

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°15
mars 2012

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé

- L'accès aux droits et aux services : un inventaire des préoccupations, des questions et des actions collectives 2

Actualité

- Enquête « Sans domicile » auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas 3

Brèves

- Lecteurs, qui êtes-vous ? Une quête en direct 4

Entretien

- Christian Dubosq : directeur général de l'ARS 5

Initiative

- L'ARS de Picardie innove 6

Focus

- Observer les inégalités sociales 8
- Observer les inégalités sociales 9
- Les inégalités sociales de santé façonnent l'expérience de la maternité 10

Données nationales

- Observatoire du 115 : alerte pour l'hébergement des personnes sans abri ou mal-logées 11

Brev'd'Europe

Europe

- « L'Europe sociale en pratique » 12

Doc

- Inégalités sociales de santé 14

Tribune libre

- Frédéric Lebaron 15

Agenda

La statistique publique s'organise et innove pour éclairer les politiques sociales

Action sociale, cohésion sociale, logement social, inégalités sociales... Les thèmes traités par la statistique publique couvrent déjà un large panorama : familles, petite enfance, handicaps, santé, parité, illettrisme, pauvreté, précarité, immigration, dépendance... Dans tous ces domaines, des données sont collectées et analysées par l'Insee, les services statistiques des ministères, les services de l'État et tous les acteurs des politiques sociales.

Pour les années à venir, deux enjeux d'égale importance attendent la statistique publique :

1 - la prise en compte des nouvelles demandes issues notamment de plusieurs rapports internationaux ou nationaux : rapports Freyssinet sur les inégalités, Vorms sur les secteurs de l'immobilier et de la construction, Quinet, Stiglitz-Sen-Fitoussi ;

2 - la production d'indicateurs localisés indispensables aux acteurs locaux sur l'emploi, le chômage, les inégalités et la pauvreté, et les prix du foncier...

Pour cela, le système d'information public qui se dessine reposera sur la mise en cohérence et la complémentarité entre les données administratives (ou privées), d'une part, le programme d'enquête rénové, la production de données longitudinales, la refonte du recensement et la déclinaison locale des indicateurs nationaux, d'autre part. Parvenir à une meilleure connaissance des inégalités et de la pauvreté à des niveaux géographiques fins oblige à innover dans les méthodes statistiques de sondage, de collecte, d'imputation et d'exploitation.

Quelques exemples. En 2013, la production d'un fichier socio-fiscal exhaustif sur les revenus, permettra une connaissance localisée des inégalités et de la pauvreté en complément des indicateurs départementaux portant sur les questions démographiques, d'emplois et de salaires.

Le logement sera une thématique importante des années 2012-2013. Le groupe de travail sur le mal logement a permis d'enclencher une dynamique : mobilisation de sources administratives ou associatives, comparaison entre données disponibles, coopération entre le service statistique public et les directions d'administrations centrales, lancement d'enquêtes qualitatives en lien avec l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes) en vue de compléter des données statistiques. Ainsi, le système d'observation statistique sur le logement évolue pour mieux rendre compte des conditions de logement et d'exclusion du logement (enquête *Sans-domicile 2012*). La mobilisation de données du recensement de la population permettra de publier un état régulier des différentes situations marginales de logement et donner des éclairages sur les trajectoires des personnes. L'enquête *Logement 2013*, couplée pour une partie de son échantillon avec un diagnostic de performance énergétique, éclairera les questions de qualité de l'habitat et celles tenant au développement durable. L'interrogation des organismes HLM sur les loyers - projet *Corail* - et la mise en place d'un répertoire des logements sociaux, pour le parc locatif, aboutira à une meilleure connaissance du secteur social.

Sur le thème de l'immigration, les exploitations de l'enquête TeO se poursuivront sous la conduite de l'Ined - les premières publications sur le sujet ayant été saluées pour leur qualité. Des travaux seront menés pour aboutir à une meilleure appréciation des flux migratoires, à travers la réconciliation des données issues du recensement de la population avec les données basées sur les titres de séjour.

YVONNE PÉROT
Directrice régionale
de l'Insee de Picardie

L'accès aux droits et aux services : un inventaire des préoccupations, des questions et des actions collectives

L'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) a tenu ses Deuxièmes journées scientifiques (janvier 2011) autour de la question de l'absence de recours par les publics concernés.

Organisée les 10 et 11 janvier 2012 à la Maison des sciences de l'Homme de Grenoble, cette rencontre a réuni les acteurs institutionnels, associatifs, professionnels et chercheurs se préoccupant de la question de l'accès aux droits et services et, plus spécifiquement, de l'absence de recours à ces droits et services par des publics qui y sont éligibles. L'ensemble des interventions visait à dresser un inventaire collectif des questions posées et des solutions recherchées en mettant à profit le partage des expériences et des points de vue. Différents constats, analyses et choix, dans l'action comme dans l'étude, ont ainsi été croisés orientant les échanges autour de deux grands thèmes : celui des connaissances scientifiques nécessaires à produire et celui des modalités de leur transfert dans l'espace public dans un but d'innovation sociale, autrement dit, celui des liens et des articulations entre recherche et action.

Le problème du non-recours aux droits et services se pose d'emblée en termes d'identification et de mesure. Comment, en effet, saisir un phénomène et des comportements qui, par définition, échappent à l'observation des acteurs de terrain puisque les publics concernés ne fréquentent pas les dispositifs institutionnels ? Sur ce point, chercheurs et acteurs de terrain misent avant tout sur l'innovation méthodologique et sur le croisement de sources existantes. Pour ne prendre qu'un exemple, celui de la ville de Nantes, en recoupant la cartographie des bénéficiaires de prestations sociales, ceux des aides facultatives, la situation d'emploi et les revenus, il a pu être établi qu'une population de travailleurs pauvres logés dans le parc privé et se trouvant en situation de précarité n'avait pas recours aux droits et services auxquels elle est éligible. Dans cette même ville, le travail d'identification des publics est également passé par l'exploitation de fichiers qui, jusqu'alors, n'avaient comme seule fonction que le suivi comptable, comme celui des impayés de cantine. Au cours de sa présentation, le directeur de l'action sociale et de l'insertion en est arrivé à affirmer que si l'ensemble des informations dont dispose sa ville sur les usagers était mis à profit, plus aucun public ne serait invisible. On voit ainsi, et les interventions venant de la salle l'ont largement confirmé, qu'une telle tâche implique

la mobilisation et la coopération d'acteurs et de services qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler ensemble.

Mais une fois ces publics identifiés, reste le problème de la caractérisation de leurs profils sociaux de manière à établir quels sont leurs besoins et à mettre en place des mesures les incitant à faire valoir leurs droits. Les réponses proposées s'orientent toutes dans une même direction : la connaissance de ces publics passe par leur association aux projets et dispositifs qui les concernent. Cela implique dans un premier temps de parvenir à les approcher pour établir les mobiles du non-recours qui ne relèvent pas tous de la méconnaissance des droits et des services, du manque de compétence ou d'un rapport négatif à l'écrit et aux

Prendre en compte la parole des usagers

démarches administratives ou encore de la lourdeur de ces mêmes démarches. Il apparaît que d'autres mobiles peuvent être évoqués : coûts symboliques du recours à des aides (peur de la stigmatisation), sentiment d'illégitimité (ne pas se percevoir comme ayant droit aux droits), dispositions morales spécifiques à certains groupes sociaux (s'en sortir par soi-même). Toute démarche visant à favoriser le recours aux droits et services devrait ainsi prendre en compte ces mobiles et pour cela les faire exprimer.

Dans un même mouvement, il s'agit donc de parvenir à décrypter une demande sociale qui ne se manifeste pas explicitement afin de favoriser la verbalisation de besoins non-exprimés. C'est dire à quel point favoriser l'accès aux droits et services passe nécessairement par la prise en compte de la parole des usagers. Ce qui ne va pas de soi. Comment faire participer des personnes qui, se tenant à l'écart des dispositifs institutionnels, ne sont, par hypothèse, guère portées à la participation ? Comment ne serait-ce qu'accéder à ces publics dont une des caractéristiques importantes est de n'être pas aisément observables ? La réponse semble pouvoir passer par la collaboration entre acteurs institutionnels, associatifs et professionnels avec des chercheurs en position d'extériorité relative par rapport aux enjeux locaux et institutionnels.

Sur cette question, les échanges entre chercheurs engagés dans des démarches de recherche-action et les acteurs (élus, responsables administratifs, techniciens, travailleurs sociaux) ont permis de dégager un ensemble de constats et de faire émerger quelques pistes de réflexions. On attend notamment des chercheurs qu'ils proposent de nouvelles orientations rompant avec le primat accordé aux aspects strictement économiques (revenus, salaires) saisis d'un point de vue parfois trop quantitatif. On attend également qu'ils soient plus présents dans l'espace public, et pas uniquement dans le cadre de commandes explicites de manière à ce que leurs travaux irriguent plus la réflexion sur l'innovation sociale. Cela étant, les intervenants ont insisté sur le fait que la réussite de ce type de collaboration passe par un important travail de simplification et d'explicitation des outils de la recherche afin que les acteurs puissent se les approprier. Cela demande également une grande disponibilité et une présence assidue sur le terrain de la part des chercheurs afin d'acquiescer la confiance de ceux qu'ils étudient et de ceux avec qui ils coproduisent le diagnostic et les pistes de travail. Les groupes de travail formés à ces occasions peuvent devenir ainsi de véritables espaces de partage de savoirs, d'élaboration d'outils et de formation des acteurs. Reste que le temps de la recherche-action passé, les chercheurs peinent à suivre la mise en œuvre effective des outils qu'ils ont élaborés. On déplore notamment que ces derniers fassent rarement l'objet d'une véritable appropriation institutionnelle et collective. La plupart du temps, ces outils ne sont que partiellement mobilisés, dans une logique d'appropriation personnelle par des acteurs ayant pris directement part à la recherche-action. Leur pérennisation repose ainsi essentiellement sur le maintien à leur poste de ces acteurs. Par ailleurs, la diffusion de ces outils peine à dépasser le niveau où ils ont été conçus en raison de l'absence de transmission à des échelons plus élevés. Ce qui, en termes de lutte contre le non-recours aux droits et services, pose d'évidents problèmes du point de vue de la continuité et du caractère global de l'action envers les publics concernés.

Rémy CAVENG, Florence GALLEMAND
(Curapp-ESS / CNRS-UPJV)

Enquête «Sans domicile» auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas

L'Insee et l'Ined ont réalisé entre le 28 janvier et le 18 février 2012 une étude auprès des personnes fréquentant les lieux d'hébergement ou de restauration gratuite, dite enquête « Sans Domicile ».

L'enquête *Sans Domicile* a pour but de mieux connaître une population qui, faute de disposer d'un logement, est exclue des statistiques traditionnelles. Elle se distingue du recensement des sans-abri et des communautés réalisé dans le cadre du recensement de la population de l'Insee. Par personnes sans-domicile, on entend les personnes ayant passé la nuit précédant le jour où elles sont enquêtées dans un lieu non prévu pour l'habitation (on parle alors de « sans-abri ») ou dans un service d'hébergement. Son objectif principal est de décrire les caractéristiques des sans-domicile en les comparant avec la population vivant en logement ordinaire à l'égard de thématiques comme la santé, l'emploi, les revenus. Elle permet d'estimer le nombre de sans-domicile mais également d'analyser les difficultés d'accès au logement et les trajectoires ayant amené les personnes à la situation de sans-domicile, et ainsi d'identifier les processus d'exclusion. Elle fournira aux pouvoirs publics des informations essentielles sur la population qui relève des catégories prioritaires de la loi relative au droit au logement opposable (Dalo). L'enquête est conçue pour produire des résultats représentatifs au niveau national et n'a pas vocation à fournir des enseignements au niveau local ou régional, si ce n'est éventuellement pour l'agglomération parisienne. Toutes les informations collectées seront couvertes par le secret statistique et les traitements validés par la Commission nationale informatique et liberté (Cnil). L'édition précédente de l'enquête en France (2001) a permis de corriger quelques idées préconçues sur les sans-domicile. Cette enquête (cf. encadré), première en Europe, avait été réalisée

en janvier-février 2001 auprès de plus de quatre mille adultes francophones utilisateurs de services d'hébergement et de distribution de repas dans quatre-vingt agglomérations de plus de 20 000 habitants. En 2012, il s'agit de reconduire cette enquête en lui apportant quelques aménagements pour prendre en compte les évolutions du dispositif d'aide, notamment les plans Grand froid. Les responsables des structures ont été sollicités afin de préparer l'enquête auprès des personnes qui a débuté en janvier. La réalisation de cette opération complexe suppose une mise en œuvre par étapes. Tout d'abord, le tirage de quatre-vingt agglomérations de plus de 20 000 habitants en 2006 et de quatre-vingt agglomérations de 5 000 à 20 000 habitants a été effectué (premier semestre 2010). Ensuite, une base des services d'hébergement, de distribution de repas et de petits déjeuners et d'accueils de nuit dans les agglomérations échantillonnées a été construite (fin 2010) à partir d'extractions du répertoire Sirene, du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), de l'annuaire des associations de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars), du fichier des communautés du recensement de la population et des données des banques alimentaires. Ces données ont été enrichies des informations obtenues en consultant les sites internet de plusieurs organismes (Secours catholique, Restos du Cœur...) et complétées par les résultats d'une enquête postale réalisée auprès des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS) ou des communes pour celles n'ayant pas de CCAS et des paroisses catholiques et protestantes, ainsi que des organismes équivalents dépendant

Les services du champ de l'étude :

- les services d'hébergement : centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centres maternels, hôtels sociaux, centres d'hébergement d'urgence (Chu) et de stabilisation, places réservées à l'hébergement des sans-domicile dans des structures telles que les foyers de jeunes travailleurs, les foyers de travailleurs migrants et les résidences sociales, chambres d'hôtel louées par des associations ou des organismes publics, communautés de travail ;
- les haltes de nuit et les places des plans Grand froid ;
- les services de restauration gratuite ou à faible participation : distribution de petits déjeuners, repas chauds, sandwiches, à l'exception des colis alimentaires.

d'autres cultes, essentiellement juif et musulman. L'ensemble des investigations a permis de constituer une base de 5 750 services, qui ont fait ensuite l'objet d'une pré-enquête téléphonique (octobre-novembre 2010) pour déterminer les services réellement dans le champ de l'enquête *Sans domicile*. 2 500 structures ont été finalement retenues et enquêtées par téléphone sur la nature et les caractéristiques des services proposés (février-mars 2011). Les services impliqués dans le Plan Grand froid de l'hiver 2011-2012 ont été alors inclus.

Enfin, en octobre 2011, le tirage d'un échantillon de services au sein de la base a été effectué, suivi en janvier-février 2012 par la collecte en face à face auprès d'un échantillon d'utilisateurs de ces services. En Picardie, la collecte s'est déroulée par vingt-sept visites dans des centres d'hébergement ou de distribution de repas (dix-huit à Amiens et neuf à Compiègne). L'objectif était de réaliser cent huit questionnaires individuels longs en face à face et deux cents questionnaires auto-administrés. Pour chaque visite, est intervenue une équipe d'un enquêteur et d'un échantillonneur lequel a déterminé le nombre total d'utilisateurs de plus de 18 ans du service au jour de l'enquête et sélectionné les personnes à enquêter.

L'Insee et l'Ined, qui organisent cette enquête, bénéficient du soutien de plusieurs partenaires, notamment l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes), le service statistique du ministère chargé de la Solidarité (Drees), la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf). Les premiers résultats de l'enquête auprès des usagers seront publiés début 2013 et transmis aux responsables des structures d'aide aux sans-domicile où s'est déroulée l'enquête.

Parmi les principaux résultats de l'enquête de 2001, on peut mentionner qu'au cours d'une semaine du mois de janvier 2001, en France métropolitaine, environ 86 000 adultes sans domicile ont fréquenté au moins une fois un de ces services. Les deux tiers des sans-domicile étaient des hommes. Les sans-domicile étaient plus jeunes que la moyenne de la population et deux sans-domicile sur trois vivaient seuls. Trois sans-domicile sur dix travaillaient, le plus souvent comme employés ou ouvriers, sous des contrats de courte durée (intérim, CDD, contrats aidés). Neuf sans-domicile usagers des services d'aide sur dix avaient déjà eu une expérience professionnelle. Plus de 16 % des sans-domicile usagers des services d'aide s'estimaient en mauvaise santé, contre 3 % de la population ayant un logement personnel.

Les femmes et les familles étaient mieux prises en charge dans le dispositif d'hébergement, si bien que parmi les sans-domicile ayant dû séjourner plus d'un an dans la rue ou dans un abri de fortune, on ne comptait que 3 % de femmes. Les jeunes sans domicile étaient deux fois plus souvent accueillis à l'hôtel alors que les plus âgés étaient majoritairement hébergés dans les centres, en chambre individuelle ou collective.

Dans les centres d'hébergement, la moitié des sans-domicile était admise par l'intermédiaire d'un service social et l'autre moitié arrivait de sa propre initiative ou sous la conduite des pompiers, d'une équipe de rue ou de la police. Les sans-domicile orientés par un service social bénéficiaient de meilleures conditions d'hébergement.

Parmi les sans-domicile usagers des services, 8 % étaient des sans-abri, c'est-à-dire avaient passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation. La moitié des sans-abri occupait un lieu privé (cave, usine, voiture, cage d'escalier) et l'autre moitié dormait dans un espace public fermé (station de métro, gare, centre commercial) ou dans la rue.



Le Plan stratégique régional de santé arrêté le 23 décembre 2011

Après avoir recueilli les avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), du conseil de surveillance de l'ARS, du conseil général de l'Aisne et les observations du conseil général de la Somme, le plan stratégique régional de santé de l'ARS de Picardie a été arrêté le 23 décembre 2011 et publié en janvier 2012 aux *Recueils des actes administratifs* des préfectures de la Somme, de l'Oise et de l'Aisne.

Ce document constitue la première étape du projet régional de santé. Il définit la stratégie régionale que l'ARS va mettre en place pour les années 2012-2017, en recouvrant l'ensemble des domaines de compétence de l'ARS à savoir la prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le médico-social. Il sert de base de référence pour l'élaboration des cinq schémas régionaux (prévention, soins, médico-social, addictions, télésanté) et permet ainsi d'assurer la transversalité entre les différents champs d'intervention de l'ARS.

(Pour plus d'informations sur le plan stratégique régional de santé, cf. *Plateforme* n°12, juin 2011, rubrique « actualité »)



PLATEFORME SANITAIRE ET SOCIALE :

LECTEURS, QUI ÊTES-VOUS ? QUE PENSEZ-VOUS DE CETTE LETTRE ÉLECTRONIQUE ?

Après quatre années de parution, il est temps pour *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie de tourner son regard vers ses lecteurs.

Mieux vous connaître, mieux connaître vos centres d'intérêt, nous permettra de mieux répondre à vos attentes et à vos besoins.

En cliquant sur le lien ci-dessous et en répondant au cours questionnaire,

- vous nous permettrez d'évaluer votre satisfaction de cette lettre électronique,
- afin de nous permettre d'en améliorer la qualité en termes de contenu, de graphisme, de périodicité...

Pour répondre au questionnaire : http://195.83.150.184/questionnaire_lectorat_plateforme_sanitaire_sociale/login.aspx (login : PSS, mot de passe : plateforme)

Pour les utilisateurs de Mac, utiliser exclusivement Safari



Dossier médical personnel : connaître, comprendre, utiliser

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et la sous-direction de la démocratie régionale de santé de l'agence régionale de santé de Picardie ont organisé le 23 novembre dernier à Saint-Quentin, en partenariat avec la conférence de territoire Aisne Nord-Haute-Somme, le GCS e-santé et l'agence des systèmes d'information partagés, leur premier débat public sur le thème du dossier médical personnel (DMP). Le DMP est un dossier médical informatisé, accessible sur internet, à tout moment, en toute sécurité. Il contient les informations personnelles de santé nécessaires au suivi médical : traitements, analyses de laboratoire, antécédents médicaux et chirurgicaux, comptes-rendus hospitaliers... Gratuit, il est proposé à tous les bénéficiaires de l'Assurance maladie.

L'objectif des débats publics est d'accompagner le déploiement du DMP dans l'ensemble des territoires. Après une présentation et une démonstration du DMP, les « experts » sont amenés à répondre aux questions des usagers et patients comme acteurs du système de santé.

Quatre autres débats doivent être organisés en 2012 sur toute la Picardie afin de couvrir l'ensemble du territoire et pour apporter une réponse de proximité aux usagers. Le suivant s'est tenu au Château des Rochers à Nogent-sur-Oise, le 14 mars à partir de 19h00. Retrouvez plus d'informations et les photos du débat de Saint-Quentin en cliquant ici ou en recopiant ce lien : <http://www.ars.picardie.sante.fr/Dossier-medical-personnel-DMP.127633.0.html>



Premier rapport d'activité de la CRSA

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) fait paraître son premier rapport d'activité. Composée de près de deux cents membres titulaires et suppléants, la CRSA est un lieu d'expression et de propositions. Elle constitue une voie privilégiée pour recueillir les aspirations et les besoins en matière de santé, favoriser l'appropriation collective des enjeux de santé par les acteurs et concourir, ainsi, à la politique régionale de santé. Adopté en assemblée plénière le 25 janvier 2012, son premier rapport d'activité retrace l'installation et la première année de fonctionnement de cette instance de démocratie de santé créée par la loi portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé, et aux territoires du 21 juillet 2009 (HPST).

Le rapport d'activité sera prochainement disponible en téléchargement sur le site internet de l'agence régionale de santé de Picardie (www.ars.picardie.sante.fr).

« Picardie en forme » : réseau Sport Santé Bien-être

Le réseau *Picardie en forme* a été mis sur les rails le 17 février lors d'une journée consacrée à la thématique sport et santé. Ce réseau réunit les partenaires du monde du sport et de celui de la santé afin de permettre au plus grand nombre de pouvoir pratiquer une activité physique. Il s'adresse tout particulièrement aux personnes que la maladie éloigne de ce type d'activité. Un réseau de référents est en cours de constitutions en divers territoires de la région et des actions de formation viennent soutenir professionnels et bénévoles.

Le préfet de région, le directeur général de l'ARS et le président du comité régional olympique et sportif ont signé la charte constitutive. Le président du conseil régional devrait apposer sa signature en juin prochain.



Christian Dubosq : directeur général de l'ARS



Plateforme sanitaire et sociale : *Christian Dubosq, vous avez pris vos fonctions de directeur général de l'ARS de Picardie à la mi-janvier 2012. Quelles sont vos premières impressions, à peine un mois après votre installation ?*

Christian Dubosq : Ce que je retiens avant tout c'est le bon accueil qui m'a été fait, de la part des collaborateurs de l'agence, dans un premier temps, puis des partenaires que j'ai déjà pu rencontrer. Le premier contact humain a été très bon. Cela a forgé ma première impression, sur l'agence comme sur les relations qu'elle entretient avec les acteurs de santé de la région. Les circonstances ont fait que ma prise de fonctions a coïncidé avec trois rendez-vous aussi symboliques qu'importants pour l'ARS : en interne, les vœux au personnel et le dialogue de gestion avec les représentants du Conseil national de pilotage (CNP) des ARS¹, en externe les vœux à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). Cela m'a permis de faire deux constats, qui sont essentiels à mes yeux et qui doivent beaucoup à l'impulsion donnée par Christophe Jacquinet : d'une part, l'ARS de Picardie a été très tôt en ordre de marche et portée sur l'action. Elle va de l'avant, grâce notamment à l'implication et au professionnalisme de ses collaborateurs, ainsi qu'à la qualité du dialogue avec ses partenaires. Elle montre la voie, prend et assume des décisions structurantes pour le système de santé picard. Ces décisions sont parfois difficiles mais rendues nécessaires par les défis que nous devons relever collectivement. D'autre part, l'agence peut s'appuyer sur une mobilisation exemplaire des représentants des acteurs de santé, au sens large, dans les instances de démocratie, dans les comités techniques régionaux, les commissions de coordination des politiques publiques...

Dialogue, écoute, transversalité sont des conditions de réussite des projets de santé. En dépit des divergences qu'il peut y avoir sur un dossier ou sur l'autre, je pense que l'on se retrouve tous sur au moins deux points : les maux dont souffre la Picardie dans le domaine de la santé ne doivent pas être perçus comme une fatalité, et son pendant : chaque catégorie d'acteur détient une part de solution. En témoigne un exemple parmi d'autres : la stimulation et la forte mobilisation de nos partenaires en faveur du projet régional de santé (PRS).

Plateforme : *Quelques mots sur ce sujet d'actualité. Certaines régions ont déjà adopté leur PRS. Où en est l'ARS de Picardie dans la conduite des travaux ?*

C. D. : À ce jour, deux ARS (PACA et Poitou-Charentes) sont effectivement arrivées au terme du processus. En Picardie, le plan stratégique régional de santé (PSRS) a été arrêté le 23 décembre 2011, suite à la consultation ouverte à l'automne et en tenant compte des commentaires apportés à cette occasion par les collectivités locales. Parallèlement, les travaux sur les schémas se poursuivent, avec notamment - de février à avril prochain - les contributions des conférences de territoire et des commissions spécialisées de la CRSA. Je rappelle qu'après avoir recueilli l'avis très favorable du président de la CRSA, l'agence avait décidé de desserrer le calendrier et de différer l'échéance de fin des travaux du PRS au mois de juin 2012. Je pense que c'est une bonne chose. Ce report permet notamment aux représentants des acteurs de santé de disposer de plus de temps pour contribuer au projet, ainsi qu'ils l'ont souhaité, et de mieux articuler les schémas proposés par l'ARS et ceux des conseils généraux. L'objectif est que le PRS soit arrêté en octobre 2012.

Plateforme : *Concernant la politique de santé justement, allez-vous définir de nouvelles priorités pour l'ARS ?*

C. D. : Ma priorité est que l'agence déploie, comme elle a commencé à le faire, les pratiques coordonnées des soins de ville et qu'elle développe des coopérations entre les établissements, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux. Les communautés hospitalières de territoires (CHT) sont un levier majeur et supplémentaire pour cela, à condition qu'elles s'appuient sur un véritable projet de santé. Elles doivent être ouvertes aux soins de ville, au médico-social, aux coopérations avec les établissements privés à but lucratif ou non... Par ailleurs, l'ARS est engagée dans de vastes chantiers qu'il faut mener à bien : outre le projet régional de santé, je pense en particulier aux permanences des soins, aux réorganisations hospitalières qu'il faut poursuivre, etc. L'ARS de Picardie continuera à être pragmatique, imaginative et déterminée dans les politiques qu'elle mène, au regard des ressources médicales dispo-

nibles et de la nécessaire efficacité qui passe par la coopération et le regroupement de nos forces. Elle le fera dans le dialogue, en particulier avec les élus. Mais il y a plusieurs établissements de santé dont la situation préoccupante implique de réexaminer leurs projets d'investissement, voire leurs projets en cours, les modalités ou le champ de leurs activités.

Plateforme : *Le PSRS fait de l'observation sanitaire et médico-sociale un axe stratégique pour déployer ces politiques. Quel est votre regard sur ce point ?*

C. D. : Les ARS doivent connaître le mieux possible l'environnement dans lequel s'inscrivent leurs décisions. Cela passe par la dynamique d'ouverture que j'évoquais tout à l'heure : l'écoute et l'implication des acteurs de santé, des élus, mais aussi par l'observation : des grandes données sociales, de l'état de santé de la population, des flux de patients, de l'offre de santé... C'est à partir de ces constats et analyses que l'on peut expliquer les évolutions nécessaires de notre système de santé, et fonder des décisions. Les contributions de la *Plateforme sanitaire et sociale* sont des supports précieux pour l'ARS en la matière. Nous avons la chance en Picardie que cette structure inclut les champs sanitaire, social et médico-social. C'est un atout puisque nous avons désormais, à travers une seule structure, une vision large sur tous les champs couverts par l'ARS. Je disais tout à l'heure que chaque catégorie d'acteurs détenait une part de solution aux problématiques picardes en matière de santé. En voici un exemple, qui a été mis en œuvre de façon très pragmatique et efficace par les partenaires de la *Plateforme sanitaire et sociale*.

1. Le dialogue de gestion est un rendez-vous annuel entre l'équipe de direction de chaque ARS et le CNP. Y sont notamment passés en revue les objectifs de l'agence fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qu'elle a signé avec le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé et le ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale.

L'ARS de Picardie innove

En 2012, l'agence régionale de santé de Picardie se lance dans deux défis majeurs. Le premier est de donner une envergure régionale au transport sanitaire hélicoptéré ; le second est de doubler le site internet d'une application portable

Une nouvelle organisation régionale des transports hélicoptérés en Picardie

À fin d'améliorer l'accès de la population aux soins urgents, l'ARS de Picardie a mis en place une nouvelle organisation régionale des transports sanitaires hélicoptérés : les deux hélicoptères sanitaires en activité, basés au CHU d'Amiens et au centre hospitalier de Laon, assurent désormais la couverture de l'ensemble du territoire picard. Concrètement, des zones d'intervention territoriales ont été identifiées pour chaque hélicoptère. En cas d'indisponibilité de l'un, le second hélicoptère peut intervenir si nécessaire. La coordination régionale est assurée par le CHU d'Amiens, la régulation médicale étant mise en œuvre en lien avec les deux autres services médicaux d'accueil des urgences (Samu) de la région, situés à Laon et Beauvais.

Cette nouvelle organisation est le fruit d'un travail collectif associant notamment les urgentistes et les trois Samu de la région. Elle constitue l'un des leviers stratégiques mis en place par l'agence pour répondre aux besoins de la population en matière d'offre de soins, en tenant compte des caractéristiques de la région. La régionalisation des transports hélicoptérés vise notamment à :

- réduire les inégalités d'accès aux soins, en assurant un maillage régional des trois départements que compte la région. Ce dispositif permet ainsi d'améliorer la couverture du département de l'Oise, en particulier le sud de ce territoire, qui n'était jusqu'alors pas desservi par un hélicoptère sanitaire ;
- améliorer l'organisation du transfert des pa-



tients entre les hôpitaux de proximité et les principaux centres hospitaliers de la région, notamment pour les cas d'urgence nécessitant une prise en charge des patients dans des services spécialisés ;

- faire gagner du temps aux médecins urgentistes dans une région qui manque de professionnels de santé, en privilégiant chaque fois que cela est possible les transports hélicoptérés aux déplacements des services médicaux d'urgence terrestres et de réanimation (Smur) ;
- pérenniser les deux hélicoptères sanitaires en Picardie, au moyen d'un financement régionalisé apporté par l'ARS.



L'ARS de Picardie investit de nouveaux champs de communication auprès de ses partenaires

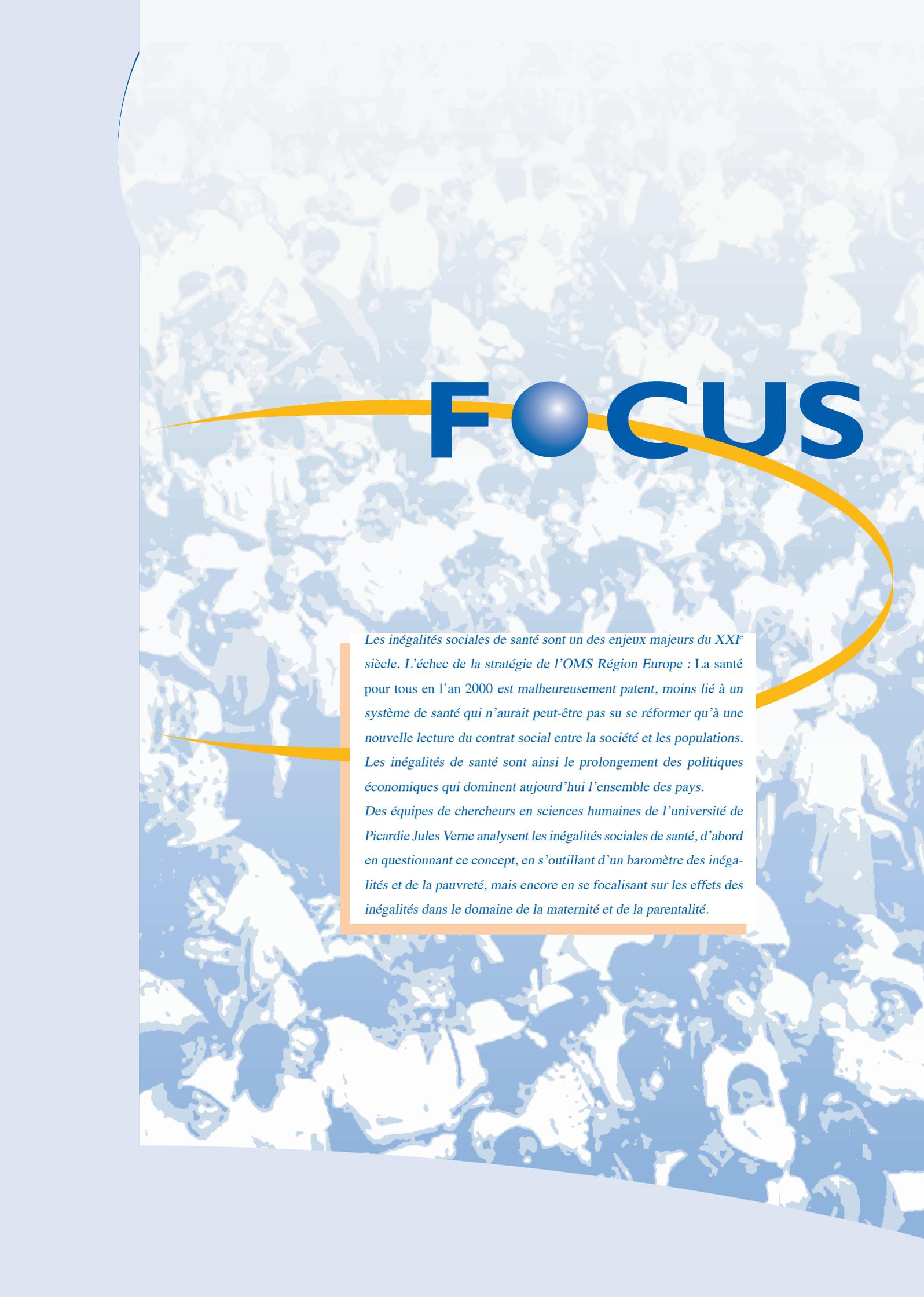
En France, plus de vingt millions de personnes utilisent leur téléphone mobile pour se connecter à l'Internet. Les deux tiers le font au moins une fois par jour, en consultant directement un site web ou, le plus souvent, au moyen d'« applications ». Il s'agit de petits programmes téléchargés et installés sur un téléphone mobile qui permettent d'accéder directement à des informations ou des services en ligne, sans se connecter à un site web. Plus de 400 000 applications différentes sont actuellement disponibles. Cet essor durable de l'internet mobile est essentiellement lié au développement de la technologie et à la démocratisation des smartphones. En 2011 et pour la première fois, les ventes de ces produits ont dépassé les ventes de PC.

L'ARS de Picardie a choisi d'adapter ses moyens de communication à ces nouveaux comportements, en développant une application pour iPhone et smartphone Android. Disponible dans les tous prochains mois, elle sera principalement destinée aux organismes parties-prenantes de l'agence : acteurs de santé (professionnels, établissements...), élus locaux, partenaires institutionnels. Cette application répond aux besoins qu'ils expriment à l'égard des agences : d'une part, celui d'être informés régulièrement, rapidement et simplement des décisions que prennent les ARS, de leur actualité... D'autre part, de mieux cerner les champs d'intervention des ARS et d'identifier facilement le bon interlocuteur, sujet par sujet, au sein de l'organisme.

L'application « ARS de Picardie » répond exclusivement à ces deux objectifs. Comme la plupart des applications de ce type, elle propose un fil d'informations en continu qui pourront être sélectionnées et archivées par l'utilisateur en

fonction de ses propres centres d'intérêt professionnels ou géographiques. Elle permet également d'accéder à l'annuaire interne de l'agence au moyen de quatre modes de recherche : par thème, service, mot-clé ou par nom. Grâce à ce dispositif, il n'est plus nécessaire de connaître l'organisation interne de l'agence pour trouver, en son sein, l'interlocuteur en charge d'un dossier spécifique. Il suffit par exemple de taper « maisons de santé pluriprofessionnelles », « autisme », « maladies à déclaration obligatoire », « addictologie » dans le moteur de recherche pour entrer directement en contact avec la personne en charge du dossier.

Cet outil, qui rend l'ARS de Picardie à la fois plus lisible et plus visible auprès de ses partenaires, participe aussi de l'engagement de l'agence en matière de télésanté, en ce qu'elle favorise le partage de l'information santé auprès de l'ensemble des acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux de la région.



FOCUS

Les inégalités sociales de santé sont un des enjeux majeurs du XXI^e siècle. L'échec de la stratégie de l'OMS Région Europe : La santé pour tous en l'an 2000 est malheureusement patent, moins lié à un système de santé qui n'aurait peut-être pas su se réformer qu'à une nouvelle lecture du contrat social entre la société et les populations. Les inégalités de santé sont ainsi le prolongement des politiques économiques qui dominent aujourd'hui l'ensemble des pays. Des équipes de chercheurs en sciences humaines de l'université de Picardie Jules Verne analysent les inégalités sociales de santé, d'abord en questionnant ce concept, en s'outillant d'un baromètre des inégalités et de la pauvreté, mais encore en se focalisant sur les effets des inégalités dans le domaine de la maternité et de la parentalité.

Observer la pauvreté et les inégalités sociales soulève des problèmes de méthodes, de définitions et de démocratie.

Il existe un certain consensus tendant à faire reconnaître que la pauvreté et les inégalités sociales constituent aujourd'hui des phénomènes qui s'accroissent. Pourtant, leur observation et leur mesure continuent à faire l'objet de débats entre les différents acteurs : ceux qui les étudient, ceux qui élaborent des stratégies d'intervention à plus ou moins grande échelle ou ceux qui y sont confrontés directement dans leur activité professionnelle. La consistance que prennent ces réalités dépend ainsi directement des points de vue que l'on adopte pour les observer, lesquels donnent lieu à des définitions parfois concurrentes. Si de multiples regards peuvent cohabiter, voire diverger, sur la pauvreté et les inégalités sociales, c'est en premier lieu parce qu'il s'agit de réalités multidimensionnelles et que chacun, de là où il regarde et agit, ne peut en saisir toute la complexité.

Bien qu'il existe une définition conventionnelle de la pauvreté basée sur le revenu médian, les différents acteurs ne la reconnaissent pas nécessairement et peuvent contester son caractère réducteur. À ceux qui seront portés à se focaliser sur le montant des revenus dans une logique de seuil, on pourra ainsi opposer d'autres logiques prenant en compte d'autres dimensions. En effet, la pauvreté est également appréhendable par la faiblesse des ressources culturelles et scolaires (compétences en lecture et écriture, diplômes et qualifications), par l'incapacité à se soustraire à certains risques sanitaires, par les difficultés d'accès aux soins ou encore par le fait d'être pris dans une relation d'assistance pour subvenir à ses besoins. Autant de points de vue qui, s'ils sont conciliables, entrent toutefois en concurrence dans les pratiques des acteurs et des institutions.

La mesure des inégalités se heurte aux mêmes problèmes de détermination de ce qu'il convient d'observer, de ce qui vaut d'être compté. On soulignera au passage que ce que l'on peut désigner comme des formes de privations ou d'inégalités symboliques (la capacité à définir sa propre valeur sociale, la dépendance aux institutions, la situation de débiteur par rapport à l'action publique ou privée, l'accès à certains types de prestations, le fait d'avoir droit au droit, le sentiment de reconnaissance, etc.) souffrent d'une absence de prise en compte et de mesure. Pour toutes ces raisons, parvenir à stabiliser des procédures d'observation faisant l'objet d'un accord largement partagé tout en rendant compte des multiples dimensions des inégalités et de la pauvreté n'a rien d'évident tant la résolution des problèmes de définitions et de méthodes

ne peut passer que par l'intégration des différents points de vue.

Y parvenir suppose parfois de produire des données originales à partir desquelles il devient possible de mettre en visibilité des aspects négligés par les approches classiques. Ce qui suppose la mise en place de dispositifs d'observation spécifiques. Cela étant, le principal enjeu ne porte pas principalement sur l'insuffisance ou le manque de disponibilité d'informations statistiques (elles sont pléthoriques), mais bien plutôt sur les processus de construction et de mobilisation de ces informations en fonction des définitions que l'on se donne des phénomènes observés.

Les enjeux ne sont pas que techniques ou scientifiques mais aussi politiques

Dans le champ de l'action sociale, par exemple, les définitions statistiques dépendent directement des catégories de classement administratives et renvoient, de fait, à la catégorisation des populations en fonction des critères d'éligibilité et des prestations auxquelles elles ont accès. Les représentations statistiques prolongent ainsi les conceptions administratives de la pauvreté et des inégalités sociales, lesquelles sont très sensibles aux évolutions législatives et réglementaires. Ce qu'elles donnent à voir, ce sont donc des représentations instituées de ces phénomènes qui, d'une part, gommant le caractère multidimensionnel des situations par un effet de compartimentation des publics (alors qu'un même individu peut faire partie de différents publics et que les individus sont porteurs de toutes les informations les concernant) et, d'autre part, ne s'accordent pas nécessairement aux représentations de ceux qui vivent ces situations ou de ceux qui les prennent en charge. C'est le cas, par exemple, des statistiques sur les minima sociaux, rarement rapprochées des données du ministère de la Justice concernant les détenus ou de celles du ministère de l'Éducation nationale sur les résultats des élèves. C'est également le cas des indicateurs mobilisés par les instances de décision pour mettre en place leurs plans d'action et qui font souvent l'objet de remise en cause par les acteurs de terrain qui n'y reconnaissent pas nécessairement les réalités sur lesquelles ils travaillent : les catégories administratives de classement et d'évaluation de l'action publique ne s'accordent pas nécessairement avec celles que les acteurs utilisent dans leur activité quotidienne. Ce qui explique en grande partie que la mise

en visibilité de certaines dimensions par les indicateurs disponibles contribue également à la mise en invisibilité d'autres dimensions qui, perçues par les acteurs de terrain et vécues par les agents sociaux, ne trouvent de traduction ni dans les tableaux de bord ni dans les registres d'action.

Derrière l'accord sur les définitions des phénomènes et sur les méthodes pour les appréhender, se pose ainsi la question de la légitimité de l'action publique en termes de traitement de la pauvreté et des inégalités sociales. Les enjeux ne sont donc pas uniquement techniques ou scientifiques. Ils sont fondamentalement politiques. En ce sens, la production d'enquêtes *ad hoc* de grande échelle, comportant des échantillons suffisamment importants pour effectuer des traitements territorialisés fins, ou la compilation et la mise en relation des données existantes ne suffiraient pas à résoudre la question fondamentale de la reconnaissance et de l'appropriation des données par les acteurs. Pas plus qu'elle ne résoudrait celle de la légitimité et de l'efficacité des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales élaborées sur la base d'indicateurs constitués de manière centralisée et sans concertation. Au-delà de la production de données nouvelles ou de l'homogénéisation des sources existantes, l'innovation dans le champ de l'observation des inégalités sociales et dans celui de leur réduction, passe par l'élaboration de nouveaux cadres de référence et outils communs à partir de l'activité concrète des agents. Il s'agit d'une condition nécessaire pour que les descriptions du monde social et les orientations en termes d'action qui découlent des procédures d'observation se voient accorder une large légitimité. Cela suppose un partage des expériences et ne peut donc se réaliser qu'à l'interface de l'ensemble des acteurs engagés au sein des processus de connaissance et d'action. De ce point de vue, par souci de démocratie, de connaissance et d'efficacité, on ne peut faire l'économie de débats associant, dans une logique *bottom-up*, travailleurs sociaux, associations, usagers, agences gouvernementales, collectivités territoriales, chercheurs, etc. ; bref, l'ensemble des acteurs en prise avec les différentes dimensions des inégalités sociales et de la pauvreté. Sans cela, quelle que soit leur qualité, les « données » disponibles ne pourront acquiescer le statut de ressources et d'instruments d'action légitimes.

R. C.

Construire un baromètre des inégalités et de la pauvreté en Picardie : un projet né de l'insatisfaction de savoir concrètement les mesurer.

Face à la prédominance des indicateurs économiques pour évaluer les performances d'un territoire et face à la difficulté de rendre compte des inégalités sociales et de la pauvreté de manière globale à partir de sources d'information dispersées, est né un projet. Celui de construire un baromètre synthétique des inégalités et de la pauvreté en Picardie (Bipp) qui, une fois finalisé, sera actualisé annuellement et mis à la disposition de tous. Ce projet, soumis au conseil régional de Picardie en 2009, a reçu son soutien dans le cadre de l'appui aux projets émergents et, à ce titre, bénéficie d'un financement sur trois ans. Il associe une équipe universitaire, le Curapp-ESS (Centre de recherche universitaire sur l'action publique et le politique – Épistémologie et sciences sociales, CNRS-UPJV) et l'OR2S.

L'un des objectifs du Bipp est de parvenir à rendre compte, de manière synthétique, de l'évolution globale des inégalités et de la pauvreté tout en intégrant les multiples dimensions qui les constituent. Pour cela, et sur le modèle de travaux réalisés au niveau national (Bip 40¹) ou au niveau régional (par exemple dans le Nord - Pas-de-Calais²), on a retenu six dimensions principales comprenant plusieurs indicateurs (45 au total) : éducation ; justice ; logement ; revenus (sous-dimensions : consommation, inégalités et fiscalité, pauvreté, salaires) ; santé ; travail et emploi (sous-dimensions : chômage, conditions de travail, précarité, relations professionnelles). L'intérêt de cette logique de réplique d'initiatives antérieures est de permettre des comparaisons entre territoires ainsi qu'entre ceux-ci et ce qu'on observe au niveau national. Mais cette logique comporte également des limites. En effet, à l'examen, certains indicateurs ne se sont pas révélés totalement satisfaisants voire, pour certains, peu pertinents d'un point de vue général ou par référence à la situation locale. Sans entrer dans les détails, deux exemples illustrent bien ce point.

Le premier est celui de l'approche des inégalités d'accès aux classes préparatoires aux grandes écoles à partir des ratios entre enfants de cadres et enfants d'ouvriers ou d'employés dans les établissements picards. Dans la mesure où nombre de bacheliers picards issus de milieux aisés quittent la région pour intégrer des établissements en Île-de-France ou dans le Nord - Pas-de-Calais, on obtient des ratios plus favorables aux enfants issus de milieux populaires (pour le ratio enfants de cadres/enfants d'ouvriers on est aux alentours de 2,3 pour la Picardie contre environ 3 pour la France). Sans que cela indique réellement une

réduction des inégalités d'accès et, de manière plus générale, des inégalités scolaires.

Second exemple, la dimension « santé » qui comprenait initialement trois indicateurs : évolution de la densité médicale, espérance de vie à la naissance et part des nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants. Si le premier indicateur permet de saisir les inégalités d'accès aux soins, les deux autres sont plus problématiques. L'espérance de vie à la naissance est un indicateur classique de mortalité et mesure bien des inégalités sociales liées aux conditions d'existence, mais, de ce même point de vue, il est moins précis que l'espérance de vie à 35 ans. Quant à la part de nouveaux cas de tuberculose, si elle avait un sens il y a encore quelques années, il s'agit désormais d'un indicateur devenu obsolète et ne mesure que des situations marginales liées à l'immigration et à des situations géographiques très particulières.

Le Bipp se fonde sur une double approche quantitative et qualitative

D'autres indicateurs semblent ainsi plus pertinents pour rendre compte des incidences de la pauvreté et de la précarité sur la santé des individus. C'est le cas notamment de diabète de type II, directement liés à un déséquilibre alimentaire. Le problème étant que cet indicateur est plus récent et ne peut être approché aussi directement même s'il peut être renseigné par des enquêtes épidémiologiques ponctuelles ou, mieux, par les affections longue durée ou encore par la consommation de médicaments spécifiques. Le taux de bénéficiaires de la CMU pourrait également constituer un bon indicateur facilement accessible.

La construction d'un tel baromètre ne peut donc se faire par l'intégration mécanique des données existantes et sans qu'une réflexion de fond soit menée pour l'ensemble des dimensions et, au sein de celles-ci, pour chaque indicateur. La force probante de ces derniers

dépendant à la fois de leur solidité, de la stabilité de leur signification dans le temps et dans l'espace ainsi que de leur capacité à exprimer la réalité telle que la vivent les individus en situation de pauvreté ou les acteurs de terrain. Pour ces raisons, la réplique des baromètres existants se couple d'un travail de construction d'un baromètre intégrant de nouveaux indicateurs dont il aura été déterminé qu'ils font sens et qu'ils apportent un bénéfice en termes de connaissance et de mesure des inégalités et de la pauvreté. Pour y parvenir, la démarche adoptée pour la construction du Bipp intègre également deux axes de recherche qualitative. Le premier vise à étudier la place qu'occupent certains acteurs dans la production et la diffusion des statistiques sur la pauvreté et les inégalités sociales, mais aussi, inversement, la place qu'occupe l'instrument statistique dans les activités de ces acteurs. Il s'agit de comprendre comment certains usages sociaux de la statistique contribuent à la « visibilité » ou à « l'invisibilité » sociale des situations de pauvreté et d'inégalités sociales. Le second se donne pour objectif d'éclairer, au moyen d'enquêtes monographiques, les aspects les moins visibles (statistiquement parlant) de la pauvreté et des inégalités. Les résultats obtenus à partir de ces deux directions de recherche permettront d'enrichir la réflexion sur l'élaboration du Bipp par l'intégration du point de vue que les acteurs portent sur les réalités auxquelles ils sont confrontés et sur l'expression de ces réalités par les données dont ils disposent. On entend ainsi définir de nouveaux indicateurs, construits à partir des données disponibles, permettant d'intégrer des dimensions dont rendent rarement compte les statistiques couramment utilisées. À terme (fin 2012), on disposera ainsi d'un nouvel outil, à disposition de tous (via le web), donnant une représentation et une mesure originales de ce qui constituent les inégalités sociales et la pauvreté aujourd'hui en Picardie.

R. C.

1. <http://www.bip40.org>

2. http://www.idies.org/public/FAIR/EPR_12_BIP40.pdf

Tableaux de bord ou indicateurs synthétiques ?

En matière de mesure des inégalités et, plus généralement, d'indicateurs sociaux, deux approches, impliquant des conventions de calcul et de présentation différentes, sont souvent opposées. La première consiste à opérer une sélection d'indicateurs jugés les plus pertinents et à les regrouper dans un tableau de bord. La seconde consiste à construire une mesure numérique unique d'une réalité multidimensionnelle en opérant la synthèse d'un ensemble d'indicateurs. On obtient ainsi une grandeur globale qui définit une tendance générale et permet des comparaisons au cours du temps et entre territoires (sur le modèle de l'Indice de Développement Humain mis en place par le Programme des Nations Unies pour le Développement). La construction de cette mesure synthétique pose d'évidents problèmes de sélection et de pondération des indicateurs ainsi agrégés. C'est pourquoi, dans le cadre du projet Bipp, les deux démarches sont associées : la construction de la mesure synthétique est combinée à la présentation des indicateurs retenus pour les différentes dimensions qui la constituent, chacun d'entre eux faisant l'objet d'une analyse réflexive et critique portant sur sa pertinence et le poids qui lui sera attribué avant d'y être intégré.

Les inégalités sociales façonnent l'expérience de la maternité

Le programme régional *Pic-Enfan*, relatif aux conditions sociales et politiques de la naissance en Picardie s'attache entre autres à analyser les rapports entre les formes institutionnelles d'encadrement de la naissance, de l'enfance et de la vie familiale, et les pratiques éducatives mises en œuvre dans les familles.

Les représentations contemporaines de la maternité accordent une large place aux innombrables sources de plaisir, de joie, de bonheur, que procure la naissance d'un enfant. Les enquêtes qualitatives et quantitatives que nous avons menées dans le cadre du projet *Pic-Enfan* tendent néanmoins à mettre en évidence que ces façons de voir sont loin d'être partagées par toutes celles qui vont ou viennent d'avoir un enfant. Les pratiques associées au statut de parent varient ainsi en fonction du « milieu social » d'origine et de la trajectoire suivie par les parents, autant du point de vue des « choix » opérés (allaitement maternel *versus* au biberon ; usage de la « tette » ou non ; style vestimentaire...) que des investissements affectifs dont elles peuvent être le support (plaisir ou astreinte lié à certaines tâches de soin, par exemple). C'est ainsi un ensemble de styles parentaux liés aux différentes ressources détenues par les couples qui émergent autant du point de vue des mille et une façons de s'occuper d'un nouveau-né, que des discours qui expriment ces façons de se penser comme parent en y associant plaisir et difficultés.

Il apparaît que l'adoption de ces styles, des normes et des pratiques qui y sont associées, s'opère au cours de la trajectoire sociale. C'est ainsi toute l'histoire individuelle, depuis la famille d'origine jusqu'à la famille d'installation, en passant par l'école, la sphère professionnelle, voire politique ou religieuse, qui conduit à envisager d'avoir un enfant, d'une part à prendre place dans l'espace social des styles parentaux, d'autre part.

Les investissements affectifs dont font état les femmes quant à leur façon de voir leur rôle de mère et les pratiques associées constituent une bonne illustration de cette distribution sociale différentielle des façons d'être parent et des logiques qui conduisent à se les approprier.

Les femmes qui, dans leur discours, apparaissent les plus éloignées d'une vision associant une idée de pénibilité à l'accouchement et à leur travail de mères sont, assez nettement, celles qui occupent des positions intermédiaires dans l'espace social et qui doivent leur position surtout à leurs ressources culturelles (notamment les diplômes, mais également toutes les ressources transmises dans et par la famille). Proche du discours de l'institution hospitalière, elles mettent en avant, plus que toutes autres, une expression des affects dominée par le « bonheur », la « joie », que leur procure le moment de la naissance. Portées à verbaliser, leurs interactions avec le nouveau-né s'accompagnent de discours, parfois très

abondants, à travers lesquels se disent, y compris devant le personnel (et l'enquêteur), l'« amour » maternel, le « plaisir » d'être ensemble. Leur rapport à la nature et à la « nature féminine » prend des formes variées. Pour certaines, l'accouchement est une sorte d'acte militant, engageant la totalité de la personne. Celles qui ont fait le choix de l'haptonomie et de la naissance sans pérurale mettent en particulier en avant leur connaissance des mécanismes naturels, la nécessité de renouer avec eux, pour vivre pleinement l'expérience de la maternité. La référence à la « nature maternelle » reste parfois problématique, mais la singularité du corps féminin est fortement investie. Pour d'autres, qui vivent leur choix des techniques « naturelles » sur un mode plus éclectique, la « nature féminine » est davantage envisagée comme « nature maternelle ».

Les pratiques associées au statut de parents varient en fonction du statut social

L'idée de pénibilité associée aux tâches parentales apparaît donc, dans les milieux intermédiaires, repoussée au profit d'un discours qui fait la part belle au plaisir, à la « joie » d'être parent, l'astreinte ou l'effort étant comme gommés par les bénéfices retirés de la relation (un sourire, s'entendre appeler « maman », les regards...). On est ici bien loin des déclarations de femmes appartenant aux catégories dominantes et plus cultivées qui, repoussant cette vision enchantée de la maternité, tendent à écarter le travail parental des sources d'accomplissement personnel. Les positions égalitaristes en matière de rapport de genre qu'elles expriment se distinguent ainsi très nettement des femmes de catégorie moyenne : loin de souhaiter une égalité dans la différence, elles repoussent l'idée d'une maternité fondée, comme par nature, par corps, sur leur féminité. Parmi elles s'expriment plus souvent le souhait d'accoucher par césarienne, le rejet de tout ce qui s'apparenterait à l'expression d'un instinct maternel, le refus d'allaiter (avec l'image de « la vache laitière »), la mise à contribution impérative du conjoint dans la prise en charge des tâches parentales, le vif désir de quitter l'hôpital et de reprendre ses activités (professionnels, de loisirs)... mais cette mise à distance des formes légitimes (au moins au sens institutionnel) de la maternité se voit contrebalancée par une attention à la santé du nourrisson

et donc au discours médical. Les comportements associés au statut de mère sont donc ici le produit d'un mélange entre un rapport cultivé à la médecine et des dispositions à se soustraire aux discours normatifs.

Si l'on s'intéresse, pour finir, aux femmes qui occupent des positions plus modestes dans la hiérarchie sociale, force est de constater que les rapports à soi en tant que mère relèvent d'une vision « traditionnelle » des rapports sociaux de sexe, d'une part, mais que plus on considère des cas occupant des positions élevées à l'intérieur des catégories populaires, plus cette vision se voit tempérée par les effets de l'appropriation des ressources et des dispositions culturelles (par l'école, notamment), d'autre part. Apparaissent ainsi au moins deux modèles, plus ou moins marqués par l'asymétrie des rapports sociaux de sexe, entre un repli exclusif sur la sphère domestique et une relative ouverture par l'activité professionnelle. Ces différents styles d'« être mère », façonnés par le milieu social d'origine et les trajectoires des femmes a ainsi, en retour, un effet sur leur trajectoire future du point de vue de leur insertion sur le marché du travail, donc de leur autonomie et de leur niveau de vie.

Jérôme CAMUS
Curapp (CNRS-UPJV)

Une enquête sur la venue au monde

Le projet *Pic-Enfan* : *Les conditions sociales et politiques de la naissance de l'enfant trajectoires socioprofessionnelles, systèmes de valeurs et représentations de l'avenir, en Picardie et dans les autres régions françaises*, dirigé par Bertrand Geay et financé par le conseil régional de Picardie, vise à dégager les déterminants sociaux et politiques de la venue au monde des enfants, à partir notamment du cas de la Picardie, et plus spécifiquement de la situation des jeunes d'origine populaire qui « entrent dans la vie ». À partir d'une exploration des travaux disponibles, de l'exploitation de données statistiques nationales et régionales et d'une enquête par entretiens (150), il s'agit notamment de s'intéresser aux trajectoires sociales, scolaires et professionnelles des deux parents et à leurs impacts psychologiques, aux conceptions politiques ou religieuses des familles, aux informations et aux normes diffusées par les différentes institutions d'encadrement de l'enfance et de la vie familiale. On cherche tout particulièrement à analyser les processus qui conduisent à adopter des modes « d'installation » et de procréation précoces ou différés.

Observatoire du 115 : alerte pour l'hébergement des personnes sans abri ou mal-logées

La Fédération nationale des associations de réinsertion sociale (Fnars) s'inquiète fortement de la situation du logement à partir des données de l'Observatoire national du 115 et du baromètre hivernal 2011-2012.

L'Observatoire national du 115, créé par la Fédération nationale des associations de réinsertion sociale (Fnars) a pour objectif d'améliorer la connaissance des caractéristiques socio-démographiques des personnes sans-abri, la nature des demandes et des réponses apportées. Depuis 2006, ces éléments sont recueillis à partir de trente départements sentinelles, dont celui de la Somme, soit environ 75 % de l'activité des 115. Le rapport 2011 (données 2010) publié par l'Observatoire met au grand jour des faits inquiétants : au niveau national, le nombre de personnes ayant appelé le 115 est estimé à six millions, essentiellement pour des demandes d'hébergement avec un nombre très important de réponses négatives. Cela se traduit par l'abandon grandissant de personnes à la rue avec toutes les conséquences en matière de santé. Des constantes sont à signaler. Le nombre de places fluctue en fonction de la saison : quand il fait très froid, le nombre de places disponibles croît de manière exponentielle, puis le printemps arrive avec les expulsions et les remises à la rue. Le principe de non assistance à personnes en danger est de nouveau bafoué. Une autre constante est le recours important à l'hôtel, y compris pour des familles entières avec enfants. Ces nuits en système hôtelier deviennent la réponse majoritaire, jusqu'à vingt à trente-cinq nuits via le 115 pour un coût quotidien national d'environ un million d'euros.

Les deux tiers des personnes qui appellent sont connues du 115. La moitié des personnes demandeuses d'un accueil immédiat est constitué de femmes avec enfant(s). On assiste par ailleurs à une forte augmentation des jeunes dont l'âge se situe entre 18 et 25 ans, dont 68 % sont des hommes. Cette précarité n'est pas sans inquiéter les associations de la Fnars, principales gestionnaires de la ligne téléphonique du 115. Elle change de visage et s'accroît alors même que le nouveau dispositif qu'est le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) a été mis en place afin d'améliorer la prise en charge des personnes sans abri ou mal-logées.

La moitié des demandes d'hébergement reste sans solution

Le *Baromètre hivernal* du 115, publié par la Fnars en janvier 2012 (données novembre et décembre 2011), suit l'évolution des demandes d'hébergement d'urgence et les réponses apportées. Il fournit des indicateurs objectifs de mesure de l'efficacité de la prise en charge des personnes par le dispositif d'hébergement à partir des données statistiques issues de trente-sept départements, dont celui de l'Aisne (cf. carte). Il permet aussi de mettre en perspective la politique de réforme de l'hébergement et de l'accès au logement, initiée par le gouvernement en 2009. Les données de décembre alertent sur un déficit permanent de places. Malgré une amélioration de la prise en charge des personnes qui appellent le 115, 49 % des demandes d'hébergement restent sans solution. Cela reflète la gestion de l'exclusion « au thermomètre », qui adapte avant tout l'offre d'hébergement d'urgence aux conditions climatiques, avant de s'adapter aux besoins des personnes. Au manque de places pérennes pour accueillir les personnes, s'ajoute la douceur de l'hiver 2011-2012 qui limite l'ouverture des dispositifs temporaires. On est loin de respecter l'inconditionnalité de l'accueil d'autant que les demandeurs sont pris dans les « portes tournantes » de l'urgence : à la faiblesse des réponses apportées s'ajoute l'incapacité du dispositif d'hébergement à favoriser l'accès au logement. 65 % des personnes qui ont appelé le 115 en décembre (ou pour lesquelles un

appel a été passé) étaient déjà connues dans le dispositif d'urgence. Ces données publiées corroborent le rapport de la Cour des Comptes, demandé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale dans le cadre de la stratégie *Le logement d'abord*, mise en œuvre par le gouvernement en 2009. Ce rapport préconise plusieurs propositions pour rendre efficace le dispositif l'accueil d'urgence et du logement :

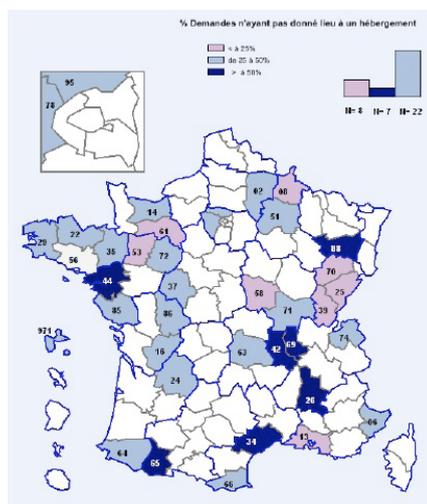
- mieux connaître les demandes d'hébergement et leurs causes ;
- mettre en place des SIAO dans les meilleurs délais ;
- augmenter le nombre de logements accessibles pour les personnes à la rue dans des zones identifiées ;
- pratiquer une politique préventive en amont et en aval avec une volonté d'accompagner le dispositif allant de l'accueil d'urgence jusqu'au relogement.

Pour la Cour des Comptes, la politique *Le logement d'abord* restera un vœu pieux sans une politique ambitieuse de construction de logements et sans un investissement massif sur l'accompagnement social. Le *Baromètre* fait par ailleurs apparaître que si 45 % des demandes d'hébergement proviennent de personnes de nationalité étrangère, cela n'explique pas l'embolie du dispositif, car leur taux de non attribution est nettement plus important (65 %). Face au déficit chronique de places dans les dispositifs d'accueil spécifiques et dans le dispositif de droit commun, la France n'est donc pas en mesure d'honorer les conventions internationales.

Ainsi, la Cour des Comptes et la Fnars constatent une réalité loin des effets escomptés. Dans cette situation de crise et lors du 17^e rapport du mal logement, la Fondation Abbé Pierre propose un contrat d'engagement social aux différents candidats à la présidentielle, afin de faire du logement un axe prioritaire pour les personnes à la rue et toutes les populations fragilisées.

Aline OSMAN-ROGELET
OR2S

www.fnars.org
Rapport Cour des Comptes du 15 déc. 2011
Cirulaire du 13/01/2012 relative à *Le logement d'abord*
17^e rapport l'état du mal-logement en France (FAP)



Source : Baromètre hivernal du 115, janvier 2012

Site web sur le vieillissement actif

La Commission européenne a mis en ligne un nouveau site web sur le vieillissement actif, dans le cadre de l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle 2012.

La Commission européenne a mis en ligne un nouveau site web sur le vieillissement actif, dans le cadre de l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle 2012. Ce site attire l'attention sur des facteurs clés tels que la promotion d'une alimentation saine, d'une activité physique, des relations sociales et d'autres activités utiles pour vieillir en bonne santé.



Les auteurs du site considèrent que le vieillissement n'est pas un fardeau, les personnes âgées ayant un fort engagement dans la société. Ils demandent que les politiques publiques prennent en compte ce que les personnes âgées peuvent faire, et non plus ce qu'elles ne peuvent plus faire, pour pouvoir promouvoir des comportements de santé favorables pour les personnes âgées.

Le site montre des exemples pratiques d'intervention en promotion, identifie les initiatives dans l'Union européenne, et met à disposition des ressources clés sur la santé des seniors de la santé.

Prix européen journalisme santé

Le 31 janvier, John Dammi, commissaire européen pour la santé a remis quatre prix à des journalistes européens pour récompenser les quatre meilleurs articles écrits dans le domaine de la santé. Ben Hirschler et Kate Kelland (Royaume-uni) ont remporté le premier prix pour leur article sur la résistance aux antimicrobiens, publié par Reuters. Le deuxième prix a été attribué à Rita Makarész (Hongrie) pour son article *Le moins cher des antidépresseurs*, publié sur le portail de la santé – www.orvostkeresek.hu –, qui souligne les bienfaits de l'exercice physique comme moyen de prévention de la dépression.

Le troisième prix est revenu à Mateja Grošelj (Slovénie) pour son article *De Lojze à Ludvika*, paru dans l'hebdomadaire *Vecer Weekly*. Cet article sur le cancer le plus fréquent chez la femme, celui du sein, explore le sujet sous l'angle d'une femme entreprenant une opération innovante de chirurgie reconstructrice mammaire.

Enfin, Monika Cetera, journaliste polonaise, s'est vu décerner le prix spécial *Arrêt du tabac* pour *Je suis venue pour faire soigner mes dents, pas pour arrêter de fumer*, article qui décrit un effet déplaisant et mal connu du tabagisme, la mauvaise santé bucco-dentaire.



Enfin, Monika Cetera, journaliste polonaise, s'est vu décerner le prix spécial *Arrêt du tabac* pour *Je suis venue pour faire soigner mes dents, pas pour arrêter de fumer*, article qui décrit un effet déplaisant et mal connu du tabagisme, la mauvaise santé bucco-dentaire.



Prometheus

Réalisée dans le cadre du projet *Prometheus*, une étude sur la mobilité des professionnels de santé montre les lacunes scientifiques relatives aux statistiques, aux tendances, aux impacts et aux interventions politiques face au dynamisme d'une telle situation, notamment en France, mais aussi en Allemagne, en Autriche, en Belgique, en Espagne, en Estonie, en Finlande, en Hongrie, en Italie, en Lituanie, en Pologne, en Roumanie, au Royaume-Uni, en Serbie, en Slovaquie, en Slovénie et en Turquie. Contrairement aux pays voisins, la mobilité des professionnels de santé en France reste peu développée et est surtout le fait de médecins étrangers venant compenser les effets du *numerus clausus* dans les hôpitaux.

Réforme de la protection des données personnelles et relance de l'économie

La Commission européenne a mis en chantier la réforme de protection des données personnelles, dont les principes sont inscrits dans une directive de 1995. La mondialisation, l'évolution rapide des progrès technologiques, les réseaux sociaux en ligne, l'informatique en nuage (« *cloud computing* »), les services fondés sur la localisation de l'utilisateur et les cartes à puce, amènent la Commission à doter les États membres de nouvelles règles pour faire face à l'ère du « tout numérique ».

Une autre des motivations est l'écart d'interprétation de la directive de 1995 qui a conduit à des inégalités dans le niveau de protection des données à caractère personnel, selon le lieu où une personne vit ou achète des biens et des services.



Les propositions de la Commission visent à renforcer les droits des personnes et à soutenir le marché intérieur de l'Union ; à garantir un niveau élevé de protection des données dans tous les domaines, y compris la coopération policière et judiciaire ; à garantir l'application correcte des règles ; et à définir des normes générales de protection des données. On notera que la Commission souhaite abolir les « contraintes administratives inutiles », comme les obligations de notification pour les entreprises gérant des données personnelles.

Par cette réforme, la Commission entend renforcer la confiance et favoriser aussi la croissance des entreprises qui leur permettra de répondre aux attentes des consommateurs européens tout en garantissant une protection appropriée, à moindre coût, de leurs données à caractère personnel. Pour la Commission, cela contribuera à stimuler le marché intérieur, à renforcer la croissance, à créer des emplois et à encourager l'innovation.

Développer Daphné



Le Parlement européen a pris une résolution le 2 février pour développer le programme Daphné, qui vise à combattre la violence à l'égard des femmes, des enfants et des adolescents à l'échelle de l'Union européenne. Il vise également à parvenir à un niveau élevé de protection de la santé, de bien-être et de cohésion sociale.

Depuis son lancement en 1997, le projet Daphné a connu trois phases (Daphné I (2000-2003), Daphné II (2004-2008), Daphné III (2007-2013)). En 2014, il devrait être intégré dans le programme « Droits et citoyenneté » 2014-2020. Par leur résolution, les parlementaires européens souhaitent que les objectifs du programme, dont la lutte contre les violences faites aux femmes, restent présents dans le programme « Droits et citoyenneté ». Ils insistent pour que son financement soit maintenu à un niveau comparable au programme précédent et pour que sa visibilité soit renforcée au sein du programme de nouvelle génération, compte tenu des réussites, de l'efficacité et de la popularité du programme. Les députés réaffirment cependant la nécessité d'adopter des mesures législatives à l'échelle européenne pour éradiquer la violence fondée sur le genre.

«L'Europe sociale en pratique»

C'est par cette phrase que Jo de Cock, administrateur général de l'Inami, a conclu la conférence de presse à l'issue du séminaire ARS-Inami qui s'est tenu le 16 janvier dernier à Bruxelles. L'objectif de ce séminaire était de faire le point pour pérenniser les acquis et tracer les lignes de perspectives sur la coopération sanitaire, médico-sociale mais aussi de prévention, le long de la frontière franco-belge.

Inaugurant ce séminaire transfrontalier franco-belge sur la coopération sanitaire et médico-sociale, Koen Lenaerts, juge à la Cour de justice de l'Union européenne et professeur à l'université catholique de Leuven (KUL) a évoqué les mécanismes et procédures concernant les soins dans l'Union européenne dans l'optique de la publication de la future directive sur les droits des patients (octobre 2013). Il a rappelé que l'Union européenne s'était donné pour objectif de consolider localement, dans les territoires, les soins hospitaliers et lourds et qu'il ne s'agissait pas de favoriser la mobilité à tout prix, qui ne concernerait que 1 % de la population européenne.

Jo de Cock, de l'Institut national de l'assurance maladie-invalidité (Inami), a développé cette idée précisant que l'objet n'était pas de créer un grand marché de la santé, mais bien de développer la coopération entre les acteurs sanitaires le long des 620 km de frontière franco-belge. Il s'agit aussi pour lui de faciliter l'intervention des régimes d'assurance maladie.



«La frontière franco-belge est l'exemple de ce que pourrait être une Europe de la santé».

Henri Lewalle, coordonnateur des projets OFBS.

Daniel Lenoir, directeur général de l'ARS Nord - Pas-de-Calais, a rappelé en synthèse du séminaire les quatre perspectives majeures de cette coopération transfrontalière, unique en Europe. La première est la consolidation sur le terrain de la coopération en ce qui concerne l'offre de soins, notamment par le développement dans les zones d'accès aux soins transfrontalières (Zoast), l'ambulatoire, l'accès aux médicaments, et des accords techniques entre les grands régimes de sécurité sociales et les complémentaires santé. Ce dernier partenariat reste en chantier par défaut de documents normés entre la France et la Belgique. Il est revenu ensuite sur le pas décisif réalisé dans le secteur médico-social



« C'est une coopération pragmatique partant d'un problème concret ».

Daniel Lenoir, directeur général de l'ARS Nord - Pas-de-Calais

et, plus spécialement, pour les personnes handicapées par la signature le 21 décembre 2011 d'un accord cadre entre la France et la Région Wallonne (cf. Plateforme n°14). Accord qui entend renforcer la coopération médico-sociale, garantir la continuité de l'accompagnement, optimiser les réponses aux besoins et organiser le transferts de connaissance et des bonnes pratiques en santé sur la zone transfrontalière orientale et qui pourrait être étendu à la Flandre. À cette coopération pourrait s'ajouter dans le futur un second accord cadre entre les gouvernements français et fédéral de Belgique pour les personnes âgées. Les actions prévention et promotion de santé doivent être engagées conjointement car, l'a rappelé Daniel Lenoir, là aussi, si les problèmes de santé des populations sont proches, le contexte social et les méthodes sont différentes. Il préconise une convergence des efforts pour augmenter l'efficacité. À ce titre, la présentation des programmes *Génération en santé* et *Icapros*, financés tout comme l'Observatoire franco-belge de la santé grâce au concours du programme Interreg IV France-Wallonie-Vladeren (Feder) a montré qu'en tel engagement était déjà en cours, alliant à la fois les systèmes d'observation et d'information et les démarches de promotion

« Le gouvernement belge a créé un observatoire pour suivre les mouvements des patients ».



Jo de Cock, administrateur général de l'Inami (Belgique)

de la santé et d'éducation à la santé.

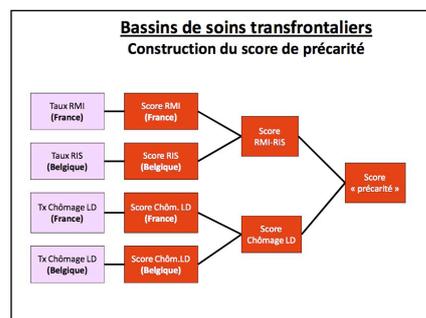
Enfin, Daniel Lenoir a appelé à la mise en œuvre d'un système d'alerte et d'urgence sanitaire transfrontalier, à travailler dans le cadre du règlement sanitaire international pour arrimer une véritable coopération transfrontalière locale.

La question du pilotage de l'«Europe sociale en pratique» sur ce territoire transfrontalier franco-belge reste à affiner grâce à une méthodologie à développer pour définir des territoires transfrontaliers pertinents (cf. encadré) et pour promouvoir des projets locaux de santé transfrontaliers.

Philippe LORENZO
OR2S

Bassins de soins transfrontaliers

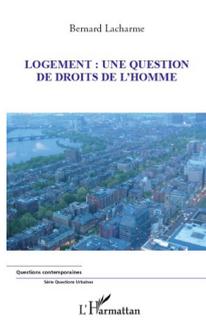
Une coopération entre les observatoires régionaux de la santé de Lorraine, Nord - Pas-de-Calais et Picardie devrait permettre de définir les relations entre besoins et l'offre. Bâtie sur un modèle développé par l'ORS de Lorraine, cette étude qui sera étendue principalement dans le cadre du contrat local de santé de la Thiérache, repose sur la construction de trois scores : score de l'offre de soins, score des besoins de soins et score de précarité. Le calcul des scores fait appel aux données démographique, de mortalité, de morbidité et de précarité. L'idée est de comparer entre eux ces scores afin de définir les limites de bassins de soins transfrontaliers et y développer des actions de proximité.



Logement : une question des droits de l'homme

Bernard Lacharme, L'Harmattan, décembre 2011

Depuis dix années passées à la tête du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, dont il est secrétaire général, Bernard Lacharme vient de publier chez l'Harmattan *Logement : une question des droits de l'homme*. Il y retrace « de l'intérieur » l'historique de la loi sur le logement opposable (loi Dalo). Il dresse un bilan contrasté de l'application de cette loi vieille de cinq années : à peu près respectée sur la majeure partie du territoire, elle est bafouée là où son application nécessiterait des arbitrages, des moyens et une volonté politique. Il décrit la multiplication des situations de mal-logement et demande une solidarité financière pour produire des logements abordables pour tous. En Île-de-France, il réclame que soit posée la gouvernance du logement entre les communes de la région par une construction massive de logements. Bernard Lacharme évoque ainsi la nécessité de réformer profondément la politique du logement, et de mettre en chantier immédiatement une politique du logement d'urgence.



État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français

Caroline Berchet, Florence Jusot, Irdes, questions d'économie de la santé, n° 172, janvier 2012

Cette étude propose une synthèse des travaux français portant sur l'état de santé et le recours aux soins des migrants depuis une trentaine d'années. Malgré la divergence des résultats de la littérature - due notamment à la diversité des indicateurs utilisés et des périodes considérées -, cette synthèse souligne l'existence de disparités entre les populations française et immigrée. De meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu moins bon que celui des Français de naissance. Ces différences sont plus marquées chez les immigrés de première génération, les femmes, et varient selon le pays d'origine. Un moindre recours aux soins de ville et à la prévention a également été constaté. Si des phénomènes de sélection liés à la migration permettent d'expliquer le meilleur état de santé initial des immigrés, leur situation économique fragilisée dans le pays d'accueil ainsi que la détérioration du lien social contribuent notamment à la dégradation de leur état de santé et à leur moindre recours aux soins. Ce constat appelle la mise en œuvre de politiques de santé publique adaptées visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère, notamment à travers la prévention, le développement d'actions de proximité et de simplification de l'accès à certains services.

Baromètre sur les discriminations au travail

Défenseur des droits, OIT, CSA

À l'initiative du Défenseur des droits, de l'Organisation internationale du travail, et réalisé par CSA, le cinquième *Baromètre sur la perception des discriminations au travail : regard croisé salariés du privé et agents de la fonction publique* a été rendu public fin janvier. Les résultats montrent que le genre, l'origine ethnique et l'apparence physique sont les critères de discrimination les plus cités.

Une proportion non négligeable de salariés et d'agents déclare avoir été confrontée concrètement aux discriminations : plus d'un quart des salariés et agents a le sentiment d'avoir déjà été victime de discrimination dans le cadre de leurs activités professionnelles et plus d'un tiers en a été témoin.

La tendance du rapprochement entre la perception des agents de la fonction publique et celle des salariés du privé sur le sujet des discriminations, observée en 2010, est confirmée en 2011. Les auteurs l'interprètent comme un signe que la fonction publique est de moins en moins perçue comme protectrice.

Par ailleurs, le genre et la maternité sont les deux critères des discriminations vécues qui progressent le plus.

Enfin, le niveau des discriminations ressenties en tant que victime ou témoin est en légère baisse depuis la vague précédente, les répondants imputant peut-être au contexte économique les difficultés ressenties, plus qu'à des comportements discriminatoires.

L'enquête a été passée auprès de 1 010 personnes, soit 510 salariés du privé et 500 fonctionnaires.



Les orientations de la politique de l'immigration et de l'intégration

Décembre 2011

Ce huitième rapport au Parlement établi en application de l'article 111-10 du code de l'entrée et de séjour des étrangers et du droit d'asile, fait le point sur la situation de l'immigration en 2010. Il montre que la France reste le premier pays européen de destination des demandeurs d'asile, et le deuxième derrière les États-Unis.

Les auteurs du rapport note une forte baisse du nombre de titres de séjours délivrés pour activité professionnelle et pour rapprochement familial, amorcée depuis le milieu des années deux mille. Le nombre d'étudiants étrangers a cependant continué à croître en 2010, comme il le fait depuis 2007. Le nombre de reconduites à la frontière, a été équivalent à l'objectif fixé pour 2010 (28 000), 101 335 contrats d'accueil et d'intégration, pour faciliter le maintien durable en France, ont été signés en 2010, soit un peu plus qu'en 2009.

Inégalités sociales de santé

En mai 2011, l'inspection générale des affaires sociales publiaient deux rapports sur les inégalités sociales de santé. L'un était consacré aux déterminants sociaux et modèles d'action, l'autre à la santé physique, à la santé morale, aux conditions de vie et au développement de l'enfant.

Les deux rapports présentés par l'inspection générale des affaires sociales (Igas) forment les deux parties d'un même travail. Le rapport consacré aux déterminants sociaux apportent une explication plurielle des inégalités sociales là où le second, consacré aux inégalités de santé dans l'enfance, illustre comment une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé pourrait être mise en place.

Les auteurs reprennent à leur compte la définition des inégalités sociales de santé comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » (Guichard, Potvin, 2010). Ils mettent en exergue le gradient social qui montre, par exemple, une progression de l'espérance de vie en fonction du statut socio-économique. Ils réfutent cependant un lien causal mécanique entre la pauvreté et les inégalités sociales de santé préférant une approche plus globale dans laquelle sont en jeu le comportement individuel, les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail, les conditions économiques, culturelles, environnementales. Un double constat est formulé : améliorer l'état de santé moyen de la population tend à faire croître les inégalités entre les groupes sociaux, pour ne pas parler de classes sociales, alors que l'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de les

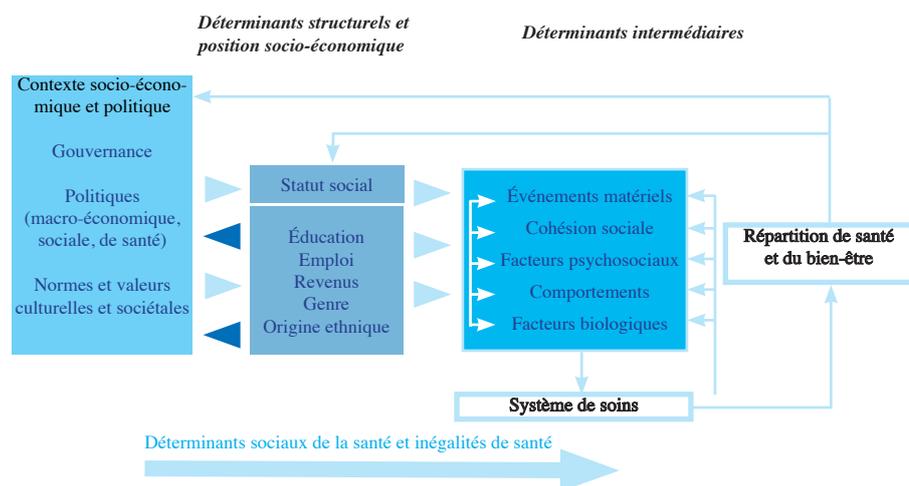
réduire. En quelque sorte, l'état de santé et le recours au système de soin est surdéterminé par les conditions sociales dans lesquelles s'inscrivent les individus et les populations. D'un autre côté, les auteurs regrettent que les inégalités sociales de santé ne constituent pas un objet de politique publique à part entière et ne sont que partiellement prises en compte (publics ciblés). Les politiques publiques elles-mêmes, les initiatives locales, peu connues, semblent avoir des impacts peu probants, pour autant qu'elles soient réellement évaluées.

Les auteurs préconisent alors une approche en plusieurs étapes. Tout d'abord, une stratégie de réduction des inégalités doit s'adosser à quelques préalables : mieux connaître les mécanismes qui produisent les inégalités sociales de santé, disposer de modalités d'évaluation pertinentes par rapport au sujet et implanter des centres ressources au bénéfice des acteurs de terrain. Faire du *benchmarking*, se doter d'un petit nombre d'objectifs chiffrés, mener un travail d'argumentaire, de conviction et de formation font aussi partie de ces préalables. Les auteurs concluent aussi au peu de pertinence de mettre en œuvre un plan de santé publique de lutte contre les inégalités sociales de santé. Ils lui préféreraient une approche *mainstreaming* consistant à intégrer cet objectif dans toutes les politiques publiques.

Le second rapport, d'Alain Lopez et des mêmes auteurs, part des principes que les inégalités de santé dans l'enfance renvoient de façon encore plus forte qu'à l'âge adulte à des enjeux de justice sociale et que, même marquées par un gradient social, elles ne sont pas une fatalité. Les auteurs ont passé en revue quatre politiques publiques ayant des effets sur la santé : éducation scolaire, soutien à la parentalité, accueil des jeunes enfants, amélioration de l'habitat privé.

Ils préconisent ainsi de mieux documenter les inégalités sociales de santé des enfants, y compris au niveau territorial, via les plateformes sanitaires et sociales et par des suivis de cohortes. Ils demandent que les actions puissent s'organiser selon la logique d'universalisme proportionné qui consiste à densifier les interventions en fonction des conditions socio-économiques des familles. Ils requièrent trois scénarios gradués : introduire un « réflexe santé » dans toutes les politiques, définir des priorités de santé, mettre en place des cadres de référence par priorité et objectif identifiés. Enfin, les auteurs insistent sur l'intérêt d'une stratégie locale d'actions, principalement au niveau communal ou intercommunal.

Modèle des déterminants sociaux de la santé de l'OMS



Marguerite Moleux, Françoise Schaezel, Claire Scotton, *Les inégalités sociales de santé : déterminant sociaux et modèles d'action*, Igas, mai 2011



Alain Lopez, Marguerite Moleux, Françoise Schaezel, Claire Scotton, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*, Igas, mai 2011

2-6 avril 2012, Bruxelles*Deuxième université de printemps francophone en santé*

Organisée par l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles, asbl Educa-santé, université d'été de Besançon

Programme : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Colloques/Scripts/Show.bs?bqRef=7390>**5-6 avril 2012, Amiens***Évaluation des politiques sociales*

Organisé par le Curapp-ESS et le conseil général de la Somme

Programme : <http://www.u-picardie.fr/labo/curapp/spip.php?article460>**15-16 mai 2012, Toulouse***3^e édition du congrès thématique de l'Adelf «Épidémiologie sociale et inégalités de santé»*

Organisée par l'Association des épidémiologistes de langue française

Programme : http://www.iferiss.org/IMG/pdf/2eme_annonce_ADEL2012.pdf**5-6 juin 2012, Amiens***Colloque international et pluridisciplinaire «Les conditions sociales et politiques de la naissance»*

Organisé par le Curapp-ESS (CNRS-UPJV), le CESSP (CNRS-EHESS/Université de Paris 1) et le Cerprisca (UPJV)

Contact : colloque.international.naissance@gmail.com**26-28 juin 2012, Nîmes***2^e Congrès international du Crépis France-Québec «Territoire, santé, inégalités sociales : une approche plurielle»*

Organisé par le Crépis France-Québec

Contact : francois.klimczak.fr@crepis.asso.fr**4-5-6 juillet 2012, Amiens***Colloque international «Interventions sociales, quantification et formes invisibles de la pauvreté»*

Organisé par la direction de l'éducation permanente de l'UPJV avec le soutien du Curapp-ESS (CNRS-UPJV) et de l'UFR Philosophie, Sciences humaines et sociales de l'UPJV, dans le cadre du réseau européen Refuts

Contact : benedict.e.froment@u-picardie.fr, claudethiaudiere@sfr.fr, je.camus@wanadoo.fr**22-23 novembre 2012, Parc de l'Ailette***Forum scientifique et d'échange de pratiques Mobilisation et participation transfrontalières en promotion de la santé*

Organisé par Générations en santé

Pré-programme : http://generationsensante.eu/_front/Pages/article.php?cat=8&item=1&page=1&art=293Contact : philippe.lorenzo@or2s.fr

Frédéric Lebaron
Professeur de sociologie
Université de Picardie Jules Verne
Directeur du Curapp-Ess (CNRS-UPJV)



Nouveaux indicateurs de richesse et renouvellement du débat public

Avec le rapport de la commission Stiglitz-Sen-Fitoussi¹ rendu public en septembre 2009, la remise en cause des indicateurs économiques dominants, notamment le PIB (produit intérieur brut), a été légitimée au plus haut niveau politique et a reçu un fort écho médiatique. La crise économique mondiale n'y est évidemment pas pour rien : comme le notent d'ailleurs les auteurs du rapport, elle a hâté la prise de conscience d'un décalage accru entre les chiffres officiels et la perception concrète de la réalité par les citoyens. Ceux-ci sont de plus en plus critiques et sceptiques sur l'apparente évolution favorable des tendances lourdes de la situation économique et sociale. Précarité, pauvreté, inégalités, dégradation environnementale accélérée semblent plutôt s'approfondir, parfois même dans les périodes de recul du chômage et de croissance de l'économie marchande.

De nouveaux indicateurs de richesse, mais aussi de « performance », de « progrès », de « bien-être », de « santé sociale », apparaissent désormais nécessaires à de nombreux acteurs sociaux, issus de secteurs et de traditions variés. Mais comment les construire et les fonder ? À quoi peuvent-ils servir et quelles conséquences pourraient résulter de leur utilisation accrue ? Ces questions suscitent d'ores et déjà des réponses multiples et participent au renouvellement du débat public sur les modèles d'organisation sociale et économique.

Un premier usage, inspiré de l'indicateur de développement humain (IDH) créé au début des années quatre-vingt-dix, permet de représenter les hiérarchies territoriales autrement qu'en se fondant sur les seuls indicateurs économiques, mais sans les bouleverser totalement (en raison notamment de la prise en compte du niveau de vie). L'extension de cet usage permettrait des comparaisons fines entre territoires. Le deuxième usage est plus temporel que spatial. Certains indicateurs permettent de suivre dans le temps les performances d'un pays ou d'une

région en ne se focalisant pas uniquement sur la croissance du PIB. C'est le cas de l'indice de santé sociale utilisé aux États-Unis, de l'indicateur de bien-être économique des Canadiens ou du baromètre des inégalités et de la pauvreté (BIP 40) mis au point en France. Ces indicateurs d'inégalités pourraient être complétés par des indicateurs dits « subjectifs » visant à mesurer la satisfaction déclarée des citoyens. Enfin, un troisième usage potentiel de ces indicateurs relève de l'évaluation des politiques publiques et, plus largement, de l'évaluation des performances sociales de manière moins « budgétaire » et « monétaires » qu'elles ne le sont aujourd'hui. Si l'objectif de l'action publique est d'accroître le bien-être des citoyens, la capacité des nouveaux indicateurs à mesurer plus finement celui-ci est fondamentale et devrait faire l'objet d'un vaste débat démocratique. En matière de réforme de l'État-social, ces indicateurs permettraient de dépasser la vision centrée sur le seul équilibre comptable des systèmes de protection sociale.

La crise économique mondiale a rappelé la fragilité de tout un système de mesure et de représentation de la réalité sociale, profondément imprégné des critères financiers. La crise sociale qui en résulte ainsi que la crise écologique, de plus en plus aiguë, rendent évidente l'idée que la seule croissance de la production n'est pas une fin en soi et qu'elle s'accompagne souvent d'une dégradation du stock de richesses (économiques, naturelles, humaines...) transmises de génération en génération. L'écho du rapport Stiglitz-Sen-Fitoussi, témoin du dynamisme des indicateurs sociaux, plus particulièrement des « alter-indicateurs » qui transforment le regard sur la société, illustre ainsi la recherche, pour l'instant encore confuse et tâtonnante, d'autres façons de représenter le réel et d'autres formes d'action permettant de rattraper notre retard en termes de mesure et de réduction des inégalités.

1. J. Stiglitz, A. Sen, J.-P. Fitoussi, *Performances économiques et progrès social. Richesse des nations et bien-être des individus et Performances économiques et progrès social. Vers de nouveaux instruments de mesure*, Paris, Odile Jacob, 2009.

Plateforme
 SANITAIRE & SOCIALE

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

N°15, mars 2012

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 : plateforme@or2s.fr

Directeur de publication : Dr Joseph Casile (or2s)
 Comité de rédaction : Anne Boulinguez (carsat nord-picardie), Danièle Bourgerie (conseil régional de Picardie), Laetitia Cecchini (gestion du risque assurance maladie), Yassine Chaïb (drjcs), Rémy Caveng (université de picardie), Bruno Goethals (carsat nord-picardie), Christine Jaafari (drjcs), Éric Moreau (conseil général de l'oise), Marie-Véronique Labasque (creai), Michel Liénard (msa), Philippe Lorenzo (or2s), Anne-Marie Poulain (conseil général de la Somme), Aline Osman-Rogelet (or2s), Yvonne Pérot (insee), Gaëlle Raboyeau (ars), Claude Thiaudière (université de picardie), Alain Trugeon (or2s).

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S mars 2012