

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°17

octobre 2012

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé 2

- Interventions sociales, quantification et formes invisibles de pauvreté. 23^e colloque du Réfuts
- Devenir parents : les conditions sociales et politiques de la naissance

Actualité 3

- Enquête non-recours aux soins

Brèves 4

Entretien 5

- Le non-recours aux droits et aux services. Entretien avec Hélène Revil

Initiative 6

- Contribution de la DRJSCS à la territorialisation de la cohésion sociale

Focus 8

- La loi de 2002-2 8
- La participation dans la loi 2002-2 9
- L'Anesm et la loi 2002-2 10
- La rénovation de l'action sociale de l'Assurance maladie 11
- Le département de l'Aisne et la loi 2002-2 12
- Creai de Picardie : colloque sur la participation et l'expression de l'usager 13

Brèves 14

Données nationales 15

- Répertoire Finess

Brev'd'Europe 16

Europe 17

- Heidi : indicateurs santé en Europe

Doc 18

- Politique de la ville et inégalités sociales de santé 19
- Désunion et paternité 19

Tribune libre 20

- La confiance au cœur de la participation

Agenda 20

Données de l'Assurance maladie, outil et source d'information pour lutter contre les inégalités socio-sanitaires

Les centaines de millions de données que les régimes d'Assurance maladie enregistrent chaque jour en remboursant les soins des assurés sociaux sont une source d'information incomparable sur la santé de nos contemporains. Elles alimentent une base de données gigantesque, constamment mise à jour, sur l'offre et la demande de soins.

Cette « banque » d'informations qui retrace les soins dispensés par tous les professionnels de santé en ville ou en établissement est l'une des plus importantes, de cette nature, au monde. Elle est hautement sécurisée et protégée, la Cnil (Commission nationale informatique et libertés) encadrant par ailleurs strictement l'accès à ces données ainsi que leur traitement.

L'Assurance maladie l'utilise à des fins diverses (suivi des dépenses de soins et de leur évolution, contrôle du bon usage et de la facturation des soins, description de l'offre et de la demande, organisation des soins, échanges avec les représentants des professionnels de santé...) dont la plupart ont des incidences directes sur la vie quotidienne des assurés.

Elle est en effet le premier support de sa politique d'amélioration de la qualité de service dans le meilleur intérêt de ses assurés, notamment les plus fragiles. C'est tout à la fois le moyen d'identifier les besoins de ses publics, d'identifier les priorités d'action et de les mettre en œuvre (qualité et coordination des soins avec les professionnels de santé, « disease management », e-applications...). C'est aussi, bien sûr, celui d'en mesurer les résultats.

Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé de façon très générale, comme « un état de bien être total physique, social et mental de la personne, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », et ces données de l'Assurance maladie sont loin de renseigner sur tous ces aspects. Elles doivent pour cela être croisées, sans garantie d'exhaustivité d'ailleurs, avec celles des autres dispositifs de protection sociale sous l'égide des observatoires régionaux de santé.

Ces observatoires ont d'ailleurs montré leur capacité à agréger cette formidable masse d'informations et à en extraire des indicateurs sanitaires et sociaux significatifs. Ils en ont aussi renouvelé les représentations avec des procédés cartographiques qui font désormais considérer comme une évidence la liaison entre les questions de santé et d'aménagement du territoire.

C'est particulièrement vrai concernant l'OR2S de Picardie dont la qualité des productions aide à comprendre les problématiques sanitaires et sociales à l'œuvre dans notre région et leurs priorités. Il fournit aux décideurs picards des éléments d'analyse et un cadre d'échange privilégié dans un contexte aux indicateurs sanitaires et sociaux souvent dégradés.

C'est l'occasion d'en remercier personnellement Alain Trugeon qui œuvre ainsi très concrètement à la mise en œuvre des réformes structurelles en cours en matière d'organisation des soins. La description fine de l'état de santé de la population picarde et de ses enjeux est en effet une condition préalable aux politiques d'amélioration de la santé et de lutte contre les inégalités sanitaires et sociales dans la région comme vis-à-vis du reste du pays.

Mathilde Roy

Directeur coordonnateur de la gestion du risque et
de la lutte contre les fraudes en Picardie, par intérim
Régime Général

Interventions sociales, quantification et formes invisibles de pauvreté. 23^e colloque du Réfuts

Organisé par le Curapp-ESS et la division de l'éducation permanente de l'université de Picardie Jules Verne, ce colloque du Réseau européen des formations universitaires au travail social (Réfuts) s'est tenu à Amiens du 4 au 6 juillet 2012 sur la thématique de la pauvreté.

Le colloque, qui a en outre reçu le soutien du conseil régional de Picardie, du conseil général de la Somme, d'Amiens métropole et de la Délégation générale à la langue française et aux langues de France (ministère de la Culture et de la Communication), a réuni des chercheurs et des étudiants venus de plusieurs établissements universitaires européens. Il s'est appuyé sur la recherche en cours « Construction et usages des indicateurs sociaux : pauvreté et inégalités en Picardie » (Baromètre inégalités et pauvreté Picardie : Bipp) actuellement menée au Curapp-ESS dans le cadre d'un programme financé par la région Picardie. La problématique d'ensemble a été définie autour du constat suivant : le champ des politiques sociales et de l'action sociale est depuis plusieurs années objet d'une mise en chiffres qui s'est accentuée avec

la transformation du rôle de l'État et la territorialisation des politiques sociales, mais paradoxalement, la mise en chiffre des problèmes sociaux contribue à masquer une bonne part des situations de pauvreté. Les communications présentées ont permis d'en analyser les raisons. La première est que les opérations de quantification s'appuient sur des notions de pauvreté et de précarité qui posent toujours des problèmes de définitions conceptuelles et méthodologiques. En conséquence de quoi, leur relative efficacité formelle marginalise la place des réflexions sur les formes mouvantes et incertaines de pauvreté. Deuxième raison, les intervenants sociaux, au contact direct des personnes faisant l'expérience de la pauvreté, sont obligés de penser la situation des personnes qu'ils accueillent au travers de grilles d'attribution d'aides, de catégories de ressources, de publics cibles, qui ne correspondent

pas forcément à la situation de ceux qu'ils ont en face d'eux. Cependant, les compte rendus d'activité et les chiffres que ces mêmes travailleurs sociaux transmettent à leur hiérarchie contribuent à formaliser une représentation de la pauvreté. L'écart entre les situations réelles et la reconnaissance des activités de traitement de ces situations s'accroissant, ils voient leurs interventions prises dans un mouvement de double contrainte. Enfin, échappant à toute forme de comptage se développent des formes « invisibles » de pauvreté, de personnes hors cadres ou à la limite des seuils d'accès aux droits, ou ne recourant pas à leurs droits.

Rémy CAVENG,
Curapp-ESS / CNRS-UPJV

Devenir parents : les conditions sociales et politiques de la naissance

Ce colloque international pluridisciplinaire organisé les 5 et 6 juin à Amiens par le Curapp-ESS de l'université de Picardie Jules Verne avait pour cadre le programme régional Pic-Enfants, financé par la région.

Ce colloque a réuni un ensemble de communications sur les conditions sociales et politiques de la naissance d'un premier enfant. Les travaux se sont organisés autour de quatre axes. Le premier traitait du passage de la « jeunesse » à la procréation. La naissance du premier enfant constitue aujourd'hui, dans bien des cas, un moment-charnière du passage du statut de « jeune » au statut « d'adulte ». Pour une partie des jeunes au moins, ce moment est celui de « l'installation », lorsque les aspirations de la jeunesse laissent place à une forme de recentrage sur la famille. C'est ainsi la jeunesse, en tant que moment de socialisation, de réalisation d'expériences, au cours duquel s'élaborent les destins probables ou enviables qui a été interrogée, pour comprendre la place qu'y occupe la naissance d'un enfant. Le deuxième axe portait sur la transmission intergénérationnelle. Dans ce moment particulier où l'on s'apprête à devenir

parent, se trouvent remis en jeu les rapports que l'on entretient avec son ascendance. Se définit alors une manière de s'inscrire dans l'ordre des générations mais aussi d'hériter de sa propre famille pour soi-même « faire famille ». Les travaux liés au troisième axe ont porté sur les normes sociales et institutionnelles. L'arrivée d'un premier enfant constitue également un moment où les futures mères, et dans une certaine mesure les futurs pères, se trouvent insérés dans un ensemble de dispositifs sociaux et médicaux porteurs de cadrages normatifs. Il s'est alors agi d'étudier les transactions qui s'opèrent entre ces normes institutionnelles - parfois divergentes en fonction des interlocuteurs - et celles qui se transmettent au sein des familles. Enfin, le quatrième axe portait sur les politiques d'encadrement de la naissance et de la filiation. Ces politiques publiques ont la particularité d'être ciblées sur différents « enjeux » et « problèmes » liés à la naissance : reconnaissance juridique et so-

cial de nouvelles formes d'alliance familiale, maîtrise de la fécondité, soutien à la natalité, normes juridiques de la filiation ou soutien à la « parentalité ». Le développement de ces politiques publiques tend ainsi à produire un double effet de spécialisation et d'extension de l'intervention de l'État sur les questions familiales. Se dessinent ainsi et s'imposent de nouvelles manières d'être de « bons parents ».

R.C.



Enquête non-recours aux soins

La réalisation et la présentation des diagnostics territoriaux de santé des pays picards demandés par le conseil régional de Picardie, ont montré que certaines populations, malgré des indicateurs sanitaires très défavorables, n'avaient pas recours aux soins. L'objectif du travail mené en complément est d'en comprendre les raisons.

Pour répondre aux objectifs, une approche qualitative par entretiens a été mise en œuvre auprès de la population et des professionnels de santé de trois pays picards : le Chaunois dans l'Aisne, le Grand Creillois dans l'Oise et le Santerre Haute-Somme, dans la Somme.

L'étude s'appuie sur deux types d'entretien, des entretiens collectifs semi-directifs (*focus group*) avec la population (un groupe masculin et un groupe féminin d'une dizaine de personnes, chacun par pays) et des entretiens individuels avec les professionnels de santé (deux médecins généralistes par pays, des médecins de centres de bilans de santé et les responsables des trois associations de dépistage organisé des cancers).

Les guides d'entretien élaborés abordent la perception de la santé pour les patients, les pratiques des patients en matière de santé (délai de recours aux soins, utilisation des urgences, observance des prescriptions médicales, automédication, recours au médecin traitant, connaissance des aides sociales...), les pratiques et connaissances de dépistage et de prévention, l'influence de l'entourage, la confiance dans le système de santé et le rapport médecin - patient.

En novembre 2012, l'ensemble des entretiens individuels a été mené et seul un *focus group* reste à faire.

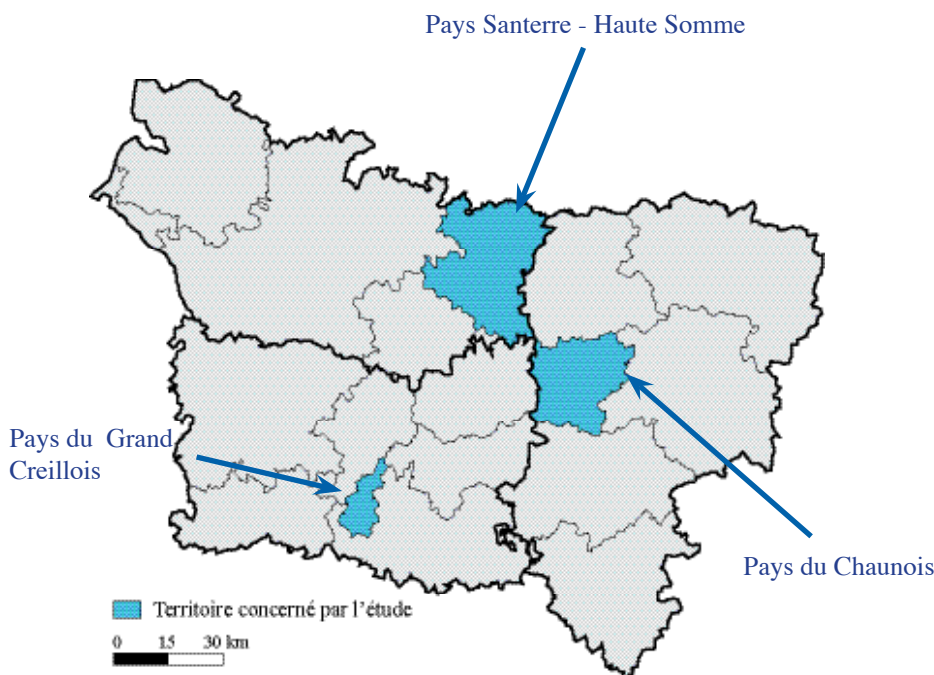
Les analyses des discours font apparaître plusieurs freins.

Les problèmes financiers sont d'abord mis en avant, notamment par rapport au non remboursement de nombreux médicaments, avec l'obligation de faire alors des choix, mais également par rapport aux avances de frais de certains examens complémentaires ou lorsque la personne n'a pas la CMU ou de mutuelle. Toutefois, l'ensemble des participants rencontrés dit connaître les aides disponibles. Le refus de certains professionnels d'accepter des patients couverts par la CMU est également évoqué à plusieurs reprises.

Les transports constituent aussi un frein aux soins. Nombreux sont ceux qui, sans obligatoirement être en milieu rural, ont des difficultés à rejoindre l'hôpital le plus proche ou une ville disposant de spécialistes. Le maillage de transports en commun leur paraît très lâche et les déplacements coûtent souvent chers.

De nombreux problèmes annexes se greffent, faisant que la vie quotidienne des personnes prend le pas sur leur santé. Trouver un emploi, le

garder, avoir un logement, s'occuper des enfants (et notamment de leur santé)... sont autant de prérogatives plus importantes pour les personnes que leur santé. L'illettrisme et la non compréhension du français ajoutent à l'isolement des personnes. Une méfiance et un regard très critique sont posés par les participants sur l'efficacité du système de soins et sur les compétences des professionnels de santé. Beaucoup trouvent incompetents leurs médecins ou les spécialistes qu'ils ont rencontrés, donnant des exemples à l'appui. Il en est de même pour l'hôpital et les urgences. Un regard très sévère est porté sur ces professionnels : ils considéreraient les patients comme des clients, ne chercheraient qu'à s'enrichir, au détriment de l'aspect humain du métier, et, surtout, commettraient des fautes professionnelles, parfois graves. Les professionnels de santé, pour leur part, pointent le manque d'implication des patients dans leur traitement, notamment lors de régimes diététiques : diabète, cholestérol ; la non compréhension ou le désintérêt pour certains aspects, tels que les dépistages, les traitements, les examens ; l'oubli des traitements ou le souhait d'arrêter avant la fin du traitement et le recours aux urgences parfois abusif ou pour de la « bobologie ». Les comportements des patients sont également jugés inappropriés. Pour les professionnels, les patients voudraient tout et tout de suite, happés par une espèce de société de services poussée à l'extrême, et lorsqu'ils n'obtiennent pas ce qu'ils souhaitent, ils vont à l'hôpital. Certains patients ont besoin d'être accompagnés dans leurs démarches de prise de rendez-vous auprès de spécialistes ou pour des examens médicaux. La densité médicale enfin participe aux difficultés éprouvées pour accéder à des médecins traitants et à des spécialistes. Les cabinets refusent parfois de nouveaux patients car les médecins ont une patientèle déjà importante et les délais d'attente pour les rendez-vous s'allongent. La situation n'est pas encore alarmante, aux dires des personnes rencontrées, mais le deviendra-t-elle au fur et à mesure des départs en retraite non remplacés ? Cela semble déjà être le cas dans le Grand Creillois.



13^e Congrès national des ORS : ouverture de l'appel à communications

Le 13^e congrès national des observatoires régionaux de



la santé sur le thème « L'observation (santé, social, médico-social) : nouveau périmètre, nouveaux enjeux » aura lieu à Bordeaux les 4 et 5 avril 2013 (Palais des congrès). Cette manifestation sera l'occasion de s'interroger sur l'évolution de l'observation de la santé et sur les réponses qu'elle doit apporter face à la complexité des dispositifs et la diversité des acteurs intervenant dans le champ de la santé publique, son développement au sein des champs social et médico-social pour mieux appréhender la santé de nos concitoyens et ses déterminants.

La recomposition du monde de la santé, notamment avec la mise en place des agences régionales de santé, des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, et plus généralement des services déconcentrés nés de la révision générale des politiques publiques, ou encore des unions régionales des professionnels de santé et l'implication croissante des usagers dans le dispositif de prévention et de santé définissent un nouveau périmètre pour l'observation de la santé.

L'affirmation d'une volonté politique forte de développer la démocratie sanitaire impose des obligations nouvelles en matière de mise à disposition d'informations indépendantes et facilement accessibles.

Les réflexions menées sur deux jours, en séances plénières et ateliers, devront permettre de définir les nouveaux enjeux de l'observation en santé. Différentes questions seront abordées, notamment le partage de l'information entre producteurs, analystes, politiques, décideurs, financeurs et bien sûr usagers.

Les inscriptions et l'appel à communications sont ouverts sur le site du congrès jusqu'au 12 décembre 2012 : www.congres-ors.com.

Les séances plénières du congrès

Plénière 1 : face aux évolutions de la santé publique, quel nouveau périmètre pour l'observation ?

Plénière 2 : à la croisée des mondes – santé/environnement, santé/social – une observation complexe !

Plénière 3 : partage et utilisation de données pour l'action : mythe ou réalité ?

Plénière 4 – table ronde : l'observation, quelle utilité pour les différents acteurs et quelles perspectives de développement et de progression ?

Le projet régional de santé dans la dernière ligne droite

Conformément à la loi n°2010-940 du 10 août 2010 (article 36), l'ensemble des documents constituant le projet régional de santé doit faire l'objet d'une consultation publique de deux mois durant laquelle la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) de la région Picardie, le représentant de l'État dans la région et les collectivités territoriales de la région Picardie ont la possibilité d'émettre leurs avis.

En Picardie, la consultation s'étend du 10 octobre au 10 décembre 2012. Durant cette période, les documents du PRS sont consultables sur le site de l'ARS (www.ars.picardie.sante.fr).

Gaëlle RABOYEAU

ARS de Picardie

Direction de la politique régionale de santé

L'ARS de Picardie obtient le label diversité

L'agence régionale de santé de Picardie s'est engagée dans une démarche afin d'obtenir le label diversité. Cette certification atteste de la mise en place d'une politique de lutte contre les discriminations et de promotion de la diversité dans le cadre de la gestion des ressources humaines. Après une évaluation approfondie par l'Afnor, ce label a été attribué à l'ARS en juillet dernier.

L'égalité des chances, tout le monde est pour, mais comment s'assurer que le handicap, l'âge, l'origine... ne constituent jamais un frein à l'embauche, à l'accès à la formation ou au déroulement de carrière ? Pour favoriser réellement cette dynamique au sein des services publics et des entreprises, l'État a créé en 2008 le label diversité.

Cette certification valorise une démarche globale. Tous les aspects de la politique de ressources humaines sont examinés lors des audits : recrutements, accueil et intégration, gestion des carrières, formations... Il s'agit aussi de s'assurer que la non discrimination et la promotion de la diversité sont des engagements collectifs au sein de l'organisme audité, notamment dans les pratiques managériales.

À travers cette démarche, l'agence régionale de santé souhaitait porter, dans son fonctionnement comme dans sa gestion des ressources humaines, les valeurs de solidarité, de tolérance, d'impartialité et d'égalité des chances, qui constituent des fondements du service public.

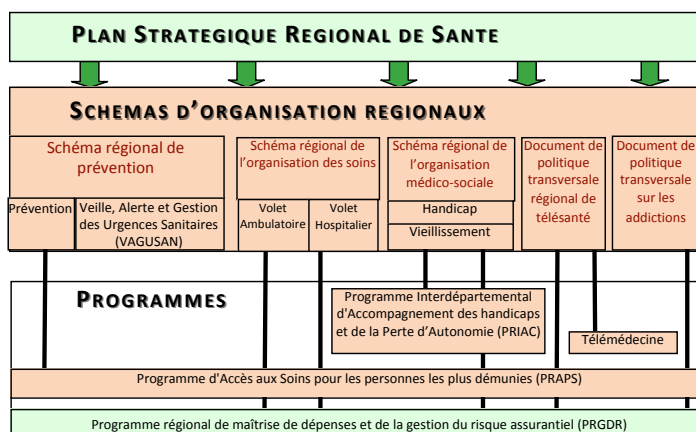
Ainsi durant plusieurs mois, l'ensemble des processus « ressources humaines » a été analysé afin d'identifier les points possibles d'amélioration. En matière de recrutement par exemple, l'agence a travaillé sur l'objectivation et la justification des critères de choix, ainsi que sur la traçabilité des sélections qui sont faites.

Dans la continuité de la certification, un accord sur la diversité a été signé entre la direction et les organisations syndicales début septembre 2012.

Parmi les mesures qu'il prévoit : des dispositions particulières pour le retour de collaborateurs après une longue absence (maladie, maternité...), la prise en compte des questions d'ergonomie et d'aménagement des postes de travail, la création d'une cellule de traitement des réclamations pour les collaborateurs qui se sentiraient victimes de discrimination dans le cadre professionnel.



Pascal POETTE
ARS Picardie



En vert, les documents arrêtés et publiés en 2011.

En orange, les documents en cours de consultation, pour une publication en décembre 2012.

Le non-recours aux droits et services

Entretien avec Héléna Revil,

Observatoire du non-recours

IEP Grenoble – PACTE /CNRS



Plateforme sanitaire et sociale : Qu'est-ce que le non-recours ?

Héléna Revil : À l'origine, le non-recours renvoie à toute personne éligible à une prestation sociale, qui ne la perçoit pas. En France comme à l'étranger, la question a en premier lieu été posée pour des droits ciblés et notamment pour les minima sociaux. Non-recours et pauvreté sont donc souvent associés. Si cela reste vrai, l'approche du non-recours s'est élargie pour s'intéresser aujourd'hui à une diversité de domaines (la santé, le logement, l'insertion...) mais également à des droits et services de différentes natures (complémentaire santé, services d'accompagnement, aide juridique, dispositifs de dépistage...). L'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) a largement contribué à ouvrir l'angle de vue et à actualiser la définition : on parle désormais de non-recours pour toute personne qui ne bénéficie pas d'un droit ou d'un service auquel elle pourrait pourtant prétendre.

Aucune offre n'a en effet de public contraint et captif. Rien n'oblige les personnes à demander leurs droits. Par contre, les organismes sociaux ont une obligation de faciliter l'accès aux droits et de mettre en place les conditions de l'effectivité des droits sociaux. Lorsque l'on parle de non-recours, la notion d'effectivité est essentielle : il s'agit de se demander si les droits sociaux mis en place par les pouvoirs publics atteignent effectivement les personnes pour lesquelles ils ont été créés. L'écart entre la volonté d'accès de tous aux droits fondamentaux et l'effectivité de cet accès a sans doute toujours plus ou moins existé. Ce qui a changé, c'est l'ampleur prise en France par le phénomène et le fait que des acteurs divers (caisses de sécurité sociale, collectivités territoriales, associations, professionnels de santé...) cherchent désormais à en tenir compte et à mettre en place des actions pour le limiter et/ou le prévenir.

PFSS : Comment peut-on l'objectiver et le mesurer ?

H. R. : Une question se pose d'emblée : comment repérer ces personnes qui restent à l'écart de leurs droits ? Comment quantifier le non-recours ? La difficulté est commune à tous ceux qui souhaitent porter le regard sur le non-recours. L'invisibilité du phénomène a toujours été signalée comme un obstacle majeur à sa prise en compte et comme la raison principale pour expliquer le peu de connaissances disponibles sur le sujet. Pour objectiver le non-recours et le mesurer, un

effort méthodologique est donc nécessaire. Le repérage des personnes en non-recours peut se faire « au coup par coup » par des intervenants sociaux ou des associations mais il peut aussi être effectué à partir des informations détenues par les acteurs sociaux dans des fichiers de gestion ou des bases de données. Ces outils informatiques ne fournissent cependant pas immédiatement des informations sur le non-recours dans la mesure où ils n'ont pas été conçus pour ce type d'opérations. Les informations sont à produire, ce qui nécessite la mise en place de méthodes *ad hoc*. Là encore, le coût de production des informations, la complexité technique d'élaboration des requêtes, la sensibilité relative à l'institution d'enquêtes de populations fondées sur le maniement d'informations personnelles sont autant d'éléments qui freinent l'élaboration des méthodes. Mais ces difficultés ne sont pas insurmontables.

Prenons l'exemple du non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide complémentaire santé (ACS) sur lequel j'ai plus particulièrement travaillé : nous avons élaboré un programme informatique permettant de quantifier et d'identifier le non-recours à la CMU en croisant les informations détenues dans les fichiers de plusieurs organismes sociaux. Cet outil a permis de quantifier le non-recours à la CMU-C et à l'ACS, d'identifier les « non recourants » et de mener auprès d'eux des enquêtes par questionnaires. Il a aussi permis aux organismes sociaux de lancer des campagnes d'information ciblées sur les personnes en non-recours à la complémentaire santé gratuite ou aidée. D'autres exemples démontrent que la construction d'outils est possible et utile à la fois aux scientifiques et aux acteurs publics : nous pensons par exemple au Baromètre du non-recours créé conjointement par l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (Odenore) et le CCAS de Grenoble. Il s'agit de coproduire avec des professionnels, des bénévoles et des habitants, un inventaire et une analyse des situations de non-recours rencontrées par chacun pour développer une culture commune et imaginer des solutions.

PFSS : Quels sont les enjeux pour l'action publique ?

H. R. : Aujourd'hui, le non-recours aux droits pose de plus en plus question aux acteurs publics. Comme nous venons de le dire, il existe un enjeu de mise en visibilité du phénomène. La quantification du non-recours peut notamment participer d'un système d'évaluation des politiques sociales. Mais l'enjeu n'est pas seulement de mesurer : il

s'agit aussi de comprendre plus précisément les causes comportementales et institutionnelles du non-recours pour envisager des actions appropriées. Les travaux scientifiques ont indiqué la diversité des explications : contenu de l'offre publique vécu comme stigmatisant, pratiques institutionnelles et professionnelles, complexité administrative, problèmes d'information, capacités inégales des personnes à parcourir le chemin de l'accès aux droits... Il est également important de souligner que si le non-recours peut être subi, il peut aussi résulter d'un choix et signaler ainsi un désintérêt ou un désaccord avec l'offre qui est proposée.

À partir d'éléments compréhensibles, l'Odenore a construit une typologie qui distingue trois types principaux de non-recours : la non-connaissance (la prestation n'est pas connue et donc pas demandée), la non-réception (la prestation est connue, demandée mais pas reçue) et la non-demande (la prestation est connue mais pas demandée). Ces types ne soulèvent pas les mêmes enjeux pour l'action publique. La non-connaissance et la non-réception indiquent des problèmes d'information, d'organisation du travail dans les organismes ou des dysfonctionnements dans le processus de liquidation des droits et appellent une réponse principalement administrative et gestionnaire. Une dimension plus politique du non-recours s'exprime par contre à travers la non-demande : les personnes se trouvant dans cette situation évoquent des conflits de normes, de représentations et de pratiques par rapport aux droits proposés, à leur contenu et aux injonctions - notamment comportementales liées à l'obtention de droits. Ici ce ne sont plus uniquement l'effectivité de l'offre publique et son accessibilité qui sont en jeu mais bien aussi sa pertinence au regard des besoins sociaux et son acceptabilité par les bénéficiaires potentiels. Les enjeux pour l'action publique touchent alors aux principes à partir desquels les droits sont construits et aux choix politiques qui ont été faits en matière de protection sociale. D'une manière générale, les pouvoirs publics et les administrations sont face à un défi : concilier la lutte contre le non-recours dans ses différentes dimensions avec la maîtrise des dépenses publiques.

Propos recueillis par **Rémy CAVENG**
UPJV

Contribution de la DRJSCS à la territorialisation de la cohésion sociale

Les données régionales sanitaires et sociales mettent en exergue le besoin d'une observation de plus en plus territorialisée. La direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), en souhaitant avoir des indicateurs territoriaux de la cohésion, a pour objectif d'adapter les actions à la diversité des contextes locaux.

L'observatoire régional de la santé et du social (OR2S) a développé depuis plusieurs années des bases de données permettant de décliner les indicateurs sanitaires et sociaux à différents niveaux géographiques, le plus souvent en comparaison au niveau national, voire avec les unités équivalentes des autres régions françaises. La majorité de ces indicateurs repose sur des données recueillies de manière pérenne, ce qui permet de mesurer les évolutions et rend possible une observation sur des zones ciblées. Les décideurs, qui élaborent les politiques sociales et de santé, disposent ainsi des informations nécessaires à la prise de décision la plus en adéquation possible avec les besoins de la population et leur permet de disposer d'outils de mesure d'évaluation de leurs actions.

Pour la DRJSCS, la territorialisation des indicateurs de la cohésion sociale permet d'adapter les actions en fonction de la diversité des contextes locaux. Cette volonté de regarder à un niveau géographique fin rejoint ainsi celle de l'agence régionale de santé (ARS) par la création des territoires de santé. Elle permet un dépassement des regards habituels, plutôt portés sur les politiques sectorielles que sur les politiques territoriales.

La région Picardie est en train de devenir l'un des lieux où s'élaborent les politiques publiques territoriales, notamment les politiques de santé et de cohésion sociale, à partir d'un état des lieux construit. La DRJSCS de Picardie a souhaité disposer d'indicateurs de cohésion sociale à l'échelle de l'arrondissement, qui constitue une unité géographique satisfaisante. Ils montrent que les inégalités en matière sanitaire et sociale, à l'intérieur de la Picardie, comme dans la plupart des régions françaises, sont plus importantes au sein d'une même région qu'entre les régions. Les indicateurs de cohésion sociale, présentés par arrondissement pour le niveau le plus fin mais aussi par département, constituent la première étape d'une démarche plus générale. Ils feront ressortir les forces et faiblesses de chacun des arrondissements et des départements. Dans un second temps, une réponse aux besoins ainsi repérés sera organisée avec les acteurs de terrain. La connaissance obtenue à partir des indicateurs de cohésion sociale permet-

tra de faire ressortir les caractéristiques qui appellent à une action concrète.

L'analyse des indicateurs de cohésion sociale : une fonction prospective d'alerte

En Basse-Normandie, dans le cadre du Comité régional de coordination de l'observation médico-sociale, sociale et sanitaire, un travail sur les indicateurs de cohésion a été mené en partenariat avec les acteurs de la *Plateforme sanitaire et sociale* avec l'objectif de faciliter la lecture de la cohésion sociale d'un territoire. Ce répertoire des indicateurs de cohésion sociale est destiné aux décideurs et aux acteurs de terrain.

La même démarche est initiée en Picardie dans le cadre de la *Plateforme sanitaire et sociale*. De plus, une fonction d'alerte va être élaborée après une analyse approfondie des indicateurs et la construction d'une base de données disponibles pour l'ensemble des partenaires de la *Plateforme*. La base de données des indicateurs de cohésion sociale, en lien avec des études complémentaires, permettra, dans un second temps, de construire cette fonction d'alerte avec les tendances identifiées sur les dimensions qualitatives. Cette fonction consiste à dégager des tendances générales ; leur déclinaison à des niveaux géographiques fins permet d'apporter les réponses les plus pertinentes et de proposer des pistes d'action, voire de mettre à jour d'éventuels besoins d'études complémentaires. Ainsi, la territorialisation de ces indicateurs est menée avec l'objectif majeur de faciliter la lecture de la cohésion sociale d'un territoire. Le *Croisement des informations régionalisées*, sous le prisme de la cohésion sociale, est ici un outil indispensable, tout autant pour les décideurs que pour les acteurs de terrain. Peu, voire pas d'indicateurs permettent d'aborder, et *a fortiori* aux niveaux infra-nationaux, les conditions de vie, les espaces de vie et les indicateurs de cohésion sociale, tous éléments clés du processus de cohésion sociale.

La mise en place d'enquêtes en population, complémentaires des travaux menés à partir

des bases de données, à l'image du *Baromètre de la cohésion sociale* effectué par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc) en 2011 (cf. encadré) pourraient permettre de combler ce déficit d'informations nécessaire à construire une politique publique d'envergure.

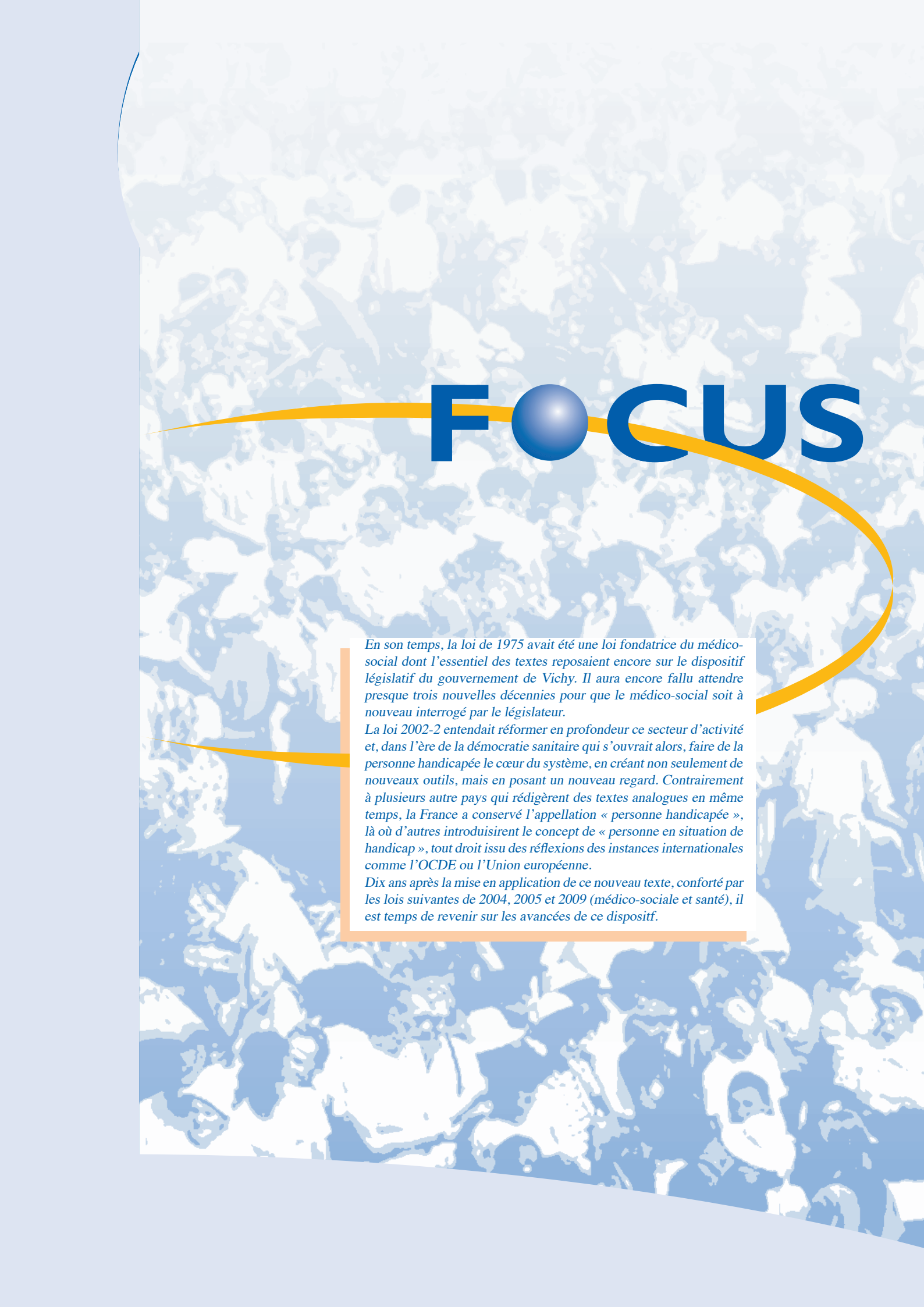
Yassine CHAÏB
DRJSCS

Nadège THOMAS
OR2S

La DGCS commande un Baromètre de la cohésion sociale

Le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc) a publié à la demande de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), le *Baromètre de la cohésion sociale*. Appelé à être reconduit au cours des prochaines années, ce *Baromètre* montre qu'une très forte majorité de Français (86 %) juge que les inégalités augmentent, pour l'emploi, le logement et l'éducation, 83 % de la population déplorent la faiblesse de la cohésion sociale en France, mais 22 % d'entre eux ne savent pas la définir. Le Conseil de l'Europe propose une définition qui se rapproche certainement le plus des préoccupations et domaines d'intervention de la DRJSCS : « capacité de la société à assurer le bien-être de tous les membres, incluant l'accès équitable aux ressources disponibles, le respect de la dignité dans la diversité, l'autonomie personnelle et collective et la participation responsable. »

Trois grands thèmes ont été abordés dans le *Baromètre de la cohésion sociale* du Credoc. Pour 41 % des personnes interrogées, le respect mutuel entre citoyens est la condition la plus indispensable à la cohésion sociale. Parallèlement, « les efforts de chacun pour vivre ensemble » sont considérés comme ce qui contribue le plus à renforcer la cohésion sociale (33 %) et 31 % des personnes interrogées estiment que l'individualisme en est le principal facteur fragilisant.



FOCUS

En son temps, la loi de 1975 avait été une loi fondatrice du médico-social dont l'essentiel des textes reposaient encore sur le dispositif législatif du gouvernement de Vichy. Il aura encore fallu attendre presque trois nouvelles décennies pour que le médico-social soit à nouveau interrogé par le législateur.

La loi 2002-2 entendait réformer en profondeur ce secteur d'activité et, dans l'ère de la démocratie sanitaire qui s'ouvrait alors, faire de la personne handicapée le cœur du système, en créant non seulement de nouveaux outils, mais en posant un nouveau regard. Contrairement à plusieurs autres pays qui rédigèrent des textes analogues en même temps, la France a conservé l'appellation « personne handicapée », là où d'autres introduisirent le concept de « personne en situation de handicap », tout droit issu des réflexions des instances internationales comme l'OCDE ou l'Union européenne.

Dix ans après la mise en application de ce nouveau texte, conforté par les lois suivantes de 2004, 2005 et 2009 (médico-sociale et santé), il est temps de revenir sur les avancées de ce dispositif.

La prise en comptes des droits des usagers et l'amélioration de la qualité des prestations servies sont au cœur de la loi du 2 janvier 2002. L'agence régionale de la santé se montre vigilante sur leur respect par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La loi 2002-2 a rénové l'action sociale et médico-sociale. Elle s'articule autour de cinq orientations majeures :

- la promotion et l'affirmation des droits des usagers et de leurs familles ;
- la diversification des types d'établissements et services afin de mieux accompagner les bénéficiaires ;
- l'amélioration du pilotage du dispositif, en termes de planification de programmation ou d'allocation de ressources ;
- l'instauration d'une réelle coordination entre les acteurs du champ social et médico-social ;
- la rénovation du statut des établissements publics.

À partir de ces orientations, la loi 2002-2 permet d'améliorer de manière globale la qualité des prestations fournies aux usagers du secteur médico-social et de les adapter aux besoins des personnes. Les dix ans de la loi du 2 janvier 2002 sont donc l'occasion d'évoquer de manière plus approfondie deux de ces orientations majeures, sur lesquelles l'agence régionale de santé est particulièrement vigilante.

La reconnaissance des droits des usagers

La loi du 2 janvier 2002 met l'accent sur le respect des droits des usagers. Elle réaffirme le respect de la dignité de la personne, de son intégrité, de sa vie privée et de sa sécurité. Elle s'attache également aux principes suivants :

- libre choix entre accompagnement à domicile ou en établissement ;
- accompagnement individualisé en fonction des besoins de la personne et avec la nécessité de rechercher le consentement éclairé de la personne ;
- la confidentialité des données individuelles ;
- l'accès à l'information ;
- la participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

Désormais, plusieurs outils sont obligatoires et doivent être mis en place au sein des établissements et services médico-sociaux : livret d'accueil, charte des droits et des libertés, contrat de séjour, existence d'un médiateur, règlement de fonctionnement, projet d'établissement ou de service, conseil de la vie sociale. Afin qu'un établissement puisse être autorisé et ensuite ouvert, les conditions et les outils permettant l'exercice des droits des usagers doivent être réunies par l'opérateur. Le respect des droits des usagers au sein des établissements et services médico-sociaux constitue une des conditions pour s'assurer du bon fonctionnement d'un établissement ou d'un service. L'accompagnement individualisé permet à la personne accueillie de bénéficier de prestations et de modalités de prise en charge adaptées à ses besoins. La loi 2002-2 place donc les usagers dans une dynamique active mais aussi participative.

Diversification des modes d'accueil

La diversification des modes d'accueil favorise le libre choix des usagers. Elle a connu des évolutions conséquentes depuis 2002. Ainsi, elle s'est concrètement traduite par le renforcement des équipements de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de service d'éducation spéciale pour les enfants

handicapés (Sessad) ou services d'accompagnement pour les adultes handicapés (Samsah). Sur ce dernier point, les Samsah reflètent concrètement cette nécessité d'offrir aux personnes handicapées des modes d'accompagnement qui leur permettent de rester à leur domicile. Progressivement, la part des services par rapport à la part institutionnelle dans l'offre en service et établissement croît. Par exemple, fin 2011, la Picardie disposait de 3 565 places de SSIAD dédiées aux personnes âgées et de 344 places pour les personnes handicapées.

De même, le développement de dispositifs de répit s'est également renforcé ces dernières années au regard des créations de places en accueil de jour et hébergement temporaire. En particulier, les accueils de jour au sein des établissements pour personnes âgées dépendantes se sont développés, et leur organisation et leur maillage territorial pour répondre à une plus grande proximité sont un axe de travail pour l'ARS.

La prise en charge des publics spécifiques s'est également traduite par des créations de places dédiées pour personnes souffrant d'autisme, de troubles envahissants de développement ou pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, le plan Alzheimer cible des dispositifs permettant de proposer le maintien à domicile de ces personnes avec la création des équipes spécialisées Alzheimer (Esa), mais aussi des unités d'hébergement renforcé dans les Ehpad ou les unités de soins de longue durée (USLD).

L'effort accompli ces dernières années pour mieux répondre aux besoins des publics bénéficiaires a vocation à se poursuivre et constitue pour l'ARS une priorité de travail identifiée.

Cécile GUERRAUD

Sous-direction Handicap et dépendance
ARS Picardie



La participation des usagers ou de leurs représentants au sein des établissements médico-sociaux, telle que l'a instaurée la loi 2002-2, ne va pas de soi. Elle bouleverse les pratiques des professionnels, et sa mise en œuvre dix ans après la loi, n'est toujours pas évidente.

La participation et l'expression des usagers sont au cœur de la loi 2002-2, elles recouvrent deux niveaux (prévus par les articles 311-3 et 311-6 du code de l'action sociale et de la famille) : la participation directe à la conception et à la mise en œuvre du projet qui la concerne et l'association au fonctionnement de l'établissement ou du service par l'intermédiaire d'un conseil de la vie sociale (CVS) ou d'autres formes de participation.

Au delà des modalités concrètes de mise en œuvre, il s'agit de s'interroger sur le sens de la participation, ses enjeux et ses limites, mais aussi de la mettre en lien avec les mutations en cours dans le travail social. Dix ans après la publication de la loi de 2002-2, la notion de participation est, en particulier, à géométrie variable. On observe schématiquement trois types de scénarios : le service n'a rien mis véritablement en place, arguant souvent du fait que « c'est compliqué », la direction a imposé des instances de participation sans qu'une réflexion soit menée en interne et sans que les professionnels ne se soient approprié la thématique, et, enfin, les services qui ont non seulement mis en place des instances et des procédures de participation mais qui surtout prennent en compte la participation dans leur fonctionnement.

Réorganiser l'espace

Dans bien des cas, on constate que la participation n'est pas une priorité pour les services et les équipes. Deux conditions, au moins, semblent nécessaires pour qu'un service puisse s'approprier la thématique de la participation : l'implication de la direction et des encadrants, d'une part, et la formation des travailleurs sociaux aux droits des usagers, d'autre part. En effet, il est nécessaire que cette thématique soit portée au niveau de la structure et du service, qu'elle soit considérée comme un élément central des pratiques professionnelles (au même titre que l'évaluation, par exemple). Les échanges collectifs sur cette question permettent de partager le sens donné à la participation, et de définir des pratiques communes. Sa mise en œuvre nécessite une nouvelle organisation d'espace, temporelle, mais aussi matérielle. Cet investissement collectif demande également à être

traduit dans le plan de formation de l'équipe afin de pouvoir passer de la connaissance théorique des droits des usagers à leur mise en œuvre au quotidien dans les prises en charge. Développer la participation n'est pas toujours simple. Il est parfois difficile pour le public accueilli de s'investir dans ce type de processus en raison d'un repli sur soi, d'un manque de sentiment d'appartenance à un groupe, ou encore d'une prise en charge courte. Son développement n'est possible que progressivement, en prenant le temps nécessaire de l'implication dans une démarche collective de tous les acteurs.

La participation des usagers permet d'avoir un impact sur la prise en charge individualisée et de la compléter. Les personnes accueillies peuvent à travers leurs questionnements sur le règlement et leurs propositions d'activités, amener une dynamique quelquefois ralentie par une « routine » ou une perception tronquée du travail des travailleurs sociaux. D'ailleurs, cette interrogation sur le fonctionnement d'un service ou encore les règles inhérentes à un lieu de vie (règlement intérieur, contrat de séjour, activités proposées...) permet de débattre, d'interroger mais également de donner du sens pour les résidents et les travailleurs sociaux. Par la confrontation d'idées et la co-construction de nouvelles activités à l'intérieur d'un établissement, l'usager peut retrouver une certaine confiance en sa capacité à agir. Souvent malmenée dans son histoire, elle redevient une personne considérée à part entière, un citoyen comme les autres. Le collectif permet alors de créer un sentiment d'appartenance, de se sentir moins seul, mais également de créer un impact sur

la vie quotidienne d'un collectif. Pour le travailleur social, la participation permet d'avoir un autre regard sur le public accompagné. Le « faire avec » permet d'expliquer, de donner du sens, mais également d'avoir une meilleure compréhension mutuelle. Le suivi individuel en est alors facilité.

Former les professionnels

L'un des principaux effets de la participation à travers la mise en place du CVS peut être analysé en termes de « création d'un collectif ». Un espace collectif d'échange et de discussion qui s'adjoint à la prise en charge individuelle ; cet espace basé sur la participation sous une forme de « démocratie représentative » contribue à travailler la question de la citoyenneté. Dans ce processus, il est nécessaire de réfléchir à la question de la formation des acteurs : les usagers certes, mais également les professionnels qui doivent dans le cadre du CVS se positionner comme co-constructeurs, comme participant à un groupe qu'ils n'ont pas vocation à animer. Les questions ou demandes des usagers viennent parfois questionner certaines pratiques professionnelles, habitudes de travail souvent basées sur les relations individuelles de face à face.

Florence GALLEMAND
Ingénieure d'études
Curapp-ESS

Matthieu MICHAUX
assistant social
CHRS Le Relais Apremis



Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Anesm est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre des évaluations interne et externe instituées par la loi du 2 janvier 2002.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a été installée en mars 2007, soit cinq années après la loi du 2 janvier 2002. Elle succède au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS) et dispose de moyens humains et financiers propres pour mettre en œuvre les principes exposés par la loi.

L'Anesm a pour champ de compétence les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, l'inclusion sociale, la protection de l'enfance, la protection juridique des majeurs, l'addictologie... Elle couvre des catégories de services et d'établissements aussi diversifiées que les foyers de jeunes travailleurs, les appartements thérapeutiques, les Ehpad, etc.

Ses missions sont directement issues des obligations faites aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) par la loi 2002-2 : la validation ou l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles (*best practices*), d'une part, et l'habilitation des organismes qui vont conduire l'évaluation externe, d'autre part. L'accompagnement des établissements et services dans cette démarche d'évaluation figure parmi les autres missions de l'Agence.

L'Anesm produit et valide ainsi des références, procédures et recommandations de bonnes pratiques professionnelles qui visent à mettre en œuvre dans les établissements et services un système d'évaluation interne en continu des activités et de la qualité des prestations délivrées. Ce qui constitue l'un des piliers de la loi de janvier 2002. D'un autre côté, l'Agence habilite des organismes extérieurs pour procéder à l'évaluation externe à laquelle sont soumis les ESSMS. Les établissements sociaux et médico-sociaux ont obligation par la loi et les textes réglementaires de procéder à l'évaluation interne de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, à la fois au regard des missions qui leur sont confiées mais aussi du corpus des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, des références et des procédures validées par l'Anesm.

Tous les cinq ans, un rapport détaillant les résultats de l'évaluation interne des établissements et services concernés est remis aux autorités ayant délivré l'autorisation aux ESSMS. Ce dispositif conduit les agences régionales de santé à accompagner établissements et services dans l'amélioration de la qualité des prestations rendues. Dès lors, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) constituent les outils de contractualisation pour l'amélioration de la qualité des prestations délivrées par les ESSMS et de l'évaluation de leurs activités.

L'évaluation au cœur de la démarche qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

La loi 2002-2 a prévu qu'au-delà du système d'évaluation interne, un regard externe soit apporté sur les conditions dans lesquelles l'évaluation interne a été mise en œuvre, sur ses points forts comme sur ses points faibles et sur les axes d'amélioration envisageables. Cette évaluation externe, qui vient compléter le système d'évaluation interne, permet aux autorités d'engager une discussion avec les ESSMS évalués, sur la base de rapports sur une période d'autorisation de quinze ans. L'Anesm a ainsi habilité depuis sa création 1 050 organismes pour mener à bien l'évaluation externe des établissements.

En ce qui concerne l'autre champ d'activité de l'Anesm, l'élaboration des procédures, références et recommandations tant sur les pratiques professionnelles que sur l'évaluation, elle s'inscrit au sein de sept programmes :

- les fondamentaux ;
- l'expression et la participation ;
- les points de vigilance, la prévention des risques ;
- le soutien aux professionnels ;
- les relations avec l'environnement ;
- les relations avec la famille et les proches ;
- la qualité de vie.

Depuis 2008, vingt-sept recommandations recoupant les sept programmes ont été publiées par l'Anesm.

Au titre du programme relatif aux fondamentaux, l'Anesm a produit des recommandations sur la bientraitance (2008) et sur le questionnaire éthique dans les ESSMS en 2010.

Dans le cadre du programme sur l'expression et la participation des usagers, l'Anesm a publié trois recommandations, sur la participation des usagers dans le secteur de l'inclusion (2008), l'expression et la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant du secteur de l'addictologie (2010) et la participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (2012).

Le programme relatif aux points de vigilance et à la prévention des risques a donné lieu à quatre recommandations, l'une sur les conduites violentes dans les établissements recevant des adolescents (2008), une autre sur la prévention et la gestion de la maltraitance en établissement (2008), une autre sur la prévention et la gestion de la maltraitance à domicile (2009) et une dernière pour un accompagnement de qualité

des personnes avec autisme et autres troubles envahissants de développement.

Sur le sujet de l'autisme, au titre du programme sur le soutien aux professionnels, l'Anesm a réalisé conjointement avec la Haute Autorité de santé (HAS), dans le cadre de la mesure 9 du plan Autisme 2008-2010, la recommandation *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*.

Toujours au titre du soutien aux professionnels une première recommandation a été éditée sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services (2008) puis actualisée en 2009. Sur la base de cette recommandation transversale, l'Anesm a publié en 2012, deux déclinaisons spécifiques aux Ehpad et aux services à domicile. Entre-temps, une recommandation sur l'adaptation à l'emploi a été publiée en 2008 et trois autres sur le projet d'établissement ou de service (2009), le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance (2011) et l'accompagnement des jeunes en situation de handicap, par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (2011). La dernière éditée dans le cadre de ce programme porte sur l'accompagnement de l'accès aux droits dans les établissements ou services du secteur de l'inclusion sociale relevant de l'article L312-1 du code des affaires sociales et familiales (CASF).

Dans le cadre du programme sur les relations avec l'environnement, la recommandation transversale sur l'ouverture de l'établissement (2008) s'appliquera à tous les établissements. Enfin, pour le programme relatif aux relations avec la famille et les proches, une recommandation sur l'autorité parentale dans le cadre du placement a été éditée (2010) sur la qualité de vie six recommandations ont déjà été publiées. Elles portent sur les attentes de la personne et le projet personnalisé (2008), l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (2009), la conciliation entre vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (2009), et le programme qualité de vie en Ehpad volets 1, 2 et 3 (2011-2012).

Des documents de synthèses des recommandations ont également été réalisés afin de permettre une appropriation rapide par les professionnels, et faciliter la mise en œuvre des obligations réglementaires des ESSMS en matière d'évaluation.

Cécile DIZIER
Anesm

La Caisse nationale d'assurance maladie a entrepris depuis plus d'une décennie de rendre plus facile l'accès aux droits des populations fragiles.

Dès 1985, la Caisse nationale d'assurance maladie réfléchit à l'informatisation du service social.

En 1995, son service social est doté d'un système d'information qui supprime les dossiers papier. L'objectif principal est d'améliorer les conditions de l'intervention des assistants de service social, et non le traitement des données.

Lors de l'ordonnance n°96-344, relative à l'organisation de la sécurité sociale, dite « loi Juppé » du 24 avril 1996, le service social se trouve déjà impliqué dans des orientations telles que le prévoit la loi de 200-2.

L'État passe des conventions d'objectifs et de gestion (COG), avec chacune des caisses nationales d'assurance maladie et vieillesse comportant les engagements réciproques des signataires.

Ces conventions déterminent les objectifs pluriannuels de gestion et de moyens de fonctionnement des organismes de sécurité sociale et font l'objet de contrats pluriannuels de gestion (CPG) conclus entre chaque caisse nationale et chacun de ses organismes régionaux ou locaux.

La première COG 1997/1999 a mesuré la contribution du service social au maintien de la cohésion sociale. Les indicateurs de résultats retenus sont alors les actions réalisées en partenariat avec les acteurs institutionnels et le nombre de bénéficiaires d'une intervention sociale d'aide à la personne.

Lors de la deuxième COG 2000/2003 sont ajoutées l'amélioration de la qualité de service et la réponse aux attentes des usagers. Des conventions de partenariat sont réalisées pour la mesurer.

Un audit est mené en 2003 pour l'analyse de l'implication de l'Assurance maladie dans la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés.

Les auditeurs insistent sur la nécessité de fiabiliser le système d'information et de développer la communication sur les offres de service. Parallèlement, des enquêtes annuelles de satisfaction sont conduites auprès des usagers. Le service social s'engage dans une démarche qualité avec signature de chartes.

Après une démarche de réflexion participative, les assistants de service social recentrent leur activité sur les objectifs prioritaires. Ils actualisent et diversifient leur offre de ser-

vices afin de proposer une aide adaptée à des publics ciblés.

Des plateformes de services voient le jour au sein de l'Assurance maladie. L'objectif est de mettre en place une organisation performante du service rendu au public, le service social étant positionné en tant qu'expert.

Pour lutter contre les exclusions, le service social passe d'une logique de mise à disposition à une logique d'offre de services.

Les deux années suivantes sont marquées par le renforcement du pilotage, la performance collective et la promotion des droits des usagers. Pour répondre à leur éventuelle insatisfaction, des conciliateurs sont recrutés. La COG 2006-2009 a placé la gestion du risque au cœur de l'action de l'Assurance maladie et s'engage sur une offre homogène de services sur l'ensemble du territoire. La démarche pro-active est renforcée par trois programmes nationaux d'actions prioritaires. Les notions de performance, d'efficacité, de suivi et d'évaluation sont reprises dans les orientations. Les organismes régionaux engagent une démarche qualité pour obtenir une certification Iso 9001.

Aussi, un outil de partage pour une meilleure connaissance des territoires voit le jour localement. Selon des thématiques définies, il repère les publics fragilisés et facilite l'adéquation des besoins des populations avec les ressources humaines.

L'actuelle convention 2010-2013 approfondit la gestion du risque en facilitant l'accès aux

droits des populations fragiles et en mettant en œuvre un plan de maîtrise. Des programmes de prévention sont préconisés. Le service social déploie ses réunions d'information, de conseil et d'orientation. Des interventions sociales collectives facilitent l'expression des usagers et la recherche de solutions face à des problématiques communes.

Anna BOULINGUEZ
Bruno GOETHALS
Carsat



Le conseil général de l'Aisne développe son action autour des axes de la loi 2002-2, dans le respect des droits des usagers et la concertation des acteurs du département.

Soucieux d'offrir une action de qualité respectueuse de ses usagers, le département de l'Aisne a adopté les principes directeurs de la réforme. En effet, les cinq orientations de la loi sont autant de principes qui fondent depuis dix ans les évolutions opérées dans l'organisation et l'activité des services du département. Qu'en est-il, par exemple, du domaine de la protection de l'enfance et de la solidarité envers les personnes âgées et handicapées ?

Pour la promotion des droits des usagers, l'établissement départemental de l'enfance et de la famille (EDEF) et les services du domaine de l'enfance ont mis en place de multiples outils relevant des sept modalités prévues par la loi : livret d'accueil, document individuel de prise en charge ou contrat de séjour, projet personnalisé, enquête de satisfaction, groupes d'expression, projet pour l'enfant, projet pour la famille, synthèses familiales annuelles, projet d'établissement, projets de service.

Globalement, ces outils ont permis de systématiser le recueil et la prise en compte de la parole de l'usager et d'augmenter son niveau de satisfaction. Parfois, les usagers ressentent une confusion entre les différents outils. Cependant, ceux-ci leur permettent le plus souvent de mieux comprendre l'intervention et d'y participer. L'instruction est consommatrice de temps, mais les outils sont plutôt appréciés des professionnels : ils confortent leur action et leur coordination. Ils peuvent également être des supports de management pour l'encadrement technique.

Dans le champ des politiques d'autonomie et de solidarité (personnes âgées, PA, et personnes handicapées, PH), le département a mis en œuvre des dispositions visant à s'assurer que les établissements partenaires (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Ehpad, et autres) dis-

posent des outils prévus par la loi (négociations des conventions tripartites, inspections menées avec l'ARS, visites de conformité, simples visites). Les documents peuvent faire l'objet d'une étude, de conseils, de contrôles (affichage, réactualisation...). La liste des personnes qualifiées pour assurer la médiation personnes âgées/établissements, en cas de conflit, a été arrêtée conjointement par le préfet et le président du conseil général. L'engagement dans la démarche d'élaboration des projets de services a récemment été acté. Les établissements sont aujourd'hui bien engagés dans la démarche. Au sujet des conseils de la vie sociale, les personnes handicapées sont très impliquées. Cependant, la mobilisation des personnes âgées et de leurs familles apparaît plus difficile.

En matière de diversification des missions et offres, le service d'aide à l'enfance (Saef) a mis en place l'accueil séquentiel adossé à l'action éducative en milieu ouvert judiciaire, (Aemo), une mesure d'Aemoj renforcée et une dérogation d'âge pour l'accueil parents-enfant. Pour les personnes âgées, les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (maladie d'Alzheimer notamment) ont été développées ainsi que les places en pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa). Pour le public handicapé, l'ensemble des modes d'accueil est à présent mis en œuvre dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

En matière de pilotage, plusieurs schémas ont été mis en place (PA, PH devenus un seul schéma de l'autonomie, enfance). L'institution s'est engagée dans divers audits (conseil général/protection judiciaire de la jeunesse, conseil général/établissements) et la démarche qualité (recrutement d'un responsable, procédures, référentiel d'évaluation interne...). Celle-ci est plus ou moins développée selon les services. Les contrôleurs et

tarificateurs sont associés aux inspections des établissements (ARS). Les services suivent l'état d'avancement des évaluations internes et externes des établissements. Au niveau budgétaire, les services PA/PH déterminent des prix de journée ou dotations globales (établissements, Cpom).

La mise en place des schémas a bénéficié d'une large concertation des acteurs. Dans le cadre du schéma de l'autonomie, 12 000 questionnaires ont été adressés aux publics PA/PH. De nombreux groupes de travail ont été lancés.

Afin d'améliorer la coordination, de multiples conventions ont été signées (ex : conventions tripartites ARS/conseil général/Ehpad, commission enfance/protection judiciaire de la jeunesse/magistrats/juge des enfants /conseil général, commissions conseil général/maison d'enfants à caractère social/EDEF, contrat enfance-jeunesse avec la caisse d'allocations familiales et la mutualité sociale agricole, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens...). Des réunions de concertation ont été mises en place (ARS...).

Enfin, dans le cadre de l'orientation « rénover le statut des établissements », la commission départementale de l'accueil des jeunes enfants (Codaje) a été créée. Elle permet de prolonger le travail initié préalablement.

Ces rapprochements ont entraîné une meilleure connaissance entre partenaires. Ils ont favorisé l'émergence de projets communs.

En conclusion, « la loi 2002-2 » a incité la mise en place de nouveaux outils et partenariats. Ceci a permis de conforter des pratiques antérieures ou au contraire d'impulser de nouvelles dynamiques. Certes des marges de progrès demeurent, du travail reste à développer. Mais les évolutions sont perceptibles. Les pratiques professionnelles ont évolué. Les partenariats se sont organisés. La place des usagers et de leurs familles est davantage prise en compte. Leur participation est plus active.

L'expérience montre donc l'intérêt de la démarche. Il convient néanmoins d'être mesuré. Un fonctionnement trop balisé ou procédural peut parfois présenter des effets chronophages ou restrictifs. En revanche, équilibrée, une approche structurée et coordonnée favorise un traitement des problématiques sociales équitable et cohérent.

Permettre une approche du travail social plus globale et transversale, plus collaborative et collégiale est un objectif fort du département de l'Aisne.



Résidence La Vallée
(Origny-Sainte-Benoite)

L'année 2012 a été l'occasion pour de nombreuses fédérations et associations de marquer un temps fort, sous forme de bilans et de perspectives, sur les dix ans écoulés depuis la promulgation de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le Creai de Picardie s'est inscrit dans cette dynamique en proposant le 16 octobre dernier un colloque intitulé *Participation et expression de l'utilisateur en 2012 : quelle citoyenneté 10 ans après ?*

Le groupe de pilotage, préparatoire à ce colloque et composé de professionnels représentant quelques organismes gestionnaires publics et privés de Picardie, a choisi d'aborder cette thématique.

En effet, parmi ses rénovations majeures, la loi du 2 janvier 2002 affichait un objectif ambitieux, celui de « replacer l'utilisateur au cœur du dispositif », bousculant et renversant les principes sur lesquels notre secteur d'activité s'était construit durant près de trente ans. D'une logique institutionnelle et de services, le dispositif d'action sociale est passé à une logique centrée sur la personne, ses attentes et ses besoins.

En 2002, les termes de la loi sont nouveaux, empruntés au droit commun : promotion des droits, autonomie, citoyenneté, prévention des exclusions... et s'attachent à ouvrir quelques pistes pour le développement de la participation, de l'expression, de l'association et de la représentation des personnes accueillies. Le texte se veut surtout le moyen de rééquilibrer le rapport entre professionnels et usagers, et de promouvoir une nouvelle conception de la relation en instaurant un « usager-acteur », en l'associant non seulement à la vie quotidienne de la structure, mais aussi à la définition partagée des besoins, à l'ouverture sur la ville et ses dispositifs de droit commun.

Derrière la question de la participation des usagers, apparaît également la problématique du travail social et de son adaptation à une approche plus participative de la personne accueillie, dans une perspective de co-construction de son projet.

Marcel Jaeger estimait que « l'acceptation de l'intervention de l'utilisateur n'est pas simple pour les professionnels : elle suppose la reconnaissance d'un partage du savoir et du pouvoir [...] Elle implique aussi une certaine incertitude dans le fonctionnement des organisations. Pour autant, 'le droit des usagers' rappelle, s'il en était besoin, que l'action des professionnels ne prend son sens que par rapport aux destinataires ; que ceux-ci ne sont pas les objets de l'action menée, mais des sujets à part entière ; qu'ils défendent des intérêts subjectifs, mais qu'ils apportent aussi une créativité ».

En 2002, la loi vise à faire évoluer l'utilisateur, en acteur, en citoyen, capable de comprendre

et de percevoir, doté de compétence et en mesure de s'exprimer. Qu'en est-il en 2012 ? La question posée comme ligne directrice du colloque du 16 octobre dernier était celle de savoir si, aujourd'hui, la participation des usagers citoyens est bien effective au sein des établissements et services médico-sociaux. Dans quelle mesure ces usagers se sont-ils emparés des nouvelles possibilités dans l'exercice de leurs droits ? Et comment les professionnels favorisent-ils leur participation aux projets individuels et collectifs les concernant ?

Un usager devenu citoyen

Tant au niveau national qu'en Picardie, le mouvement et l'évolution de la participation des usagers citoyens, semblent incontestables dans les établissements médico-sociaux. Tous les acteurs s'accordent pour dire que l'appropriation des outils de mise en œuvre des droits des usagers est réelle et concrète.

La dernière enquête de l'Uniopss sur le droit des usagers diffusée en octobre 2007, dessinait déjà ces grandes tendances. Il apparaissait une mise en œuvre massive du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge, ainsi que du projet personnalisé et des instances de participation.

Plus récemment, la commission spécialisée des droits des usagers du système de santé au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Picardie, dans son rapport d'activité annuel 2011, mettait en perspective, l'évaluation du respect des droits des usagers dans les établissements médico-sociaux portant ses constats sur le fonctionnement des conseils de la vie sociale, à partir d'une enquête réalisée auprès de 744 établissements et services médico-sociaux. Ce rapport concluait à un bon fonctionnement global des conseils de la vie sociale (CVS avec près de 69 %) dans les établissements ayant répondu, remarquant que les usagers et leurs représentants se retrouvaient très souvent à la présidence des conseils de la vie sociale, avec une appréciation très positive de leur action. En Picardie, au-delà de la mise en place des conseils de la vie sociale, d'autres exemples d'évolution de la participation des usagers



citoyens ont été mis en perspective au cours du colloque du 16 octobre dernier, non seulement à partir de l'expérience des professionnels mais également à travers la parole et le vécu des résidents témoignant de leur projet de vie autour du sport comme modèle d'intégration et de participation dans les dispositifs de droit commun des villes, de leur possibilité d'expression et de prise de parole au sein des instances de participation des institutions ou encore de la reconnaissance de leur compétence dans une dynamique institutionnelle... Ce colloque aura permis de vérifier que non seulement la loi 2002-2 a permis de mettre en avant des pratiques favorisant la participation des usagers et de leur famille, mais qu'elle a, également, constitué un formidable levier pour le changement au sein de certains établissements et services. Ceux-ci font preuve d'imagination pour adapter et co-construire des outils avec et pour les personnes qu'ils accompagnent sans forcément se limiter à une simple mise en conformité aux obligations réglementaires. Les projets et les motivations des usagers induisent les nouvelles orientations institutionnelles.

Nathanaëlle DEBOUZIE
Directrice générale
Creai de Picardie

Accidentologie : une étude OR2S-DRJSCS

La direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale a confié à l'observatoire régionale de la santé et du social une étude sur l'accidentologie dans le sport. Si la connaissance de la pratique sportive des Français est bien documentée, celle des accidents sportifs est peu développée et reste largement à étudier. Les rares sources de données sur l'accidentologie sportive existantes sont nationales, mais aucune n'est déclinée au niveau régional. Ces informations sont pourtant essentielles pour qui veut agir en prévention des accidents de sport, afin de les réduire, d'en atténuer la gravité, de mieux former les cadres sportifs et les dirigeants, et de mieux informer les pratiquants et leurs familles.

L'OR2S mène donc une étude de faisabilité dont l'objectif est d'étudier la faisabilité de construction d'une base régionale de données recensant les accidents dans les clubs sportifs de Picardie, leurs conditions de survenue, le

devenir des personnes accidentées y compris le temps de réadaptation et de réhabilitation physique.

Un premier travail de recensement de l'existant a été entrepris avec les services préfectoraux et les structures de sécurité civile pour reconstituer la chaîne de déclaration des accidents lors des manifestations sportives. Sur la base des informations recensées, un premier recueil des informations pourra être

réalisé pour 2012. Un séminaire de travail sera alors organisé au cours du premier semestre 2013 réunissant toutes les parties prenantes. Il servira de base pour définir un système d'information orienté vers la connaissance et la mise en place d'actions de prévention des pratiquants et des familles, de formation des cadres sportifs, professionnels comme bénévoles et d'échanges de bonnes pratiques...



L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2004 est la dernière enquête de cette série à fournir des informations sur les accidents dus au sport. Elle est réalisée tous les deux ans par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). En 2004, les accidents de sport représentaient 20 % du total des accidents de la vie courante. Ils étaient très fréquents entre 10 et 40 ans touchant surtout les hommes.

L'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac), gérée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) depuis 2001, repose sur l'enregistrement exhaustif et permanent des recours aux urgences pour accident de la vie courante ou traumatismes non intentionnels, y compris sportifs, qui ne sont ni des accidents du travail ni des accidents de la route. Selon Epac, le taux d'incidence annuel, tous âges confondus, des accidents de sports serait de 15,1 accidents pour 1 000 personnes, allant jusqu'à 37 pour 1 000 chez les jeunes de 15 à 24 ans. 43 % des accidents sont survenus lors de la pratique de sports d'équipe. Il s'agit d'abord d'accidents de football (70 %), puis de basket-ball (10 %), de rugby (9 %), de handball (7 %) et de volley-ball (3 %). Les parties du corps les plus lésées ont été en grande majorité les membres inférieurs (41 %) et supérieurs (37 %), la tête (13 %), le tronc (8 %). 49 % des patients sont retournés au domicile après avoir été examinés aux urgences, sans suivi ultérieur. Un suivi à l'hôpital ou chez un médecin en ville a été nécessaire pour 44 % des patients et une hospitalisation pour 7 %.



Quand le Croisement d'informations régionalisées (Cir) met en exergue l'hétérogénéité de la dimension sociale en Picardie

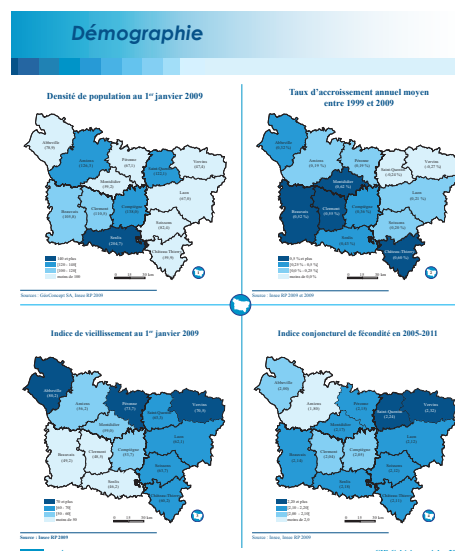
En décembre 2012 paraîtra le premier numéro d'un *Croisement d'informations régionalisées*, sur la thématique de la cohésion sociale. Ce document, élaboré à la demande de la DRJSCS par l'OR2S dans le cadre de la *Plateforme sanitaire et sociale*, a pour objectif de décrire la situation sociale de la région. Intitulé « Les indicateurs de cohésion sociale », ce document est préfacé du préfet de région. Composé d'une soixantaine de pages, il présente des indicateurs aux niveaux départemental, régional et national, avec les minima et maxima pour l'ensemble des départements français. Ces indicateurs couvrent huit grandes thématiques : démographie, emploi, fragilité professionnelle et revenu, éducation et scolarité, prestations de nature sociale, logement, personnes handicapées, enfance et familles et personnes âgées. Les données permettant de l'alimenter sont issues des

principaux producteurs de données, par ailleurs signataires de la Charte de la *Plateforme sanitaire et sociale*.

Outre des tableaux sur les différents niveaux géographiques mentionnés, des cartes complètent certains de ces indicateurs au niveau de l'arrondissement, montrant ainsi les spécificités infrarégionales en termes de caractéristiques sociales. La carte ci-contre illustre le chapitre démographie et souligne les écarts parfois importants existant d'un arrondissement à l'autre.

À noter que ce document sera par ailleurs enrichi d'un complément téléchargeable sur internet. Celui-ci décline pour chacun des treize arrondissements de la région l'ensemble des indicateurs disponibles à ce niveau géographique, offrant ainsi aux acteurs locaux une vision des forces et des faiblesses de chacun de ces territoires.

Cartes présentées dans le chapitre Démographie



Répertoire Finess

Le répertoire Finess est une base de données nationale gérée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Il est actualisé par les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, en lien avec les conseils généraux et les directions départementales de la cohésion sociale.

Le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux, créé par la circulaire du 3 juillet 1979, est un répertoire national dont l'objectif premier est de dresser et tenir, de façon permanente, l'inventaire des équipements du domaine sanitaire et social. À cette fin, le ministère des Affaires sociales et de la Santé et ses services déconcentrés immatriculent les structures autorisées à installer des équipements (entité juridique) ainsi que celles qui les installent physiquement (établissement). Finess remplit quatre fonctions.

Une fonction d'identification et de référence qui est d'« assurer la cohérence des statistiques établies par les différents services (organismes intéressés de la région) grâce à une même base d'identification et une même codification ». Finess constitue le référentiel en matière de système d'information sur les établissements du domaine sanitaire et social du ministère, et pour l'identification des établissements dans les systèmes d'information des organismes d'assurance maladie (fichier FRE et chaînes de liquidation).

L'identification d'un établissement sanitaire ou social se réalise par l'attribution d'un numéro Finess. En s'appuyant sur les numéros Siren et Siret des structures, Finess assure un lien de cohérence et de complémentarité avec le système Siren géré par l'Insee. En utilisant les nomenclatures arrêtées par le Comité des nomenclatures, le répertoire Finess diffuse « un langage commun » entre les différents acteurs du domaine. Cela permet aux différents organismes d'échanger des informations et de les comparer. L'existence, pour chaque information caractéristique, d'une nomenclature nationale reconnue par tous les utilisateurs du répertoire permet que tous les établissements soient classés de manière homogène. L'immatriculation doit faire l'objet d'une information auprès des acteurs du domaine : une « fiche de situation » reprenant les informations enregistrées dans le répertoire et mentionnant le numéro attribué est systématiquement envoyée à l'établissement lui-même, à son entité juridique ainsi qu'aux organismes de protection sociale. Cette fonction d'identification et de référence s'impose aux établissements sanitaires et sociaux concernés, aux organismes de protection sociale ainsi qu'aux collectivités territoriales gestionnaires d'établissements.

La seconde fonction est celle de l'informa-

tion : Finess concourt aussi à l'information des acteurs du domaine (conseils généraux, établissements eux-mêmes) et des partenaires institutionnels tels que les organismes de protection sociale. À tout moment, il doit être possible de connaître avec précision l'équipement existant. En revanche, aucune information de caractère historique n'est gérée dans Finess. Il n'est donc pas possible à un instant donné de reconstituer l'historique des événements. Plus les informations du répertoire seront considérées comme fiables par les utilisateurs, plus elles seront utilisées. Ce souci de fiabilité est capital : c'est un gage de non-développement d'outils parallèles fonctionnant notamment avec des nomenclatures non reconnues au plan national. Différents outils d'accès à l'information sont mis à disposition de l'administration et du public. Par cette diffusion des données, le répertoire Finess contribue globalement à une meilleure connaissance des secteurs sanitaire et social.

Une opération qualité pour l'amélioration de la fiabilité du répertoire en Picardie

En tant qu'inventaire permanent des équipements sanitaires et sociaux, Finess assure une fonction d'aide à la gestion et à la planification. Cette fonction, présente dans la circulaire de la création du répertoire Finess en 1979, a été renforcée dans la version 3 du répertoire mise en place en 1995. Finess se veut délibérément être l'outil de la mise en œuvre de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 en proposant de nouvelles fonctions d'inventaire et de gestion. Ces dernières concernent par exemple le suivi des durées d'autorisations et des délais de caducité. Enfin, une fonction purement statistique du répertoire Finess mérite d'être signalée parce qu'elle est peu connue des non statisticiens. La circulaire du 3 juillet 1979 la présente de la façon suivante : « disposer d'une base exhaustive mise à jour régulièrement pour lancer des enquêtes particulières ». En tant qu'inventaire permanent des structures existantes, le répertoire Finess constitue le seul fichier de référence permettant de réaliser des enquêtes statistiques exhaustives ou par échantillonnage. Depuis la révision générale des politiques publiques (RGPP), l'organisation et la gestion de Finess ont été modifiées par les transformations des services territoriaux de l'État. En effet, leurs

compétences sanitaires et sociales sont désormais distribuées entre les agences régionales de santé (ARS) et les services déconcentrés de l'État, dont notamment, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) pour le volet social et médico-social. De par sa conception, le système d'information Finess constitue un outil fédérateur pour disposer d'informations précises et régulièrement mises à jour des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Il est utile autant aux services déconcentrés et agences des secteurs sanitaires et sociaux, qu'aux partenaires concernés aux niveaux central et (infra) régional. Ceux-ci contribuent d'ailleurs à renseigner le répertoire, puisqu'un certain nombre d'établissements répertoriés dans Finess font l'objet d'autorisations et d'agrément par les collectivités territoriales. C'est le rôle du gestionnaire Finess d'en assurer la collecte et l'enregistrement.

Dans ce contexte, il est d'autant plus important de garantir la continuité des circuits d'information permettant l'alimentation et l'actualisation de Finess. Suite à ces changements, il apparaît nécessaire de pouvoir identifier les référents chargés de réceptionner les autorisations et agréments concernant les structures sociales et médico-sociales afin de pouvoir les transmettre à l'interlocuteur Finess à la DRJSCS (marie-pierre.desseaux@drjscs.gouv.fr) et à l'ARS Picardie (ars-picardie-finess@ars.sante.fr).

Au sein de la *Plateforme sanitaire et sociale*, il est d'une grande utilité de créer un lieu d'échange et un lien de fonctionnement entre les conseils généraux, les DDCS et la DRJSCS, l'ARS et les partenaires utilisateurs pour poursuivre dans la même dynamique la continuité du long travail de recueil et de mise à jour de cet outil indispensable à une observation des établissements sociaux (création, dissolution, modification de capacité, autorisation), ainsi que les documents y faisant références (arrêtés, notifications, avis de conformité...). En effet, le renforcement de la fiabilité du fichier Finess est profitable à tous les partenaires de la *Plateforme* dans la qualité de leur consultation et au besoin de modification des informations sur le répertoire.

Yassine CHAÏB
DRJSCS Picardie
Pascal TROUILLARD
ARS Picardie

Impacts du cancer

Présentée lors du congrès 2012 de la Société européenne d'oncologie médicale (ESMO), une étude sur la charge économique du cancer montre que l'Union Européenne débourse chaque année plus de 124 milliards d'euros pour couvrir les coûts liés à la prise en charge du cancer. Le coût le plus élevé est enregistré en Allemagne, et le cancer du poumon est celui qui coûte le plus cher.

Une seconde étude, sous la conduite du Dr Isabelle Gilloteau de Bristol-Myers Squibb aux États-Unis constate que le personnel soignant des patients cancéreux a 50 % fois plus de risque d'être dépressif, et deux fois plus de souffrir d'anxiété et d'insomnie. Les maux de têtes, migraines et problèmes gastro-intestinaux sont également fréquents chez ces personnes.



Deux prix pour les Ex-fumeurs

La campagne « Les ex-fumeurs, rien ne les arrête » a remporté un Gold Euro Effie et le prix de l'utilisation innovante d'un support imprimé. C'est la première fois qu'une institution européenne remporte un Euro Effie. Le prix Euro Effie récompense une campagne de communication qui a eu des effets probants dans au moins deux pays. Le jury a apprécié la communication positive et non moralisatrice à l'égard des fumeurs, les aspects novateurs de la campagne qui propose une aide concrète pour arrêter de fumer et l'excellent usage de supports classiques et innovants.



Fin de partie pour Dalli

John Dalli, commissaire européen pour la santé et la protection des consommateurs a été obligé de démissionner de ses fonctions. John Dalli se trouverait en effet au centre d'un trafic d'influence sur les agissements illégaux d'un entrepreneur maltais, en contact avec un cigarettier suédois. Alors que d'un autre côté, John Dalli préparait un texte de loi pour légiférer sur le tabac. Sans sa démission, le Parlement européen aurait signifié la fin de mandat à la Commission actuelle.

Tonio Borg, vice-président Maltais a été nommé par le gouvernement maltais, mais doit recevoir l'approbation de la Commission et du Parlement

Agence européenne pour l'environnement



L'air européen toujours pollué

Près d'un tiers des citoyens européens est exposé à des concentrations excessives de particules en suspension dans l'air. Ces particules figurent parmi les polluants les plus nocifs pour la santé humaine, car elles pénètrent dans certaines parties sensibles du système respiratoire. Bien que l'UE soit parvenue, au cours des dernières décennies, à réduire les polluants atmosphériques qui sont à l'origine de l'acidification, un nouveau rapport publié aujourd'hui par l'Agence européenne pour l'environnement (AEE) montre que de nombreuses régions d'Europe doivent faire face à des problèmes persistants liés aux concentrations de particules dans l'atmosphère et à l'ozone troposphérique. La France ne fait pas partie des pays les plus vertueux !

Cancer du sein et prise de sang

Cancer Research UK a investi plus d'un million de livres sterling en Recherche & Développement pour essayer de trouver comment les signes précoces de cancer du sein apparaissent dans une analyse de sang. En consultant les échantillons sanguins de femmes chez lesquelles un cancer du sein a été diagnostiqué par un dépistage, il est possible de savoir si le cancer est déjà détectable dans leur sang. L'ADN sanguin d'une femme permet en effet de déterminer si elle souffre d'un cancer du sein.



Des causes biologiques pour le mensonge ?

Le Centre d'économie et de neuroscience (Cens) de l'université de Bonn (Allemagne) a réalisé une étude sur le comportement humain. Selon les chercheurs, elle montre que les sujets traités à la testostérone ont nettement moins souvent menti que les sujets non traités. Les chercheurs formulent l'hypothèse que l'hormone augmente la fierté et le besoin de développer une image de soi positive et inciterait moins au mensonge. Ce sont 91 hommes qui ont participé à cette expérience.



Le sel en Europe



Quatre années après l'adoption par un groupe de haut niveau de cadre de l'Union européenne (UE) pour les initiatives nationales de réduction des apports en sel, une étude réalisée par la Commission européenne sur les actions nationales montre que peu a été finalement fait en ce domaine. Le manque de financement, la crise économique, l'épisode grippal A(H1N1)... sont autant de facteurs qui ont annulé ou post-posé les campagnes. En France, aucune campagne particulière n'a été menée au-delà des campagnes plus larges sur la nutrition.

Nobel de la paix



Le prix Nobel de la Paix a été remis à l'Union européenne pour récompenser soixante années de travail pour la paix et la réconciliation, la démocratie et le respect des droits de l'homme en Europe. Le comité norvégien du Nobel a estimé que l'Union européenne a joué un rôle important pour transformer un continent voué à la guerre en un continent de paix.

Heidi : indicateurs santé en Europe

Heidi est un outil wiki pour créer et diffuser de l'information sur la santé des Européens et sur les systèmes et politiques de santé. Il prend source dans les programmes européens *The Eugloreh report* et *Euphix* lancés de 2003 à 2008. Il se veut une aide au développement des politiques basées sur la preuve pour développer la santé des Européens.

H *Health in Europe: Information and Data Interface*, connu sous l'acronyme Heidi, est un outil wiki sur internet dédié à l'information et aux données sur la santé en Europe. Il offre un large éventail d'articles et de données sur l'état de santé, les maladies, les déterminants de santé, les systèmes de santé ou encore les politiques publiques de santé. Un site internet wiki est un site web par lequel les visiteurs peuvent écrire de façon collaborative sur les documents numériques qu'il contient. Un site wiki utilise des hyperliens liant les pages wiki entre elles, un langage de balisage, et il est modifiable au moyen d'un navigateur web¹. Heidi offre ainsi l'information sous forme de textes, tableaux, graphiques et cartes et les auteurs peuvent directement écrire leur texte en ligne. Les articles publiés dans Heidi doivent avoir un large spectre, couvrant à la fois les données d'incidence, de mortalité, de facteurs de

risque, d'outils de contrôle et de politiques. Ils doivent inclure la source des données, les références bibliographiques, des notes de bas de page et proposer des hyperliens vers d'autres pages internet.

Deux portes d'entrée permettent de retrouver l'information dans Heidi : en effectuant une recherche par mot-clé ou en parcourant les différents menus.

Au travers de l'outil de données Heidi, les utilisateurs peuvent afficher et télécharger des indicateurs, sélectionner leur couverture géographique et temporelle, et les afficher sous forme de cartes, graphiques ou tableaux. Ils peuvent aussi créer un dossier « mon rapport » composé des articles et figures collés dans un fichier qui peut être imprimé, ou enregistré en html ou sous format pdf. Les données accessibles proviennent principalement du projet Echi (*European Community Health Indicators*).

Mais d'autres bases sont disponibles, comme celle des années de vie en bonne santé ou encore la base des indicateurs régionaux, Isare, dont la Fnors et les ORS ont été les maîtres d'œuvre.

Le menu Reports permet d'accéder à tous les rapports récents publiés par l'Union européenne.

Les contributeurs à Heidi doivent être des spécialistes de santé publique reconnus au niveau européen. Les droits d'accès sont donnés par la Commission européenne même si les contributeurs restent pleinement responsables de l'information qu'ils écrivent dans le wiki. Tous les éditeurs peuvent créer leur propre page personnalisée sur laquelle ils peuvent afficher plus d'informations sur eux-mêmes. Ils ont accès au forum de discussion interne qui leur permet d'échanger informations et points de vue en dehors du contenu de Heidi lui-même.

https://webgate.ec.europa.eu/sanco/heidi/index.php/Main_Page

The screenshot shows the Heidi Wiki homepage. At the top, there's a header with the European Commission logo and the text 'HEIDI WIKI Health in Europe : Information and Data Interface'. Below this is a blue navigation bar with the text 'Commission européenne > Heidi wiki'. The main content area is divided into several sections. On the left, there's a sidebar with a search bar labeled 'Rechercher' and a list of links: 'Page d'accueil', 'Contenu', 'Rapports', 'Glossaire', and 'Aider'. Below this is a section titled 'Interaction' with links like 'Comment faire pour démarrer', 'À propos de Heidi', 'Les changements récents', and 'Contactez-nous'. Further down is a section titled 'Editeurs' with links like 'Qu'est-ce qu'un éditeur?', 'Appliquer en tant que rédacteur', and 'Liste des éditeurs'. The central part of the page features a large graphic with the text 'Heidi données de l'outil' and a description of the tool. Below this is a section titled 'Bienvenue à Heidi wiki!' which explains the tool's purpose and provides instructions on how to use it. On the right side, there's a section titled 'Comment faire pour démarrer?' which provides instructions on how to find information in Heidi.

Perspectives de l'environnement de l'OCDE à l'horizon 2050 : les conséquences de l'inaction

La croissance et la prospérité de la population humaine s'accompagnent d'une pollution de l'environnement et d'un épuisement des ressources naturelles qui pourraient bien, à terme, compromettre le développement humain. « Que réservent les quatre décennies à venir ? » : telle est la question posée par les *Perspectives de l'environnement de l'OCDE à l'horizon 2050*. Cette étude, qui s'appuie sur les travaux de modélisation menés conjointement par l'OCDE et l'Agence d'évaluation environnementale des Pays-Bas (PBL), se projette dans l'année 2050 pour imaginer quelles répercussions les tendances économiques et démographiques pourraient avoir sur l'environnement si le monde n'adopte pas de politiques vertes plus ambitieuses. Elle cherche aussi à déterminer quelles politiques seraient susceptibles d'améliorer ces perspectives. Les principaux domaines abordés

sont le changement climatique, la biodiversité, l'eau et les effets de la pollution sur la santé, quatre défis environnementaux majeurs identifiés dans les *Perspectives de l'environnement à l'horizon 2030* (OCDE, 2008) comme des « feux rouges » nécessitant une attention urgente.

Pouvoirs locaux et inégalités sociales de santé. Des responsables locaux vous parlent.

Wallonie santé, n°2, 2012

Senecom, pour l'Observatoire Wallon de la Santé (Belgique) en partenariat avec la Fondation Roi Baudouin, a réalisé une étude qualitative sur la représentations des inégalités sociales de santé (ISS) par les décideurs locaux à l'échelle des communes wallonnes. Les objectifs étaient de recueillir les représentations de ces acteurs locaux à propos de différents thèmes, comme :

- leur perception de la santé, des ISS et de leurs déterminants ;
- l'existence d'ISS au niveau local ;
- la prise en considération et la réduction des ISS au niveau local ;
- la participation citoyenne, c'est-à-dire la manière dont les citoyens sont intéressés aux questions d'ISS et à leur réduction ;
- du lien entre le politique et le secteur non marchand en prise avec la réduction des ISS.

À partir des vingt-deux entretiens réalisés, les conclusions de l'étude montrent que la majeure partie des personnes interrogées, lie les inégalités sociales de santé à la question de la précarité sociale et « au caractère inégal et/ou injuste de la configuration actuelle du système des soins de santé belge ». Cependant, les auteurs soulignent que le terme d'inégalités sociales de santé ne fait pas partie des concepts que manient les personnes interrogées, décideurs communaux. La question des ISS fait plutôt écho à une série d'enjeux connexes, comme la cohésion sociale, la diversité culturelle, l'approche systémique des problèmes sociaux, des inégalités de capital social et de la prise en compte des différentes dimensions du bien-être.

Devant ce constat, les auteurs concluent par une série de recommandations, dont la première serait de réaliser des diagnostics locaux sur la base de données statistiques dans des bases de données existantes, la récolte d'informations au sein des institutions communales ou auprès du public, auprès des associations.

Une autre des recommandations est de faciliter l'échange de bonnes pratiques entre citoyens et la valorisation des savoirs profanes. Enfin, il conviendrait, soutiennent les auteurs, de diffuser largement le concept d'inégalités sociales de santé auprès des acteurs locaux en montrant que « la notion de bien-être permettrait de passer d'une vision « restreinte » de la santé à une vision plus fine et englobante ».



La solidarité à travers le monde : les Européens et l'aide au développement

Eurobaromètre spécial 392, octobre 2012

La Direction générale Développement et Coopération – EuropeAid de la Commission européenne a commandité un *Eurobaromètre* afin d'analyser l'attitude du public européen à l'égard de la coopération au développement. Son objectif est de mesurer les perceptions générales des citoyens européens à l'égard de l'aide européenne vers les pays tiers.

Pour 85 % des citoyens européens, il est important d'aider les habitants des pays en développement. Malgré le climat économique actuel, plus de six citoyens européens sur dix estiment que l'aide aux pays en développement devrait être renforcée. La plupart des citoyens européens estiment que l'UE devrait accorder en priorité l'aide aux pays dans une situation de fragilité due, par exemple, à un conflit ou à une catastrophe naturelle (61 %). La majorité des répondants est d'accord avec cette affirmation dans 25 pays. Les droits de l'homme (34 %), l'éducation (33 %) et la santé (32 %) sont les domaines jugés les plus importants de la politique de développement.



Baromètre de l'action sociale locale 2012

Territoires, crise, précarité



L'édition 2012 du baromètre compte 589 centres communaux d'action sociale (CCAS) et 27 centres intercommunaux d'action sociale (CIAS). Pour les deux-tiers dans une ville ou une intercommunalité de moins de 10 000 habitants, l'implantation géographique des répondants reflète la répartition territoriale des adhérents à l'UNCCAS.

Les deux tiers des CCAS constatent une hausse des demandes d'aide qui leur sont adressées. En 2009 et 2010, cette proportion atteignait les trois-quarts des CCAS, et en 2011, les cinq-sixièmes. Cette croissance des sollicitations est cette année plus fortement exprimée en milieu rural (68 % des CCAS contre 62 % en territoires semi-rural ou urbain).

Les difficultés quotidiennes liées au paiement des factures constituent le premier élément déclencheur des nouvelles demandes d'aides et parmi elles : les factures d'énergie (citées par 97 % des CCAS concernés) ; les loyers (cités par 76 % des CCAS concernés et 89 % dans les territoires de plus de 30 000 habitants). Confrontés à cette montée en charge inquiétante, la moitié des CCAS a mis en place un partenariat avec les acteurs locaux de la production ou de la distribution d'énergie. Un tiers des répondants considère que les ménages demandeurs d'aide renoncent à assumer leurs frais de santé.

Politique de la ville et inégalités sociales de santé

Faisant le constat que les habitants des quartiers de la politique de ville rencontrent des difficultés d'accès aux soins et consultent relativement peu les médecins, le Centre d'analyse stratégique a lancé un débat sur les pistes à trouver.

Quels leviers d'action mobiliser pour maintenir une densité médicale suffisante ? Comment assurer le recours aux soins des populations les plus précarisées, en adéquation avec leurs besoins ? Ce sont les deux questions qui ont servi d'armature au débat animé par le Centre d'analyse stratégique et le Conseil national des Villes en décembre 2011 entre des élus locaux et deux chercheurs, le géographe Emmanuel Vigneron et le diabétologue André Grimaldi.

Le constat dressé par le CAS montre que le recours aux soins est en partie liée à la densité médicale, de 47 % inférieure dans les quartiers de la politique de la ville à celle de leur agglomération en ce qui concerne les généralistes, et de 74 % inférieure concernant les spécialistes. Mais, outre un problème de répartition des médecins, le moindre recours aux soins peut aussi s'expliquer par des barrières financières ou socioculturelles. Dans son intervention liminaire, Emmanuel Vigneron fait état de la fragmentation territoriale, qu'elle soit régionale ou infra-régionale. Cette fragmentation signifie que les régions où la santé était globalement mauvaise par rapport à la moyenne nationale il y a une dizaine d'années, sont dans une situation encore plus dégradée aujourd'hui ; ou qu'à l'intérieur même de l'espace régional, des zones de mauvaise santé de la population apparaissent. L'exemple du tracé du RER B montre ainsi qu'entre Saint-Denis et le centre de Paris que séparent quelques dizaines de

minutes, le taux de mortalité varie fortement du simple au double, à âge et sexe égal. Or explique E. Vigneron, ces écarts peuvent être corrélés à la présence de médecins, ou à la proximité d'un établissement hospitalier.

Pour André Grimaldi, l'un des auteurs du *Manifeste pour un santé égalitaire et solidaire*, les inégalités de santé prennent en partie racine dans la vétusté du système de santé. Pour lui, « le compromis historique » sur lequel il est bâti, entre une médecine hospitalière portée par les CHU en 1958 et les principes d'une médecine libérale est caduc, du fait de l'accroissement de dépenses de santé, de l'évolution des besoins de santé de la population et du vieillissement de la population. Ainsi, pour lui, l'hôpital est incapable de répondre aux problèmes sociaux, au problème des urgences et aux problèmes de santé publique, notamment, de prévention et de sécurité sanitaire.

Enfin, il affirme que le mode de financement de l'hôpital est un facteur certain d'inégalités sociales, comme la présence du secteur non conventionné et l'introduction de la tarification à l'acte (T2A), préfigurant la convergence tarifaire, c'est-à-dire la concurrence. Du côté des élus locaux, bien que les compétences et prérogatives des villes en matière de santé restent limitées au regard des autres compétences décentralisées, ces questions s'inscrivent au cœur de leurs préoccupations. Ils développent de nombreuses actions, en complément des services de l'État et de la Sécurité sociale. À cet égard, les ateliers santé

ville, lancés à partir de l'année 2000 dans le cadre de la politique de la ville, permettent de repérer, au niveau local, les besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité ; de coordonner les différents acteurs ; de renforcer les réseaux médico-sociaux de proximité ; et de faciliter l'accès aux services sanitaires et sociaux de droit commun.

Les autres leviers, ainsi que le souligne en conclusion Jean-Luc Roelandt, médecin psychiatre, ce sont les contrats locaux de santé ou les contrats urbains de cohésion sociale, dans lesquels la santé est relativement absente. Tant, comme le souligne Françoise Gaunet-Escaras (Marseille), « il est difficile de faire rentrer la politique de santé dans la politique ».

Désunion et paternité

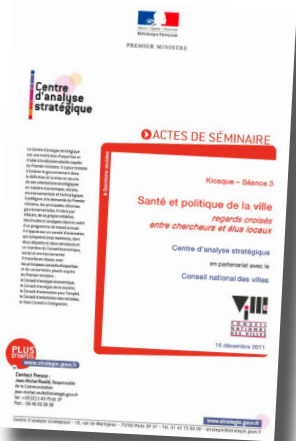
Dans une *Note d'analyse* consacrée à l'exercice de la paternité après une séparation et à un partage consensuel de l'autorité parentale, le Centre d'analyse stratégique propose quatre axes de travail.

Favoriser une paternité active en incluant mieux les pères dans les dispositifs d'accueil de la petite enfance, de soutien à la parentalité et de protection de l'enfance ; en promouvant la conciliation entre travail et vie familiale. Encourager les arrangements souples et per-

sonnalisés dans les conventions parentales et les décisions de justice en respectant les droits du parent non gardien, en diffusant un guide de bonnes pratiques de partage du temps de l'enfant.

Traiter ensemble les enjeux financiers de la rupture et ceux relatifs à la garde : en favorisant le recours à une « médiation globale ». Enfin, au regard des asymétries du travail parental et de l'exercice d'une autorité parentale conjointe, confier à un groupe de travail le soin d'étudier une « compensation de paren-

talité » pour les ex-concubins et pacsés qui ont élevé des enfants, en vue d'améliorer la cohérence des droits et des devoirs. Cette compensation correspondrait au volet parentalité qui entre, à côté d'autres critères, dans le calcul de la prestation compensatoire entre ex-époux.



Jeannette Nzoumba, Médéa Shovnadze CHRS le Relais, Apremis



La confiance au cœur de la participation

13 novembre 2012, Angers

Congrès Recours aux soins hospitaliers et territoires

Organisé par Observation des indicateurs et statistiques de santé, épidémiologie (Odissé)

Programme : http://v7.kermeet.com/Data/kmewev/block/F_b1f98acce4604d9ec3698f64667572684fd735f6aff1e.pdf

22-23 novembre 2012, Center Parcs de l'Ailette

Forum 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=293

Contact : philippe.lorenzo@or2s.fr

27 novembre 2012, Amiens

L'absence de logement personnel : nouveaux visages et questions de santé

Organisé par le Creai de Picardie/Irffe

Contact : juliette.halifax@irffe.fr

6 décembre 2012, Soissons

Journée de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie et de l'ORS « Égalité hommes-femmes »

Organisée par la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie et l'ORS

Contact : philippe.lorenzo@or2s.fr

4-5 avril 2013, Bordeaux

13^e Congrès national des ORS. L'observation santé, sociale, médico-social. Nouveau périmètre, nouveaux enjeux.

Organisé par l'ORS Aquitaine et la Fnors

Contact : www.congres-ors.com

27-29 mai 2013, Dijon

Colloque international pluridisciplinaire et plurisectoriel Les recherches-actions collaboratives : une révolution silencieuse de la connaissance.

Organisé par Préfas Bourgogne

Contact : <http://www.irtess.fr/index.php/Fil-d-actualite%C3%A9A9/appele-a-communication.html>

La participation, c'est « s'entendre quand on n'est pas d'accord ! », telle est la définition de la participation au sens de la loi de 2002-2 proposée par Jeannette, présidente du conseil de la vie sociale du CHRS le Relais.

Pour les résidents, le fait d'être présents dans de nombreuses instances (au niveau de la structure, de l'association, des instances locales, régionales ou nationales) constitue un acte citoyen et d'intégration qui permet de « s'instruire et d'ouvrir le chemin pour être bien en France ». C'est aussi un processus qui se construit pas à pas, qui permet de mieux connaître l'organisation du service et les contraintes du travail social : il y a beaucoup d'attentes au départ et, grâce à la proximité qui se crée, les résidents comprennent mieux la manière de travailler des professionnels. Les temps d'échange entre les résidents pour préparer les réunions institutionnelles sont aussi importants. Ils créent du lien et de la confiance entre les personnes accueillies qui discutent ainsi entre elles des difficultés et du message qu'elles souhaitent collectivement délivrer à l'institution. Ces instances de discussion permettent d'éviter les conflits et d'accepter les différences. Elles aident également les résidents à se projeter dans le futur.

Le principal effet de la participation qui est mis en avant, c'est la confiance qui s'installe dans les deux sens entre les résidents et les professionnels ; cette confiance est facteur d'autonomie. La participation des résidents a changé beaucoup de choses : elle a eu des effets concrets sur l'entretien des espaces communs (rampe dans les couloirs pour les personnes ayant des difficultés pour se déplacer, temps de

la minuterie...) et des effets symboliques forts comme la remise des clés de la porte d'entrée principale à tous les résidents (avant les portes étaient fermées de 22 h à 8 h avec des aménagements pour certains). D'autres sujets sont en débat en ce moment : sur le plan matériel, les demandes se portent sur les machines à laver collectives. Sur le plan du lien social, ce sont les heures de visite et le droit d'accueillir des amis ou de la famille qui sont mis en avant. La participation permet également aux résidents d'être plus acteurs dans l'organisation des sorties et des activités, en gérant en autonomie par exemple les inscriptions à certaines manifestations, en organisant les repas mensuels... Pour les professionnels, ces temps d'échange avec les usagers ont permis de questionner certaines pratiques ou de remettre en cause certains modes de fonctionnement.

Malgré l'accompagnement et la formation qui sont proposés aux résidents, des difficultés demeurent. Le sentiment d'incompétence est fort : la crainte de ne pas savoir, de ne pas y arriver est toujours présente et parfois renforcée par les difficultés de compréhension de la langue. Autre problème soulevé par la participation, c'est le nombre important de réunions, de sessions de formation etc. « On a un agenda de ministre ». Pour éviter trop de lourdeurs, les résidents s'organisent en se répartissant les rôles. La fragilité des situations des résidents, les incertitudes concernant leur avenir individuel mais aussi collectif avec un projet de déménagement de la structure constituent également des freins à la participation. Cette dernière demeure fragile. Elle demande à être installée dans le temps et repose sur une confiance réciproque entre les usagers et les professionnels.

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE

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

N°17, octobre 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-Rogélet (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 octobre 2012