le même temps, la modification de ces représentations nécessite d'intégrer ces traitements non médicamenteux dans la logique économique et sociale de la consultation : autrement dit, faire en sorte que les conditions soient remplies pour qu'ils soient prescrits. Or, et c'est la deuxième orientation, la « prescription de thérapeutiques non médicamenteuses » demande de modifier le cadre économique de l'activité médicale. Pour le médecin, le paiement à l'acte impose de réduire le temps consacré à chaque consultation. Dans cette logique, les préconisations de normes comportementales, de modalités diététiques par exemple ou de règles d'hygiène imposent des consultations plus longues que celles qui aboutissent à la délivrance de médicaments. Et pour les patients, le remplacement d'une ordonnance pour des produits pharmaceutiques par des recommandations comportementales ou des règles d'hygiène peut mettre en jeu son mode de vie et donc avoir un coût personnel. Enfin, selon les auteurs du rapport, pour améliorer le recours à ces « traitements

non médicamenteux », il faudrait améliorer la formation des médecins et l'information des patients - pour les convaincre devrait-on dire - de leur efficacité.

L'intérêt de ce rapport est de rappeler quelques enjeux récurrents du champ médical (et du système de santé). Tout d'abord, la commande elle-même : si la direction de la sécurité sociale a demandé une recommandation sur « le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses », c'est avant tout pour des raisons économiques. Les dépenses liées au remboursement des médicaments étant considérées comme un des principaux facteurs qui aggravent le déficit de la Sécurité sociale, leur remplacement par des traitements qui ne soient pas des produits pharmaceutiques apparaît alors comme un moyen de réduction d'une partie de ces coûts. Mais cette solution - si partielle soit-elle - contient ses propres obstacles à sa mise en œuvre. D'une part, comme le dit le rapport lui-même, la logique économique et sociale de l'exercice médical - la consultation et le paiement à l'acte - est le principal frein au développement de ce type de prescription : les effets de consécration et de croyance attachés à la prescription et l'usage de l'ordonnance donnent à la relation « médecin-patient » une part essentielle de son efficacité. D'autre part, l'efficacité des « traitements non médicamenteux » est étroitement liée aux capacités des patients à maîtriser les conditions économiques et sociales de leur existence. Le développement de ce type de prescription (au détriment des médicaments) pourrait renforcer les inégalités sociales en matière de soins. Enfin, poser sur le même registre la prescription de médicaments et la prescription de « comportements » reviendrait, surtout dans une logique gestionnaire, à faire porter sur les patients (et peut-être bien contre leur gré) la responsabilité de leur situation pathologique, et de leur capacité à suivre la prescription de soins. Affaire à suivre donc !

Claude THIAUDIERE
Université de Picardie Jules Verne

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 Quantification du social et action publique
Organisé par l'université de Picardie Jules Verne

Site internet : <http://www.u-picardie.fr/labo/curapp/>

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

3 décembre 2011, Villers-les-Nancy

Ça fait mal, l'adolescent et ses douleurs, 13^e journées de la Société française pour la santé de l'adolescence
Organisées par la Société française pour la santé de l'adolescence

Site internet : http://www.sfsante-ado.org/images/documents/plaquette_adolescence_v3_29_07.pdf

29 novembre 2011, Doullens

Diagnostic territorial du Grand Amiénois (partie Nord)
Organisée par la le Conseil régional de Picardie

Contact : conseil régional de Picardie

1^{er} décembre 2011, Conty

Diagnostic territorial du Grand Amiénois (partie Sud)
Organisée par la le Conseil régional de Picardie

Contact : conseil régional de Picardie

8 décembre 2011, Beauvais

Portrait de jeunes en Picardie, Journée de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie
Organisée par la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie, l'OR2S et Conseil général de l'Oise

Contact : plateforme@or2s.fr

15 décembre 2011, Amiens

La prévention en Picardie, des besoins aux actions
Organisé par la société picarde de santé publique

Contact : gignon.maxime@chu-amiens.fr

27 janvier 2012, Paris

Journée scientifique AFPSSU-Inpes-SIUMPPS : mieux vivre l'école de la maternelle à l'université
Organisée par l'Association de la santé scolaire et universitaire, l'Inpes, et le service interuniversitaire de médecine préventive promotion de la santé

Site internet : <http://www.afpssu.com/journee-27-janvier-2012-10529.html>

Sondès Elfeki Mhiri

**Ministère des Sports
Direction des sports
Bureau de la protection du public, de la
promotion de la santé
et de la prévention du dopage (DS/B2)**



Le développement des activités physiques et sportives pour tous est une des priorités du ministère des Sports inscrite dans le code du sport. L'article L.100-1 de ce code précise notamment, que : « *Les activités physiques et sportives constituent un élément important de l'éducation, de la culture, de l'intégration et de la vie sociale. Elles contribuent notamment à la lutte contre l'échec scolaire et à la réduction des inégalités sociales et culturelles, ainsi qu'à la santé. La promotion et le développement des activités physiques et sportives pour tous, notamment pour les personnes handicapées, sont d'intérêt général.* » La promotion de l'activité physique est inscrite comme un enjeu prioritaire de santé publique puisque la plupart des programmes ou plans de santé publique (Programme national nutrition-santé, Plan obésité, Plan Bien vieillir, Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, Plan cancer...) prévoient des mesures qui concernent le développement de cette activité comme facteur de santé et de bien-être.

Le ministère des Sports participe activement à la mise en œuvre de plusieurs de ces mesures et tant dans les organismes de concertation nationale que dans les instances régionales, il est reconnu comme un partenaire et un acteur prioritaire pour la mise en œuvre des mesures relatives à la promotion de l'activité physique et sportive (APS).

Les médecins conseillers des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale soutiennent et favorisent le développement d'actions en faveur de la pratique des APS pour le plus grand nombre, déclinent dans leur région les mesures concernant l'APS des programmes et plans nationaux cités ci-dessus et facilitent l'intégration de cette pratique dans le parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques.

Afin d'améliorer les connaissances scientifiques disponibles et susciter l'émergence d'actions novatrices, le ministère des sports soutient la recherche-action

ainsi que la mise à jour et la diffusion des résultats des recherches scientifiques récentes concernant les effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé des populations.

Certaines de ces mesures ont abouti notamment à :

- la publication de l'expertise collective de l'Inserm intitulée « *Activité physique : Contextes et effets sur la santé* » qui rapporte, à partir des données scientifiques et médicales disponibles, l'état des connaissances concernant la relation entre activité physique ou sportive et santé ;
- la mise en place d'une étude de prévention primaire réalisée sous forme d'un essai d'intervention randomisé d'une durée de quatre ans dans huit collèges du Bas-Rhin. Cette étude qui s'intitule : « *Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité (Icaps)* » a été coordonnée par le Pr Chantal Simon et s'est fixé pour objectif l'évaluation de l'impact d'une action « multi-niveaux ». Celle-ci cible l'activité physique et la sédentarité sur l'évolution pondérale et le risque vasculaire d'adolescents de sixième et sur l'évolution de la pratique d'activité physique et de la sédentarité des adolescents au cours de leur scolarité au collège. Les résultats de cette étude ont démontré qu'il était possible de faire bouger les adolescents dans le long terme et que cela s'accompagnait d'une amélioration de leur état de santé. Aussi, grâce à cette recherche action, on a pu identifier les modalités optimales pour amener les adolescents à augmenter leur niveau d'activité physique dans le long terme, de diminuer par la même occasion leurs comportements sédentaires et de modifier leurs attitudes vis-à-vis de l'activité physique. La généralisation de l'implantation de ce type d'action au niveau local est l'une des mesures de l'axe 2 du PNNS 2011-2015. Pour ce faire, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) vient de publier un guide d'aide à l'action destiné à tous les acteurs locaux pour les aider à concevoir et mettre en place des actions basées sur les mêmes modalités que celles de l'Icaps.

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE

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

N°13, octobre 2011

Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3, rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1
Tél : 03 22 82 77 24, mël : info@or2s.fr site : www.or2s.fr
Mël de la plateforme sanitaire et sociale : plateforme@or2s.fr

Directeur de publication : Dr Joseph Casile (or2s)
Comité de rédaction : Émilie Blangeois (or2s), Danièle Bourgery (conseil régional), Yassine Chaïb (drjcs), Rémy Caveng (université de picardie), Christine Jaafari (drjcs), Éric Moreau (conseil général oise), Marie-Véronique Labasque (creai), Michel Liénard (msa), Philippe Lorenzo (or2s), Aline Osman-Rogélet (or2s), Yvonne Perot (insee), Gaëlle Raboyeau (ars), Claude Thiaudière (université de picardie), Alain Trugeon (or2s).

Mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S octobre 2011