Plateforme SANITAIRE&SOCIALE

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

n°18

décembre 2012

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé 2

- Forum d'échange de pratiques *Générations en santé*
- *Plateforme sanitaire et sociale* : journée sur les égalités femmes-hommes dans la vie professionnelle et sociale

Actualité 3

- L'ARS de Picardie, première agence à obtenir la norme Iso 9001 pour la veille sanitaire
- Remise des prix régionaux 2012 « Droits des patients et des usagers «

Brèves 4

Entretien 5

- Le rôle de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie dans l'élaboration du PRS. Entretien avec le Pr J.-P. Canarelli

Initiative 6

- Sport - Santé - Bien-être en Picardie

Focus

- Le projet régional de santé 8
- Retour sur l'avis de la CRSA 11
- Les conseilles régionaux unanimes contre le PRS 12
- Un plan *Marshall* pour la santé en région 13
- L'avis du préfet de région 14
- L'avis du conseil général de l'Oise 14

Données nationales

- Appariement de l'enquête Handicap-santé avec les données de l'Assurance maladie 15

Brev'd'Europe 16

Europe

- *Sport et santé : l'initiative européenne* 17

Doc 18

- Les indicateurs de cohésion sociale 19

Tribune libre 20

- Les projets régionaux de santé vus par les conseils régionaux

Agenda 20

Le PRS fixe les objectifs et les priorités de santé en Picardie pour les cinq ans à venir. Ce guide pour l'action est d'ores et déjà mis en œuvre par l'ARS et l'ensemble de ses partenaires, en s'appuyant sur deux fondements. D'une part, l'esprit de concertation, unanimement salué par les membres de la CRSA. D'autre part, l'engagement de l'agence et des acteurs de la santé sur des choix stratégiques qui visent à améliorer la santé des Picards et à préserver l'accès aux soins de proximité dans notre région, comme l'illustrent les trois récentes réunions départementales que l'ARS a tenues sur le Pacte Territoire Santé.

Ainsi, dans le champ de la prévention, le PRS agira prioritairement sur les déterminants de santé, les milieux de vie et la lutte contre les addictions. En matière d'offre de soins, l'enjeu porte sur la démographie des professionnels de santé. Dans le champ ambulatoire, nous tirerons le maximum des dispositifs incitatifs nationaux. Nous encouragerons et coordonnerons les innovations locales. Dans le champ hospitalier, nous consoliderons l'offre existante. Pour cela, chaque établissement devra être positionné dans les activités qui lui incombent à l'échelle du territoire et engagé dans une démarche de coopération au service des patients. En matière d'offre médico-sociale, pour les personnes âgées et les personnes handicapées, nous développerons les services à la personne et donnerons la priorité au maintien en milieu de vie ordinaire. Entre ces différents champs, les liens seront développés pour une prise en charge pluridisciplinaire de la personne, plus coordonnée entre les professionnels et inscrite si nécessaire dans un parcours de soins.

Le PRS a fait l'objet d'une large concertation, de son élaboration jusqu'au terme de la période de consultation. Comme en témoigne le dossier consacré au PRS dans les pages qui suivent, chacun a pu exprimer son point de vue. Les acteurs de santé, représentés au sein de la CRSA, ont choisi d'approuver très largement ce projet. Le consensus s'est notamment dégagé sur les objectifs que nous pouvions réellement assigner à un PRS, volontariste et réaliste à la fois, sur nos marges de manœuvre régionales, sur les partis pris qu'il convenait d'adopter pour la santé des picards et, *in fine*, sur les principales orientations du projet. Au regard de l'ampleur et de l'importance des sujets de santé pour nos concitoyens, cette confiance partagée est un atout majeur pour l'ARS et ses partenaires.

Les principales collectivités territoriales ont quant à elles émis un avis défavorable à ce projet, en des termes différents selon qu'il s'agisse de la région ou des départements. Elles ont ainsi fortement relayé les inquiétudes des Picards sur les questions de santé. L'ARS les connait, les partage, les relaie au niveau national et agit avec les acteurs de santé pour y remédier. Certains fondements de ces avis reposent sur une demande de moyens supplémentaires pour la Picardie, au nom de la solidarité nationale. Le PRS n'a pas cette finalité. Il doit établir des priorités en anticipant les défis, les mutations et les contraintes du système de santé, notamment en prenant en compte les ressources médicales et financières d'aujourd'hui et de demain. De la même façon, un PRS ne dispose pas de tous les leviers pour agir sur l'état de santé d'une population ou sur l'offre de santé au sein d'une région. Ces leviers relèvent aussi de déterminants sociaux, économiques ou politiques qui échappent pour tout ou partie à l'ARS, aux acteurs de santé, aux collectivités territoriales. À partir de ces constats, le PRS mobilise pleinement et avec ambition les leviers relevant du champ de compétence et d'initiative de l'agence, seule ou avec ses partenaires.

Une lecture attentive de ces avis et du PRS montre aussi qu'ils présentent de nombreux points de convergence, sur des sujets aussi fondamentaux que les coopérations hospitalières, l'attractivité de la région vis-à-vis des professionnels, l'exercice libéral regroupé, la politique en faveur du handicap et de la dépendance, la télésanté, les enjeux de santé environnementale et la prévention. Ces convergences, le soutien apporté par la CRSA au PRS, les actions communes en cours avec notamment les collectivités locales et celles qui vont se développer, constituent des atouts pour notre région. Nous devons les préserver et les entretenir, car c'est dans l'action partenariale et la mutualisation que nous agirons pour le bien commun de la population.

Christian **Dubosq**

Directeur général de l'ARS de Picardie

PRÉFET DE LA RÉGION PICARDIE
DIRECTION RÉGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

ars Agence Régionale de Santé Picardie

PICARDIE LA RÉGION

Forum d'échange de pratiques *Générations en santé*

Le programme transfrontalier *Générations en santé* a fini ses travaux par un Forum d'échange de pratique dans l'Aisne en novembre 2012. Un retour sur quatre années d'activités et l'approbation d'une motion à la clé pour que la santé reste un axe des politiques européennes.

Deux cents acteurs de terrain ont fait le déplacement de novembre en terre axonaise pour clore le programme *Générations en santé*. Sur quatre ans, 4 075 000 € (soit moins de 50 centimes d'euros par habitant des six régions et provinces) auront été dépensés pour mobiliser et faire participer institutions, associations et populations, et pour pérenniser certaines des actions. Le Feder a contribué à 46 % du budget, le reste a été financé par les autorités régionales et locales. En Picardie, l'ARS, le conseil régional et le conseil général de l'Aisne faisaient partie de ces autres financeurs.

La connaissance de l'état de santé des populations a été poursuivie par l'édition du *tableau de bord transfrontalier de la santé,* initié en 2003, et par une approche compréhensive de certains comportements de santé : chez les jeunes, activité physique, alcool, alimentation et habitudes de vie et, chez les seniors, santé physique, mentale et sociale.

Plus particulièrement pour les jeunes, le programme a mené une action innovante, École 21®, qui a regroupé vingt-et-un établissements scolaires autour de la promotion de la santé et du développement durable, et a fait la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière et de la lutte contre le tabac (0-5-30 Combinaison prévention). Neuf groupes de travail transfrontaliers ont été mis en place sur la santé des jeunes, le rapport aux technologies de l'information et de la communication, et à la parentalité.

Pour les seniors, *Générations en santé* a développé trois axes de travail : services de proximité de promotion de la santé, offres de formation et d'outils de promotion de la santé. Ainsi, des Cafés Senior et des Dîners Quizz© ont notamment été organisés pour réunir citoyens, pouvoirs publics, experts et opérateurs de terrain sur des thèmes de société concernant les aînés. Un module de formation « Bien Vieillir » a été mis sur pied pour un vieillissement réussi et des malles transfrontalières d'outils destinés aux seniors ont été mises à disposition.

Une offre de service de promotion de la santé commence à se structurer entre les neuf opérateurs de *Générations en santé* et constitue l'armature d'une future coopération.

Cependant, ombre au tableau, les politiques européennes, à commencer par la politique de coopération régionale, n'intègrent plus la santé. Une raison suffisante pour que les participants au Forum approuvent unanimement le texte d'une motion demandant aux autorités européennes et nationales de considérer la santé et la promotion de la santé comme un axe prioritaire de la cohésion sociale européenne. Une action de comunication est actuellement en cours par la diffusion massive de cette motion auprès des institutions, des élus, des partis politiques européens, des médias...

Plateforme sanitaire et sociale : journée sur les égalités femmes-hommes dans la vie professionnelle et sociale

La journée annuelle de la *Plateforme sanitaire et sociale* s'est déroulée le 6 décembre 2012 à Soissons, sur la thématiques des égalités femmes-hommes.

La politique publique s'est résolument engagée dans la volonté de faire de l'égalité femmes-hommes une réalité. C'est en quelque sorte le fil conducteur qui a été tissé tout au long de la journée par les différent(e)s intervenant(e)s.

Réunis par tables rondes, ils ou elles ont démontré combien le décalage entre les femmes et les hommes était prégnant, mais combien aussi les outils existaient désormais pour en prendre la mesure et commencer à inverser la tendance.

En effet, cette politique publique en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes est essentielle pour le rattrapage des inégalités constatées dans tous les domaines, ainsi que l'a rappelé Nadia Castain, déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité qui a introduit les débats.

L'analyse statistique par genre devient stratégique en ce qu'elle permet de mettre en lumière si ce n'est de comprendre les mécanismes discriminatoires à l'œuvre, tant dans le domaine de la vie professionnelle que dans la sphère sociale. Ainsi, 46 % des femmes sont actives en Picardie, alors que dans leur ensemble, elles seraient au moins aussi diplômées que les hommes mais avec des différences de salaires toujours existantes. Le « plafond de verre » n'est toujours pas brisé, qui empêche les femmes d'accéder aux postes à responsabilité, dans l'entreprise, l'administration ou dans la vie politique. Des initiatives, comme l'engagement du conseil régional par l'obtention du label *Égalité professionnelle* ont montré que des voies de changement étaient tout à fait possibles.

En Picardie comme en France, la répartition des tâches ménagères reste toujours inégalitairement partagée entre les hommes, qui en assurent peu, et les femmes qui augmentent ainsi largement leur durée quotidienne de travail. Du point de vue de la justice, la maltraitance envers les femmes est désormais sévèrement jugée, d'autant plus dans le domaine de la violence conjugale. Dans l'Aisne, un réseau important autour des violences conjugales s'est tissé depuis plusieurs années entre les acteurs institutionnels et associatifs pour prévenir les violences, coordonner les acteurs, et assurer la protection et le suivi des victimes, notamment dans l'accès aux droits. Des femmes qui seraient aussi plus victimes de souffrance au travail - harcèlement, conflits, relations de travail dégradées...

Le choix des professions reste aussi en partie sexué, comme dans le travail social, majoritairement embrassé par les jeunes filles. À l'inverse, le témoignage de Valérianne Ferreira, pompier volontaire, a montré que tous les métiers pouvaient être exercés par les hommes comme par les femmes, avec le bémol qu'une femme exerçant un métier traditionnellement masculin, devait tout le temps faire ses preuves !

Une journée riche d'interventions et de débats qui peuvent venir compléter le plan régional stratégique pour l'égalité entre les femmes et les hommes élaboré sous l'autorité du Préfet.

Retrouver les présentations de la journée sur le site de la Plateforme *www.pf2s.fr*

L'ARS de Picardie, première agence à obtenir la norme ISO 9001 pour la veille sanitaire

L'émergence de nouveaux risques sanitaires, les attentes croissantes de la population, les conséquences juridiques, économiques et médiatiques des crises, montrent qu'il est nécessaire de rendre le système de veille sanitaire plus réactif et plus efficace. L'ARS de Picardie s'est engagée pour cela dans une démarche qualité afin d'obtenir la norme AFAQ ISO 9001 : 2008. Après plusieurs mois de préparation et d'évaluation, cette norme lui a été délivrée par Afnor certification. Elle atteste de la qualité des trois processus mis en place par l'agence : l'animation du réseau des signalants, la réception et le traitement des signaux sanitaires.
L'animation du réseau des signalants (professionnels de santé, établissements de santé ou médico-sociaux, InVS, services de l'État…) : ce réseau est le premier maillon du dispositif de veille sanitaire. Le processus mis en place permet donc d'impliquer les signalants dans leur rôle de santé publique, de s'assurer que l'ARS est identifiée par tous et qu'ils connaissent les procédures de remontées de ces signaux.
La réception des signaux sanitaires : l'ARS de Picardie a mis en place un point unique de réception des signaux, qui assure également leur catégorisation, leur identification par un numéro d'enregistrement et leur orientation vers les interlocuteurs *ad-hoc*. Une grande vigilance est également accordée à l'identification, au suivi et à la prévention d'éventuels dysfonctionnements.
Le traitement des signaux sanitaires : il est mis en œuvre selon la recommandation éditée par l'InVS dans son guide « l'alerte sanitaire en France ». Ce traitement est assuré par une plateforme de veille et d'urgences sanitaires, composée de professionnels de l'ARS et de l'InVS (médecins, ingénieurs, techniciens et administratifs). Son champ d'intervention recouvre tous les risques liés aux activités de soins, aux produits consommés (produits alimentaires et produits de santé) et aux milieux de vie (eau, air, sols).

Pascal Poette
ARS Picardie

Remise des prix régionaux 2012 « Droits des patients et des usagers »

Le 20 mars 2012, le ministère chargé de la Santé a lancé la deuxième édition de la labellisation « droits des usagers ».
À ce titre, l'agence régionale de santé de Picardie a reçu treize dossiers de demande de labellisation : quatre étaient portés par des établissements de santé, deux par des établissements médico-sociaux, un par une association de service, quatre par une association d'usagers, un par une collectivité et le dernier par une fédération de médecins libéraux.
L'instruction des dossiers a été réalisée par la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie dans le domaine des droits des usagers, présidée par Henri Barbier. Cette instruction a permis au directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie d'attribuer sept labels : cinq prix du jury récompensés d'une somme de 2 000 € chacun et deux grands prix régionaux d'une somme de 2 500 € chacun. Ces deux derniers projets ont également été primés par le niveau national (parmi les vingt-sept projets régionaux qui leur ont été transmis).
Les cinq prix du jury sont les suivants :
- l'Association de défense et d'entraide des personnes handicapées pour son projet « handicap, mieux connaître ses droits » ;
- le centre hospitalier d'Abbeville, pour son projet de « réunir les usagers et les professionnels de santé afin de réfléchir ensemble à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et du respect des droits des patients » ;
- le centre hospitalier universitaire d'Amiens, pour son projet de « mise en place d'une cellule de médiation » ;
- GCS HADOS de Montdidier pour son projet de « Forum sur l'aide aux aidants » ;
- la Maison prévention santé pour les « rencontres santé d'Amiens ».

Les deux grands prix régionaux sont :
- le centre hospitalier de Château-Thierry pour le projet « Entendre et regarder pour prendre en compte le handicap sensoriel » ;
- le projet du Ciss Picardie de « recueil de la parole de l'usager ».

Pour plus de renseignements :
http://www.ars.picardie.sante.fr/Concours-2012-Droits-des-pati.149995.0.html
http://www.sante.gouv.fr/futur-rubrique-participez-au-label.html

Pascal Poette
ARS Picardie

© Photo Pierre Chabaud/Matignon

Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

Lancé le 21 septembre par le Premier Ministre Jean-Marc Ayrault, le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale est le fruit d'un travail de concertation avec des acteurs des politiques de solidarité : les services de l'État, les collectivités territoriales, les associations, les partenaires sociaux, les chercheurs et experts, ainsi que les personnes en situation de pauvreté elles-mêmes. L'élaboration de ce plan a mobilisé plus de vingt ministères.
Parmi les mesures annoncées, le rattrapage du niveau du RSA socle, de 10 %, en sus de l'inflation, d'ici 2017, une hausse, en septembre 2013, du plafond de la CMU complémentaire, l'instauration d'une "garantie" jeunes pour les 18-25 ans qui ne sont ni en emploi, ni en formation, en situation d'isolement et de grande précarité, une aide aux familles monoparentales ou nombreuses en situation de pauvreté, par l'augmentation du montant de l'allocation de soutien familial (ASF) et une majoration du complément familial (CF)...
D'autres mesures ont un caractère plus collectif, comme l'investissement dans l'hébergement et l'accès au logement, ou la création d'un registre national des crédits aux particuliers (dit "fichier positif") pour participer à la lutte contre le surendettement, et d'un observatoire de l'inclusion bancaire, qui appréciera publiquement les pratiques des banques envers leurs clients en difficulté financière.
François Chérèque, ancien secrétaire général de la CFDT et tout nouvel inspecteur général des affaires sociales est chargé de suivi du plan.

Groupe de travail sur les personnes handicapées vieillissantes

Marie-Arlette Carlotti et Michèle Delaunay ont lancé un groupe de travail sur les personnes handicapées vieillissantes. Il a pour vocation d'évaluer les besoins de ces personnes et les difficultés rencontrées pour leur accompagnement. Cette réflexion a également pour objet d'identifier les bonnes pratiques et de proposer les évolutions à mettre en œuvre.
Patrick Gohet, inspecteur général des affaires sociales, en sera l'animateur. Il a présidé le Conseil national consultatif des personnes handicapées de 2009 à 2012.

13e Congrès national des ORS

Le 13e congrès national des observatoires régionaux de la santé sur le thème « L'observation (santé, social, médico-social) : nouveau périmètre, nouveaux enjeux » aura lieu au Palais des Congrès de Bordeaux les 4 et 5 avril 2013. Plusieurs apects de l'observation seront abordés :
- l'observation dans tous ses états : partage des données, évaluation ou planification d'actions de santé publique… ;
- l'observation pour tous ses utilisateurs : professionnels, usagers, décideurs des champs sanitaire, social ou médico-social… ;
- l'observation dans tous ses thèmes : handicap, environnement, travail, précarité, pertinence des soins… ;
- l'observation par tous ses outils : PMSI, données de l'Assurance maladie, mortalité évitable…

Ce congrès 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.
Les réflexions menées sur deux jours, en séances plénières et ateliers, devront permettre de faire émerger les besoins non encore satisfaits, les champs insuffisamment étudiés et de définir les nouveaux enjeux de l'observation en santé.
Vous pouvez désormais retrouver le programme complet à l'adresse : http://www.congres-ors.com/programme.html.

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 ?

La *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie : site internet ouvert !

Nouveauté dès le début de l'année 2013, la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie ouvre son site internet : www.pf2s.fr.

Composé de quatre parties, le site permettra à la *Plateforme* de diffuser l'ensemble de ses productions, en premier lieu le *Croisement d'informations régionalisées*, mais aussi cette lettre d'information. Ces documents seront téléchargeables à la fois en version intégrale mais également par chapitre ou article. Un moteur de recherche permettra ainsi de sélectionner les documents.
Les présentations communiquées lors de la journée annuelle de la *Plateforme*, ainsi que les actes des journées, seront disponibles, en temps quasi-réel pour les présentations, dès leur rédaction pour les Actes.
Les actualités de santé, sociales ou médico-sociales seront la porte d'entrée du site. Elle se déclineront du niveau local au niveau international. Elles pourront permettre aussi d'offrir aux internautes une version plus longue des articles présentés dans la lettre ou de mettre à leur disposition des références de la toile.
Une interface d'inscription sera commune à l'OR2S et à l'Ireps, ainsi qu'aux dispositifs qu'ils gèrent, la *Plateforme sanitaire et sociale* pour l'OR2S, le pôle régional de compétence en éducation pour la santé pour l'Ireps. Elle permettra à chaque internaute de s'inscrire pour recevoir les lettres électroniques *Plateforme sanitaire et sociale*, *Picardie en santé et bien-être*, ou les communiqués de parution des différents documents publiés ou des formations dispensées par l'Ireps de Picardie.
Une page décrira les instances et le fonctionnement de la *Plateforme sanitaire et sociale* et un lien sera fait avec les sites des partenaires qui la composent.
Enfin, mais avec un accès restreint, le site permettra d'accéder à certains indicateurs de santé et du social de la région et permettra aux partenaires de travailler directement sur les données. Une visualisation des principaux indicateurs de la région sera par contre accessible à tous les internautes.

Le rôle de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie dans l'élaboration du PRS. Entretien avec le Pr J.-P. Canarelli

Plateforme sanitaire et sociale : Nous voudrions revenir sur le rôle qu'a joué la CRSA dans la formulation du projet régional de santé et notamment sur l'avis que la commission a rendu.

Pr Jean-Pierre Canarelli : L'avis rendu l'a été de manière consensuelle, même s'il y a eu beaucoup de contributions, de questions posées et un assez grand nombre d'amendements au texte de l'agence régionale de santé (ARS). Plusieurs de ces amendements avaient déjà été examinés lors des réunions de la commission permanente de la CRSA dès l'automne mais une partie n'a été connue que juste avant ou même pendant l'assemblée plénière de la conférence. Tous ont été étudiés. Aucun d'entre eux ne remettait en cause le projet régional de santé : il s'agissait de précisions à apporter, de petites modifications, mais rien sur l'organisation générale du projet. Il n'y a eu aucune polémique, aucune opposition et chacun a pu exprimer son point de vue tout au long de l'après-midi où le texte a été examiné.
C'est vrai que la commission permanente de la CRSA a beaucoup travaillé en amont de l'assemblée plénière et c'est la synthèse de ses travaux qui a été examinée. On peut presque dire que chaque mot a été décortiqué, chaque argument soupesé. Cela a donné l'avis final, c'est-à-dire la synthèse initiale et les amendements retenus. Sur les soixante-trois membres, on aurait voulu soixante-trois votes positifs. Il y en a eu tout de même quarante-neuf mais chacun des schémas a été approuvé à l'unanimité sauf deux absentions pour celui sur l'offre de soins. Mais il est clair qu'il y a des enjeux politiques forts, qui me dépassent certainement.

Plateforme sanitaire et sociale : Pourtant, la CRSA n'est pas un organe politique, un directeur d'ARS propose même qu'elle soit incluse dans le conseil économique, social et environnemental.

J.-P. C. : Je pense que la représentativité de la CRSA s'appuie sur des professionnels des prises en charge sanitaires et médico-sociales qui font preuve d'un certain réalisme. Un membre de la CRSA pourra à un moment donné s'exprimer au nom de son mandataire et donner la position, par exemple, de son syndicat ou de sa collectivité, mais, dans le même temps, il dira qu'une autre solution pourrait peut-être être trouvée. La parole est libre, le vote peut être fait en fonction des directives d'une institution, d'une association, d'un syndicat mais il n'y a jamais d'affrontements bien précis et ciblés, parce que les personnes sont quand même dégagées de leur représentativité institutionnelle.
Par rapport au conseil économique, social et environnemental régional (Ceser), on pourrait dire qu'il est au conseil régional ce que la CRSA est à l'ARS. Les deux instances sont à peu près similaires, comme organes consultatifs et promoteurs d'idées. Mais pour ma part, je voudrais donner à la CRSA un côté plus d'investigation en allant vers la population. Alors que le Ceser est une assemblée d'experts, qui ne fait, par exemple, pas de forums publics. Je vous rappelle que la CRSA a organisé des débats publics avec l'ARS dans les territoires de santé sur le dossier médical personnel. Aller prendre le pouls sur place me paraît important parce que, même si les problèmes sont les mêmes, la manière de les voir et de les appréhender n'est pas identique. Il faut avoir un relais dans les territoires.

PF2S : Ce relais justement ne serait-ce pas les conférences de territoire ?

J.-P. C. : Tout à fait. Mais il se trouve que je suis dans un groupe de travail de quatre régions où il nous est demandé de réfléchir à ce que pourrait être une démocratie sanitaire plus directe en région, et notamment sur l'intérêt de confier des missions d'explication ou de recherche d'information à la CRSA sous forme de débats tout public. Nous l'avons déjà fait je le disais avec le dossier médical personnel, mais j'ai aussi voulu qu'il y ait inter-pénétration entre la CRSA et les conférences de territoire qui sont des juridictions de l'ARS et ne dépendent donc pas de la CRSA. M. Jacquinet puis M. Dubosq ont approuvé le mode de fonctionnement puisque nous n'intervenions, ni dans les votes, ni même dans les délibérations. À mon avis, cela est à favoriser car, dans les territoires, il y a plus d'élus, plus de gens très près du terrain et qui ressentent mieux les choses. Donc, sur le plan national, on essaie de voir s'il ne faut pas généraliser cette méthode-là et donc modifier la loi HPST en ce sens.

PF2S : Pour revenir au projet régional de santé, quelle sera maintenant l'implication de la CRSA ?

J.-P. C. : Le directeur général de l'ARS a écrit qu'il prenait en compte les demandes de la CRSA. Il a affirmé qu'il ne fermerait aucune structure de soins mais qu'on en évaluerait l'activité en 2015. Ce sera donc le rôle du président de la CRSA de demander et d'étudier ce rapport d'étape. De la même manière, la commission des usagers de la CRSA a déposé un amendement pour participer à l'évaluation du PRS. Je pense aussi que la CRSA pourra être amenée, à la demande de l'ARS, à participer à une évaluation de certains autres plans. On sait qu'il y aura le chantier de la prévention, de la lutte contre les addictions… Donc, d'abord, évaluer les actions en cours puis engager de nouvelles actions. Parmi les actions nouvelles, j'ai demandé depuis longtemps le dépistage précoce du handicap des enfants, qu'il soit sensoriel, cognitif ou neuro-moteur, pour ensuite nous atteler au problème des grossesses précoces et puis à celui de la vaccination pour la prévention du cancer du col avec les nouvelles recommandations de la HAS.
L'ARS pourra ainsi demander à la CRSA de confirmer ou d'infirmer ses choix techniques sur la base des résultats.

Propos recueillis
par **Philippe Lorenzo**
OR2S

Sport - Santé - Bien-être en Picardie

La promotion de la santé par le sport est une des priorités des ministères des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, et des Affaires sociales et de la Santé. Ils veulent développer la pratique des activités physiques et sportives (APS), facteur de santé.

En association avec les collectivités locales, le secteur associatif et le mouvement sportif, le gouvernement a mis en place une politique publique ambitieuse, *Sport, Santé, Bien-être*, destinée à promouvoir les activités physiques et sportives (APS) pour toutes et tous et à tous les âges de la vie. Cette politique a pour ambition d'accroître le recours à des comportements bénéfiques pour la santé et de développer la recommandation des APS par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de prévention du capital santé de chacun : « le sport plutôt qu'une longue liste de médicaments. »
Cette politique comporte :
- l'encouragement à la pratique sportive à l'école et à l'université ;
- le renforcement de l'offre de pratiques de loisir, y compris pour les personnes en situation de handicap ;
- l'information et l'incitation à la pratique des publics les plus défavorisés, au sein des établissements médico-sociaux, auprès des personnes en recherche d'emploi et des jeunes en contact avec les missions locales ;
- le développement de la pratique d'activités physiques et sportives au sein des entreprises, par la mobilisation des contrats collectifs d'assurance complémentaire ;
- la facilitation de l'accès de tous les publics aux installations sportives ;
- la promotion de la mobilité active (modes doux, marche à pied, cycles, nouveaux usages de l'espace public…), à travers les plans de déplacement urbain, et le développement des dessertes des équipements sportifs (stades, gymnases…) par tous les modes de transport.

Le but est d'inciter le plus large public à pratiquer une activité physique ou sportive et d'offrir un espace de solidarité entre les pratiquants habituels et les personnes éloignées des pratiques sportives, notamment pour des raisons tenant à leur état de santé. Les pouvoirs publics, les professionnels de santé et le mouvement sportif ont choisi d'unir leurs efforts afin de développer des pratiques adaptées et accessibles au plus grand nombre. En Picardie, le dispositif *Picardie en Forme – Réseau Sport Santé Bien-être* matérialise cette collaboration nouvelle. Son objectif général est de rendre possible la réalisation d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive à toute personne porteuse de pathologies chroniques en améliorant son accompagnement et la coordination entre tous les acteurs du sport et de la santé. Pierre angulaire de la démarche, une visite médicale auprès de son médecin traitant permet d'évaluer les capacités physiques de la personne pour l'orienter vers une activité adaptée ou aménagée, compatible avec son aptitude à la pratique physique.

Signature d'une Charte sport santé en Picardie

Le samedi 18 février 2012 a eu lieu le lancement de *Picardie en Forme* lors des *Premières rencontres régionales du sport santé en Picardie*. Cet événement a réuni à Amiens pendant une après-midi une centaine de personnes représentant les différents acteurs intervenant sur la thématique du sport santé (institutionnels, mouvement sportif, professionnels de santé, usagers… Elle a aussi été l'occasion de réunir les responsables des réseaux sport santé du Nord - Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Lorraine, Midi-Pyrénées…, pour partager leurs expériences.
Cette manifestation avait pour finalité la signature de la Charte sport santé, constitutive du réseau par les différents partenaires institutionnels : État, agence régionale de santé, conseil régional et comité régional olympique et sportif.
Les années 2011 et 2012 ont été l'occasion pour le réseau picard de débuter la mise en œuvre de son programme d'action. La première priorité a été la formation des animateurs sportifs. Une vingtaine d'entre eux a été formée à l'accueil spécifique de personnes sédentaires, seniors ou personnes porteuses de pathologies chroniques.
La sensibilisation des clubs et associations sportives reste encore difficile, tant ces dernières appréhendent l'accueil du public visé par Sport santé. Le manque de moyens est également mis en avant. *Picardie en forme* a donc entrepris de communiquer auprès des associations, mais aussi des usagers, sur les bienfaits de l'activité physique et la nécessité de développer l'offre Sport santé en région. Le réseau essaye ainsi d'être présent dans toutes les manifestations dans lesquelles le message Sport santé pourrait avoir un impact. Des réunions de sensibilisation auprès du mouvement sportif ont été également organisées dans chaque département. Une communication sera engagée sur du plus long terme auprès des usagers du monde de la santé avec le Collectif inter-associatif sur la santé (Ciss).
La fin 2012 a été marquée par les premières labellisations d'associations *Picardie en Forme*. Le début d'année 2013 verra le déploiement du parcours *Picardie en forme* dans quatre territoires d'expérimentation. Il a pour but d'accompagner des personnes porteuses de certaines pathologies chroniques (diabète, maladie cardio-vasculaire, maladie respiratoire type BPCO, obésité) ou accumulant plusieurs facteurs de risque (surpoids, hypertension, hypercholestérolémie…), vers un retour à la pratique d'une activité physique adaptée et sécurisée dans une association sportive labellisée. Des réunions auprès des professionnels de santé en partenariat avec l'union régionale des professionnels de santé « médecins libéraux » et avec le soutien de Sanofi sont organisées à cet effet.
La fin d'année 2013 marquera la fin de l'expérimentation du projet. Une évaluation complète du dispositif portera sur le fonctionnement du réseau, les bénéfices qu'en ont tirés les patients d'inclusion dans ce dispositif ou encore le développement de l'offre sport santé.

La ministre était en visite à Amiens le 25 janvier 2013

Yassine Chaïb
DRJSCS Picardie
Romain Bled
Cros Picardie

FOCUS

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a institué en région la rédaction du projet régional de santé sous l'égide de l'agence régionale de santé, créée par la même loi. S'il prend la suite de plans déjà existants, comme le plan régional de santé publique ou le schéma régional de l'organisation des soins, c'est une réelle approche globale, transversale et intersectorielle de la santé qui est insufflée par la loi HPST, avec une réflexion d'ensemble sur la prévention, le soin, le médico-social.

La mise en œuvre du PRS est soumise à l'autorité du Directeur général de l'ARS. Elle requiert cependant les avis du Préfet de région, de la conférence régionale de santé, du conseil régional et des conseils généraux.

Tour d'horizon...

Le projet régional de santé

Arrêté par le directeur général de l'ARS le 28 décembre 2012, le projet régional de santé 2012-2017 se veut volontariste face aux défis, réaliste quand aux moyens disponibles, déterminé à placer la personne au cœur du dispositif de santé.

Piloté par l'ARS de Picardie et mis en œuvre avec l'ensemble des acteurs de santé, le projet régional de santé (PRS) définit pour les cinq ans à venir la politique qui sera menée en matière de prévention, d'organisation de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale. Il est orienté vers deux objectifs principaux : améliorer la santé des Picards, dans une région marquée par des indicateurs et des déterminants de santé défavorables ; préserver l'accès aux soins de proximité, face au manque d'attractivité de la région vis-à-vis des professionnels de santé. Ces objectifs devront être poursuivis dans un cadre budgétaire contraint, en conciliant donc des impératifs de qualité, d'équité et d'efficacité.

Le PRS s'appuie sur l'analyse des besoins de la population, sur les atouts et les faiblesses de chaque territoire, sur l'expertise des parties prenantes du système de santé. Il est issu du travail et de l'association de neuf cents professionnels, usagers, représentants d'établissements, d'associations, de collectivités locales… qui se sont engagés pendant plusieurs mois, aux côtés de l'agence et dans l'intérêt des Picards. Le document est également le fruit des observations de plusieurs partenaires sur les principales orientations du projet : conférence régionale de la santé et de l'autonomie, fédérations hospitalières, collectivités locales…

Les priorités du PRS picard

Prévention : agir sur les déterminants de santé, les lieux de vie et les addictions

En santé publique, les axes prioritaires sont la nutrition, le dépistage des cancers, la lutte contre les addictions, la prévention du suicide et des grossesses précoces. Dans ces domaines, l'agence encouragera notamment le développement de dispositifs expérimentaux ou le transfert, en région, de dispositifs ayant montré ailleurs leur efficacité.

La qualité de l'air intérieur, la lutte contre l'habitat indigne et l'amélioration de la qualité des eaux de consommation seront les domaines privilégiés par l'ARS et ses partenaires en matière de santé environnementale. L'agence renforcera par ailleurs son dispositif de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires. À cet égard, elle est la première agence certifiée AFAQ-ISO 9001.

Offre de soins : répondre aux besoins de la population, en créant les conditions nécessaires à la fidélisation des professionnels de santé.

Face un exercice et à des pratiques médicales en pleines mutations, l'organisation proposée vise à garantir l'égalité d'accès aux dispositifs de prise en charge ou d'accompagnement, quels que soient le territoire et les ressources des usagers. Ainsi, l'accès à une prise en charge en urgence sera assuré en moins de trente minutes sur l'ensemble des territoires. Dans le champ ambulatoire (médecine de ville), les efforts porteront sur l'installation et les conditions d'exercice des professionnels de santé : mobilisation de tous les dispositifs incitatifs nationaux, encouragement des initiatives régionales et locales, identification de zones prioritaires, développement des stages en cabinet généraliste, création de maisons de santé…

Le volet hospitalier est quant à lui fondé sur plusieurs engagements forts, dans une région en manque de médecins. Le schéma régional de l'organisation des soins (Sros) ne décide ainsi d'aucun retrait d'autorisation en médecine, chirurgie, obstétrique, accueil d'urgence. Ce choix volontariste et ambitieux, vise à consolider l'actuel maillage territorial des établissements de santé, en particulier publics, afin de préserver l'accès à des soins de proximité pour la population. Mais il emporte trois conséquences :

- une grande vigilance sur la qualité et la sécurité des soins ;
- une graduation rigoureuse des soins entre les établissements de santé ;
- des démarches systématiques de coopération entre les établissements.

Offre médico-sociale : développer les services à la personne et donner la priorité au maintien en milieu de vie ordinaire.

L'offre médico-sociale est articulée avec les schémas des conseils généraux de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme. La volonté de l'ARS est de développer une offre plus diversifiée, moins institutionnelle, permettant aux personnes âgées et aux personnes handicapées d'exercer un libre choix de vie et de parcours de soins. Il s'agit notamment de promouvoir le maintien en milieu de vie ordinaire et de mieux organiser les dispositifs de répit au bénéfice des aidants. Des priorités spécifiques à l'enfance handicapée ont été déterminées. Elles comprennent le dépistage et le diagnostic des handicaps, tant pour améliorer les délais de prise en charge que l'annonce du diagnostic.

Au regard des spécificités de la région, le PRS Picardie investit également deux champs supplémentaires et transversaux : la prévention et la prise en charge des addictions, notamment auprès des publics vulnérables (jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité…) ; le déploiement de la télésanté (dossier médical personnel - DMP -, téléconsultations…) qui sont un levier majeurspour l'attractivité de la région à l'égard des professionnels de santé et l'égalité d'accès aux soins.

Le PRS vise à créer des parcours de santé lisibles, accessibles et sécurisés au bénéfice des Picards. L'objectif est d'apporter une réponse cohérente du point de vue de la personne, c'est-à-dire transversale aux besoins de santé, en articulant la prévention, la prise en charge ambulatoire et hospitalière, l'accompagnement médico-social.

Le projet régional de santé

Zoom sur le schéma régional prévention

Le schéma régional de prévention (SRP) fixe les orientations en matière de promotion de la santé, de prévention et de santé environnementale. Il organise la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires.

Le premier volet, relatif à la prévention et la promotion de la santé, détermine les grands axes de la politique régionale en matière de santé publique à travers le prisme suivant :
- le ciblage de l'effort collectif sur les déterminants les plus préoccupants en région ;
- l'accompagnement des acteurs vers davantage de coordination, de collaboration et de mutualisation ;
- la recherche des stratégies les plus adaptées à la réduction des inégalités sociales de santé ;
- et le développement d'une culture d'évaluation permettant l'amélioration et l'ajustement continus des pratiques des acteurs.

Dans ce sens, le premier objectif conforte la politique régionale de santé publique en soutenant l'action sur les déterminants de santé et les milieux de vie identifiés comme prioritaires en Picardie : les bonnes pratiques en matière de nutrition, le dépistage des cancers, la prévention du suicide et la prévention des grossesses précoces. En matière de santé environnement, l'ARS Picardie est engagée avec l'État et la Région, au travers du plan régional santé environnement (PRSE2), dans une démarche partenariale pour agir préventivement sur la qualité de l'air intérieur, la lutte contre l'habitat indigne et l'amélioration des qualités des eaux de consommation.

Le deuxième objectif vise à rechercher et développer des modalités d'intervention innovantes et concourant à la qualité et à l'efficacité de la politique régionale de prévention. Il s'agit de mettre en place un ensemble de stratégies permettant :
- une meilleure coopération entre les acteurs institutionnels et opérationnels concernés, à travers la création de programmes uniques d'envergure. Ils devront rassembler l'ensemble des opérateurs et favoriser, autour des priorités régionales, la mise en cohérence des initiatives portées par chaque opérateur ;
- un renforcement de la qualité des pratiques professionnelles en prévention par le développement de méthodes d'évaluation et de la démarche qualité, la mise en lien des acteurs à l'échelle territoriale, la mise à disposition d'outils et de recommandations de bonnes pratiques sur les modalités d'intervention portant sur les priorités régionales ;
- le développement de dispositifs expérimentaux ou le transfert, en région, de dispositifs expérimentés ailleurs et ayant montré leur efficacité.

Le second volet du schéma vise à organiser les activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes. Le dispositif de veille permet le recueil d'évènements inhabituels de santé pouvant représenter une menace pour la santé publique. Il peut aussi s'agir d'évènements de toute nature ou origine, associés à une menace pour la santé publique : présentation clinique anormale d'un patient admis dans un hôpital, site pollué, excès de pathologies, rassemblements de personnes, etc.

L'objectif est de permettre une réponse rapide sous forme d'actions fondées sur les connaissances scientifiques et destinées à limiter l'impact de la menace détectée sur la santé des groupes de population concernés.

En outre, la Picardie est une région pionnière en la matière puisqu'elle est la première à avoir obtenu, fin 2012, une certification ISO 9001 de ses activités de veille et de sécurité sanitaire pour garantir une réactivité et une fluidité optimales en cas d'alerte sanitaire.

Zoom sur le schéma régional d'organisation de l'offre de soins

Le schéma régional d'organisation de l'offre de soins (Sros) a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité, et d'accessibilité géographique. Il est composé de deux parties : le volet ambulatoire traite des soins de ville. Il inclut les laboratoires de biologie médicale. Le volet hospitalier aborde l'ensemble des activités de soins et d'équipements soumis à autorisation ainsi que les missions de service public.

L'enjeu pour la Picardie est de construire un schéma cible de l'offre de soins qui réponde aux besoins et aux attentes de la population, tout en créant les conditions nécessaires à la fidélisation des jeunes professionnels en région. Il doit garantir l'égalité d'accès aux dispositifs de prise en charge ou d'accompagnement quels que soient le territoire et les ressources des usagers.

La territorialisation des politiques régionales est l'un des partis pris de ce PRS. Elle s'appuie sur des organisations plus structurées et plus complètes, pour deux raisons majeures : les perspectives défavorables d'évolution de la démographie médicale libérale et hospitalière, les contraintes lourdes pesant actuellement sur le financement du système de santé. Cette territorialisation concerne l'organisation du premier recours, la prise en charge en urgence dont l'accès sera assuré en moins de trente minutes sur l'ensemble des territoires, l'offre en médecine de proximité ainsi que le recours à un plateau technique ou à des spécialités.

Le volet ambulatoire, dimension nouvelle du Sros, n'est pas opposable. Il vise à organiser le premier recours en mobilisant les dispositifs incitatifs existants et en prenant des initiatives nouvelles dans notre région. Sur la base d'une cartographie des professionnels de santé, il identifie les zones prioritaires sur lesquelles déployer des mesures favorisant l'installation de professionnels ou l'implantation de structures d'exercice coordonné ou regroupé.

Face à la problématique majeure de démographie des professionnels de santé en Picardie, il s'agit de rendre la région attractive en tant que terrain de formation et d'y favoriser l'installation des professionnels, notamment dans les zones fragiles. L'amélioration des conditions d'exercice est un levier sur lequel nous devrons continuer de nous appuyer : contrats d'engagement de service public, augmentation du nombre de maîtres de stage en cabinet généraliste, développement de maisons de santé pluri-professionnelles, de centres ou de pôles de santé… Si le mouvement est engagé, il est nécessaire de l'amplifier en inventant des dispositifs innovants. L'ARS sera aux côtés des professionnels de santé pour développer les initiatives en ce sens.

L'adaptation du premier recours porte également sur la nature de la prise en charge elle-même. Le rôle du médecin généraliste évolue, avec le concours des autres professionnels de santé, vers une prise en charge globale des usagers. Il demeure le pivot dans :
- l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (dépistage, diagnostic, traitement) ;
- le suivi du patient et la coordination de son parcours, y compris en articulation avec le secteur médico-social ;

- le relais des politiques de santé publique dont la prévention, l'éducation à la santé.

Le volet hospitalier du Sros est quant à lui fondé sur plusieurs engagements forts : le maintien des activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'accueil d'urgence là où elles existent, la graduation des soins dans les territoires et le renforcement de l'offre ;

- l'offre de proximité avec une articulation forte entre professionnels de ville et établissements de santé. Elle assurera un accès aux soins programmés ou non à proximité du domicile, en particulier pour les personnes âgées. Cette offre peut être différente selon les établissements : activité de médecine, activité d'accueil, d'orientation ou de prise en charge des urgences, activités de SSR, parfois d'USLD et d'Éhpad.

Les centres de recours territoriaux (infra-régionaux) s'appuieront sur des plateaux techniques structurés et efficients, permettant d'intégrer dans les meilleures conditions possibles l'activité programmée et non programmée, 24 heures sur 24. À leurs côtés, des centres intermédiaires publics ou privés proposeront des activités de chirurgie, de médecine, de gynécologie-obstétrique, d'urgences… au regard de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire et des besoins de la population. Ces établissements devront s'engager dans une dynamique de coopération active et d'adaptation avec les autres établissements de leur territoire. Pour les activités les plus fragiles de certains de ces établissements, des évaluations seront menées au cours de la période d'application du schéma.

Le CHU d'Amiens est positionné comme centre de recours régional, centre d'expertise et centre formateur des médecins. Au-delà de ses missions habituelles, le CHU a un rôle clé dans le renforcement des équipes médicales au travers d'un plan stratégique régional de recrutement élaboré et mis en œuvre avec les établissements de la région. Une attention particulière est portée à l'organisation de filières de soins spécialisés autour de l'accident vasculaire cérébral (AVC), du cancer, de l'insuffisance rénale chronique, de la périnatalité et de la gériatrie pour assurer une meilleure continuité dans le parcours de soins entre ville, hôpital, soins de suite et de réadaptation et hospitalisation à domicile.

La nouvelle organisation projetée s'appuie sur la recherche de complémentarité et de coordination au travers de la constitution des communautés hospitalières de territoires, de groupements de coopération sanitaire ou de toute autre forme de coopération renforcée, et de projets d'amélioration de la performance du système de santé via la télémédecine.

Zoom sur le schéma régional d'organisation médico-sociale

Le schéma régional d'organisation médico-sociale (Sroms) présente la politique de l'ARS en matière d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées. Structuré dans une approche par parcours de vie, il comprend des objectifs transversaux et des objectifs spécifiques à chacune de ces populations. Le Sroms a été élaboré en articulation avec les schémas départementaux d'organisation médico-sociale des trois conseils généraux de la région, au sein d'un comité de pilotage les réunissant.

Dans le champ médico-social, la volonté de l'ARS Picardie est de développer une offre plus diversifiée, moins institutionnelle, permettant aux personnes âgées et aux personnes handicapées d'exercer un libre choix de vie et de parcours de soins. Il s'agit de promouvoir le maintien en milieu de vie ordinaire quand cela est possible par le développement d'offres de service, d'améliorer la qualité des services rendus dans les établissements, de mieux accompagner les personnes âgées et les personnes handicapées ainsi que leurs familles. Outre une meilleure adéquation entre l'offre et le besoin, il convient de renforcer et de mieux organiser les dispositifs de répit au bénéfice des aidants.

La fluidité du parcours de soins entre structures sanitaires et dispositifs médico-sociaux apportée par une meilleure coordination est également une priorité afin de garantir, la continuité de la prise en charge, d'une part, et la prise en compte des spécificités de ces publics, d'autre part.

La recherche d'efficience s'appuiera sur la mise en place de coopérations et de mutualisations entre établissements et services. Ces dernières permettront une meilleure organisation de l'offre sur le territoire au bénéfice de la qualité de prise en charge. Les priorités spécifiques à l'enfance handicapée comprennent le dépistage et le diagnostic des handicaps, tant pour améliorer les délais de prise en charge que pour améliorer l'annonce du diagnostic. De même, en aval du diagnostic, des besoins non satisfaits à ce jour doivent être pris en compte pour éviter les risques de rupture dans les parcours de vie. Un accompagnement au plus près des adultes en situation de handicap apparaît également comme étant une forte priorité en travaillant plus spécifiquement sur la nécessité de prendre en compte le vieillissement de cette population.

Les personnes handicapées souffrant d'autisme ou de troubles envahissants du développement, de même que celles présentant un handicap psychique font l'objet d'une attention toute particulière.

Concernant les personnes âgées, il existe de nombreux modes d'accompagnement déjà développés dans la région. Une meilleure intégration des Éhpad au sein des filières gériatriques est une priorité ; elle est de nature à mieux prendre en compte, dans tout le parcours de soins de la personne âgée, ses spécificités. Pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, des dispositifs spécifiques, tant en termes de dépistage qu'en termes de prises en charge tout au long de l'évolution de la maladie, ont vocation à se déployer.

Par ailleurs, pour asseoir leur caractère opposable, certains objectifs d'ordre médico-social relatifs à des publics spécifiques (présentant des conduites addictives, en situation de précarité ou de vulnérabilité) ont été intégrés au Sroms bien que l'exposé complet de la politique de l'ARS soit porté dans des documents dédiés : le document de politique transversale relatif aux addictions et le Praps.

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) est la déclinaison concrète du Sroms. Il détaille les créations nettes de lits et places et les moyens supplémentaires ainsi que les créations par transformation. Il est actualisé annuellement au vu des ressources allouées à la région.

Retour sur l'avis de la CRSA

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie a rendu son avis dès la fin novembre. Elle a approuvé le projet régional de santé en y intégrant un certains nombre d'amendements.

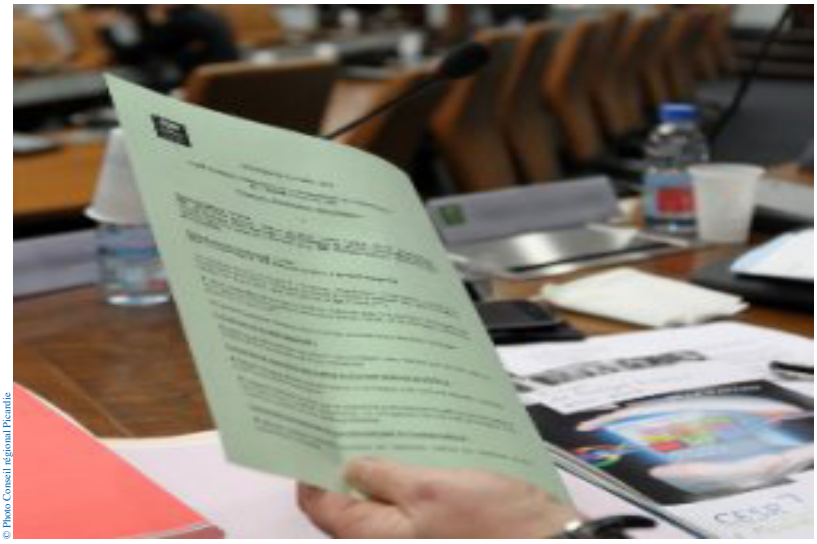
La CRSA insiste sur « la large concertation des acteurs réalisée tout au long de l'élaboration du PRS ». Cette démarche de concertation avec l'ensemble des acteurs a débuté dès le 19 octobre 2010 et a continué tout du long des étapes d'avancement des travaux. Les différentes versions du projet du PRS ont été présentées successivement aux différentes commissions spécialisées (soins, médico-social, prévention et droits des usagers) et à la commission permanente de la CRSA. La CRSA note d'ailleurs qu'une collaboration productive et constructive s'est progressivement construite entre la CRSA et l'ARS et que le projet final a bien repris l'ensemble des remarques proposées préalablement à la consultation.
Ainsi, cette démarche de concertation a non seulement permis à « la démocratie de santé de s'exercer pleinement » mais elle a également induit « un rapprochement des différents acteurs des différents champs de la santé que sont le soin, le médico-social et la prévention ».
« La densité et la qualité des documents soumis à la consultation » ont également été relevées par la CRSA. Dans le cadre de cette consultation, la CRSA a proposé différents amendements.

Tout d'abord, la commission spécialisée de la CRSA dans le domaine des droits des usagers a mentionné qu'elle souhaiterait s'investir pleinement dans la mise en œuvre et l'évaluation du PRS. Ceci permettrait d'amener une vision transversale aux différentes actions du PRS.
Ensuite, dans le cadre du schéma régional de prévention (SRP), la CRSA a insisté sur l'importance de travailler conjointement avec l'ensemble des acteurs concernés, sur les déterminants de santé (alcool, tabac, nutrition, sédentarité…) afin de réduire les inégalités sociales et territoriales présentes en Picardie et plus particulièrement dans le territoire de santé Aisne Nord - Haute Somme.
Concernant le schéma régional d'organisation médico-sociale (Sroms), la CRSA a apprécié particulièrement l'approche par parcours de vie et a précisé qu'il lui parait important de travailler sur « la fluidité de ce parcours notamment en facilitant les passages d'un dispositif à l'autre ». Cette fluidité pourra être favorisée notamment par l'intermédiaire de collaborations et de coopérations volontaires des structures. Elle a également insisté sur la nécessité d'élaborer un outil d'observation fiable afin d'évaluer les besoins et l'offre existante destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Ceci permettrait d'améliorer la lisibilité concernant l'évolution des créations de lits et de place formulées dans le Priac (pogramme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie). À ce titre, la CRSA a soulevé la question de l'écart financier notable entre le secteur personnes âgées et celui des personnes handicapées. Enfin, la CRSA a rappelé l'importance de la formation des aidants familiaux dans l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes.
Quant au volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (Sros), la CRSA s'est exprimée sur le fait qu'elle partage entièrement le diagnostic concernant le déficit de la démographie des professionnels de santé et qu'elle appuie particulièrement l'objectif de renforcer l'attractivité de la région. Dans le cadre de la détermination des zonages pluri-professionnels, la CRSA a proposé de les adapter au plus près des réalités des territoires.
La CRSA a mentionné que le volet hospitalier du Sros « cible les bonnes pistes compte tenu d'un contexte social et économique difficile au bénéfice des picards ». Elle a demandé néanmoins le maintien des unités de soins intensifs cardiologiques (Usic) dans les établissements de santé disposant d'un service de cardiologie. Elle a également formulé le souhait que le maintien d'un troisième site de réanimation sur le territoire de santé Aisne Sud soit soumis à une évaluation médicale d'ici 2015. Dans le territoire de santé Oise Ouest, la CRSA a proposé que la période d'évaluation des activités de chirurgie et d'obstétrique de l'hôpital de Clermont soit portée à un an, compte tenu de la dynamique de coopération nouvellement engagée entre cet établissement et le centre hospitalier de Beauvais. Concernant le territoire de santé Aisne Sud, la CRSA a souhaité rendre plus explicite le fait que l'offre de recours régional était située à Reims.
Pour le document de politique transversale addictions, la notion de parcours de soins et de santé a particulièrement été appréciée, ceci d'autant plus qu'elle s'articule étroitement avec la coordination des acteurs. La CRSA a néanmoins souhaité réaffirmer l'importance d'accompagner particulièrement les actions à destination des jeunes qu'ils soient en milieu scolaire ou non.
Concernant le document de politique transversale télésanté et le programme de télémédecine, la CRSA a exprimé la nécessité de favoriser la sensibilisation des professionnels de santé libéraux, qui perçoivent souvent les dispositifs de télésanté comme étant lourds à mettre en œuvre. Elle a souligné que le déploiement de ces dispositifs soulève régulièrement la question de leur financement.
Malgré ces freins, la CRSA a mentionné qu'il existe une forte attente de déploiement de ces dispositifs particulièrement dans les Éhpad (établissement d'hébergements des personnes âgées dépendantes).
S'agissant du Praps (programme régional d'accès à la prévention et aux soins), la CRSA a rappelé que certains dispositifs d'aide financière, telle que l'ACS (aide à la complémentarité santé), étaient encore trop peu connus et de ce fait a encouragé l'ARS a y travailler. Elle a rappelé qu'un accompagnement adapté dans le secteur médico-social passe nécessairement par la formation des professionnels ainsi que par une bonne articulation entre les secteurs social et médico-social. Une réflexion sur ses derniers points mériterait d'être menée.
Lors de la dernière assemblée plénière de la CRSA du 23 janvier 2013, l'ARS a informé ses membres que quasiment l'ensemble de ces propositions avaient été retenu.

Pour accéder à la totalité de l'avis de la CRSA, consultez l'adresse suivante : http://www.ars.picardie.sante.fr/Avis.99202.0.html

Les conseillers régionaux unanimes contre le PRS

Lors de sa session du 30 novembre 2012, le conseil régional en séance plénière, et à l'unanimité de ses membres présents ou représentés, a émis un avis défavorable sur le plan régional de santé (PRS) présenté par l'ARS et a demandé un *Plan Marshall* de la santé pour la région Picardie.



© Photo Conseil régional Picardie

L'ensemble des élus du conseil régional estime que le projet régional de santé poursuit une trajectoire de santé publique dont les résultats creuseront le différentiel de surmortalité de la Picardie avec les autres régions françaises. Il s'inscrit en effet dans la continuité des précédents, tant pour la concentration des équipements hospitaliers que pour la diminution de l'offre de soins dans certains territoires.
Si le conseil régional partage l'analyse de l'ARS sur la situation très préoccupante de la Picardie en matière de santé, dix-neuf points de ce document sont jugés inacceptables et, en contrepartie, dix-sept propositions constructives et réalistes sont formulées pour réduire les inégalités territoriales.

Dix-neuf points inacceptables

1. La stratégie proposée vise à réduire les dépenses en diminuant l'offre de soins, ce qui creusera encore le différentiel de surmortalité de la Picardie par rapport aux autres régions.

2. Le redécoupage des territoires de santé ne prend pas en compte la réalité des bassins de vie de Picardie.

3. La graduation des différents établissements hospitaliers masque une volonté d'en réduire le nombre avec des missions très floues dévolues aux « centres intermédiaires ».

4. Certaines propositions sont incohérentes car elles pénalisent la filière HAD (hospitalisation à domicile), la filière gériatrique, la chirurgie ambulatoire et elles suppriment un site en cancérologie alors que la Picardie a le deuxième taux de mortalité le plus fort de France.

5. La vision comptable et financière sous-jacente impose aux structures hospitalières d'être rentables sans prendre en compte la situation sanitaire et sociale des habitants des zones rurales et zones urbaines sensibles.

6. Outre le développement d'une offre de soins à deux vitesses, le projet impose une pression croissante sur les personnels médicaux et paramédicaux qui sont de surcroît peu nombreux dans les territoires picards au regard des besoins.

7. La graduation proposée pour les établissements hospitaliers ne permet pas d'améliorer leur situation. Ainsi ceux de niveaux infra régionaux (200 à 800 places) qui bénéficient d'une échelle de rendement positive sont pourtant ceux qui sont mis en cause.

8. Les objectifs fixés qui ne se réfèrent qu'au meilleur niveau des indicateurs en Picardie, et non au niveau de la moyenne nationale, ne permet pas à la Picardie de rattraper son retard.

9. Le PRS ne tient pas compte des coopérations hospitalières en cours en Picardie qui concourent pourtant à mieux structurer l'offre de soins sur le territoire.

10. La baisse constante depuis 2009 des moyens affectés à la prévention devrait se poursuivre avec une diminution des moyens fléchée à hauteur de -6%.

11. Alors qu'il manque 200 médecins généralistes en Picardie et que notre région est la dernière pour le nombre de spécialistes, la question de la démographie médicale n'est traitée que dans le volet ambulatoire du PRS (partie non opposable du projet).

12. Le programme Veille Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires (Vagusan) est insuffisant et devrait être optimisé, notamment en précisant mieux les missions de chaque acteur de santé et en renforçant la place des acteurs libéraux de premier recours.

13. Le maillage des territoires picards en matière d'offre de soins n'est pas suffisamment équilibré et devrait mieux prendre en compte toutes les composantes de l'offre (Maisons de santé pluridisciplinaires, télémédecine…).

14. Le schéma d'organisation médico-sociale est lui aussi insuffisant qu'il s'agisse du maintien à domicile des malades, de l'articulation entre les acteurs, de la formation des acteurs libéraux sur la question du handicap…

15. Le PRS manque globalement de lisibilité et de clarté, notamment du fait de l'hétérogénéité de ses différents volets, d'une insuffisance de données chiffrées et de référence à des indicateurs nationaux, d'une approche territoriale très limitée…

16. L'ensemble des actions de prévention possibles et, tout particulièrement, celles touchant aux pathologies liées à l'environnement, sont largement ignorées.

17. Le PRS dans son volet médico-social et santé mentale ne garantit pas suffisamment le droit à une place pour toutes les personnes en situation en handicap ou en besoin d'une prise en charge en santé mentale.

18. Le PRS ne renforce pas suffisamment le pôle universitaire du centre hospitalier régional d'Amiens.

19. Le PRS positionne les collectivités territoriales dans un rôle qui n'est pas le leur, hors de leurs compétences, dans le cadre des propositions faites d'amélioration de l'accès aux soins.

Un *Plan Marshall* pour la santé en région

Dix-sept propositions pour un projet qui permette à la Picardie de rattraper son retard

1. Le PRS doit être un véritable *plan Marshall* de santé publique pour la Picardie avec une stratégie ambitieuse, innovante et déterminée. L'objectif est de rattraper les différentiels d'espérance de vie et d'équipement de la région par rapport aux taux moyens nationaux. Cela implique un moratoire de 5 ans de toutes les autorisations et aucune fermeture de services et d'unités pendant la durée du Sros, mais au contraire un développement et une augmentation des capacités. En conséquence, tous les établissements intermédiaires doivent garder sur leur site une activité de plein exercice de médecine, chirurgie et obstétrique.

2. Le projet doit s'inscrire dans un « Plan hôpital Picardie 2013-2018 » avec une programmation claire des investissements hospitaliers nécessaires à la Picardie.

3. Le PRS ne doit pas traiter la santé comme une question économique dans une vision comptable des données, mais au contraire dans une vision prospective.

4. Le projet doit affirmer le rôle essentiel de l'hôpital public assurant la présence et la complémentarité de tous les acteurs de la santé sur tous les territoires.

5. Le projet doit afficher des indicateurs clairs d'amélioration des déterminants de santé et les moyens pour y parvenir avec l'objectif de promouvoir l'égalité d'accès aux soins.

6. Le projet doit développer des solutions innovantes de mutualisation des équipes hospitalières et de complémentarité avec des enveloppes financières (Migac) correspondant à ces expérimentations.

7. Le projet doit proposer un rééquilibrage entre les régions sur-dotées et la Picardie avec chiffres à l'appui.

8. Le projet doit s'inscrire en cohérence avec les actions menées depuis 15 ans en permettant aussi de remettre en cause les décisions qui ont produit l'inverse des effets escomptés.

9. Le projet doit assurer la présence et la complémentarité de tous les acteurs de santé sur les différents territoires de la Picardie.

10. Le projet doit réaffirmer les enjeux environnement santé et prendre en compte l'importance de l'origine environnementale dans l'apparition de maladies.

11. Le projet doit décliner de manière opérationnelle des mesures volontaristes en termes de prévention primaire des pathologies chroniques, portant sur trois axes principaux : l'alimentation, la qualité de l'air intérieur et extérieur et la prévention du risque chimique. Dans son volet prévention, il doit identifier des crédits en augmentation compte tenu des indicateurs de santé.

12. Le projet doit contribuer à faire évoluer les éléments législatifs actuels qui freinent le développement d'une santé publique égale pour tous.

13. Le projet doit donner à la région un rôle ne se limitant pas à des contributions financières. Il doit l'associer en tant que partenaire à part entière, notamment pour ce qui concerne les démarches d'évaluation du PRS.

14. Le projet doit inscrire les établissements de santé en tant qu'acteurs majeurs de l'aménagement du territoire.

15. Le projet doit garantir l'accès aux soins pour tous sans intervention des collectivités territoriales.

16. Le projet doit favoriser l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé avec mise en œuvre de conditions de formation innovantes, notamment pour les instituts de formations en soins infirmiers.

17. Le projet doit affirmer la vocation universitaire du CHU d'Amiens et afficher un plan ambitieux de développement de la fonction universitaire.

Les élus veulent ainsi montrer une volonté unanime de rompre avec la logique qui condamne les Picards à voir leur état de santé se dégrader. Ils ont également été unanimes pour demander qu'un plan permettant d'améliorer réellement l'état de santé des Picards soit présenté par l'ARS, à qui il est fortement recommandé la prise en compte des propositions faites par le conseil régional.

© Photo Conseil régional Picardie

L'avis du Préfet de région sur le PRS

La loi HPST demande que le Préfet de région soit consulté pour rendre un avis sur le projet régional de santé. Il souhaite un partenariat renforcé avec tous les services de l'État.

Les enjeux de santé sont extrêmement importants en Picardie. Les indicateurs sanitaires et sociaux y sont en effet particulièrement dégradés. Le taux de mortalité régionale illustre cette situation préoccupante. Il est en Picardie le deuxième le plus important au plan national et l'écart entre le taux régional et le taux national continue à augmenter.
Il y a donc en Picardie un besoin de réponses institutionnelles plus fort qu'ailleurs, alors que la région pâtit de la plus faible densité médicale de France métropolitaine.
C'est pour répondre à ces défis majeurs de santé publique que l'État a fait de l'amélioration des conditions de vie et du bien-être des Picards, l'une des priorités de son plan d'action stratégique 2011-2013.
Le projet régional de santé porte, pour sa part, une nouvelle ambition pour la santé des Picards, en définissant la politique que mettra en œuvre l'ARS dans les cinq ans à venir en matière de prévention, d'organisation de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale.
L'ensemble des services de l'État, dans un partenariat que je souhaite renforcé, devront faire porter leurs efforts sur les priorités suivantes :
- la prévention tout d'abord : des objectifs mesurables doivent être fixés, principalement en matière de réduction des écarts par rapport aux moyennes nationales ;
- la question, essentielle en Picardie, de l'offre de soins, ensuite ; en effet, il convient de créer les conditions favorables au déploiement des maisons de santé-pluri-professionnelles, en priorité sur les zones fragiles, sans pour autant que ne soient délaissées les zones non prioritaires ; le développement de la télésanté représente une autre réponse à la désertification médicale qu'il faut stopper ;
- enfin, sur l'organisation médico-sociale, renforcer l'autonomie des personnes, pour que celles qui en font le choix puissent rester dans leur milieu de vie ; les alternatives en structures d'accueil collectives, pour les personnes âgées, doivent être davantage mobilisées que par le passé ; et, pour les personnes handicapées, l'effort doit être accru pour permettre leur scolarisation en milieu ordinaire ainsi que leur insertion dans le monde du travail.

L'attractivité d'une région et sa capacité à se développer reposent aussi sur la qualité de vie quotidienne de ses habitants, sur leur santé, leur bien-être et leur autonomie. Les services de l'État, en concertation avec l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et social, mobiliseront donc l'ensemble des moyens permettant de mettre en place une politique de santé adaptée aux besoins de la population et de garantir une offre de santé de proximité et de qualité.

L'avis du conseil général de l'Oise sur le PRS

La commision permanente du conseil général de l'Oise a rendu un avis défavorable sur le PRS lors de la séance du 17 décembre 2012. Les points d'achoppement sont l'accès à la santé, la concertation avec les partenaires et la vision infra-régionale.

Le conseil général de l'Oise a été sollicité par le directeur général de l'ARS afin d'émettre un avis sur le PRS.
La commission permanente du département a émis à l'unanimité un avis défavorable sur le PRS se fondant sur différents motifs dont trois sont particulièrement importants et méritent d'être détaillés.
1- Sur la question de l'accès à la santé pour tous, si le PRS annonce plus de solidarité, de nombreuses questions subsistent quant à la réalité de l'amélioration de l'accès à la santé pour les Isariens.
Le PRS poursuit une logique, déjà engagée par l'ARS, de concentration et de diminution de l'accès aux soins de proximité. La fusion des établissements hospitaliers Noyon/Compiègne, la fermeture de la maternité de Noyon, ainsi que celle du bloc chirurgical la nuit et les week-ends illustrent cette logique. Cette stratégie de rationalisation budgétaire interroge pour l'hôpital de Clermont, par rapport au centre hospitalier de Beauvais.
2- Sur la question de la concertation avec les partenaires co-financeurs, au-delà du fait que cette concertation soit inscrite dans le PRS, il est nécessaire que cette dernière s'exerce concrètement avec l'ensemble des partenaires et particulièrement avec le département sur ses champs de compétence, tout particulièrement s'agissant de son rôle de chef de file de l'action sociale et médico-sociale. Au vu de ces éléments, le PRS doit davantage intégrer les préconisations des schémas départementaux.
3- Sur la question de la vision infra-territoriale, le PRS ne tient pas compte de la réalité infra-territoriale. Le redécoupage des territoires de santé, tel que proposé dans les différents documents constitutifs du PRS, ne permet pas un travail de diagnostic adapté au vu de la taille des territoires arrêtés, qui effacent les particularités et les inégalités de santé à résoudre.
Voici donc trois points que le département souhaitait mettre en avant et qui avaient déjà fait l'objet d'une alerte à l'ARS lors d'une décision de la commission permanente de janvier 2012 ayant déjà émis un avis défavorable sur le plan stratégique régional de santé.
Globalement, il semble important de dire que :
• le conseil général de l'Oise partage les éléments de diagnostic portés par le PRS, mais qu'il a une lecture plus fine du fait de l'existence de nos cinq territoires ;
• le conseil général de l'Oise regrette que l'ambition de créer des outils, programmes et schémas adaptés aux réalités du territoire ne soit pas plus marquée, que les leviers financiers mobilisés par la solidarité nationale ne soient pas identifiés et que le PRS donne peu de précisions sur la gouvernance et l'organisation des coopérations ou la définition d'objectifs concrets pour la part du budget à consacrer à la prévention ou à la réduction des inégalités infra-régionales et infra-départementales.

Appariement de l'enquête Handicap-santé avec les données de l'Assurance maladie

La complémentarité entre données des sources administratives et données d'enquêtes est un fort enjeu de la statistique publique actuelle. L'Insee revient sur la difficulté de l'appariement des données issues des enquêtes Handicap-Santé et les données de remboursement de l'Assurance maladie.

Les informations relevées par un dispositif d'enquête et celles provenant des fichiers administratifs ne sont pas récoltées de la même manière et n'ont dans la majeure partie des cas pas la même finalité. Celles-ci visent à enregistrer des faits objectivés alors que celles-là restent le plus souvent dans le domaine du déclaratif. Par leurs différences mêmes, ces deux sources de données sont éminemment complémentaires. L'enjeu de la statistique publique est de pouvoir appareiller entre elles les données individuelles. Pour cela, il est nécessaire que les données aient été enregistrées de manière nominative et qu'au moins un des champs soit commun au deux enregistrements. La modification de la loi Informatique et Libertés en 2004 a autorisé un tel traitement de données à partir de différentes sources, mais dans un cadre réglementaire strict.

C'est dans l'objectif d'amélioration de la connaissance et de complémentarité des sources administratives et d'enquête que l'Insee et la Dress ont décidé d'apparier les données de l'enquête Handicap-santé (2008, 2009) avec celles du remboursement de soins de l'Assurance maladie par le biais du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniir-Am). Cette source administrative compile l'ensemble des remboursements effectués par l'Assurance maladie, et par là, les soins de santé consommés par les personnes. L'enquête Handicap-santé est aussi appariée avec les fichiers d'état civil, afin de suivre la mortalité des enquêtés pendant quinze ans. La finalité de l'appariement a été utilisée pour un chiffrage des dépenses de santé des personnes âgées dépendantes, mais aussi pour valider les choix méthodologiques retenus pour redresser les données.

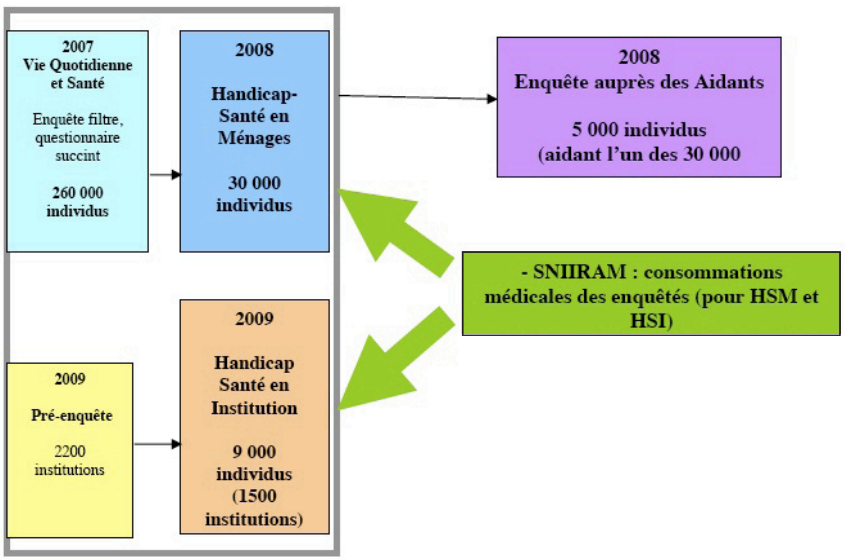
Les enjeux de l'appariement étaient de gagner 25 minutes de questionnaire sur le recours aux soins et d'alléger pour les répondants la charge de réponse. Ils sont aussi et surtout d'accroître la fiabilité des données en évitant, constante des enquêtes, le biais de mémoire, les questions mal comprises ou encore le biais de désirabilité qui fait répondre ce que l'on pense être la réponse attendue par l'enquêteur.

Concernant le biais de mémoire, d'après l'enquête Handicap-santé, 89 % des personnes déclarent avoir consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois, alors que à partir des fichiers du Sniir-Am, ce pourcentage passe à 83 % !

Toute personne étant inscrite au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) par un numéro d'inscription au répertoire (Nir), plus connu sous le nom de numéro de sécurité sociale, l'appariement s'est fait à partir de cette clé. Sur les 29 000 personnes enquêtées, 22 400 Nir ont pu être transmis par l'Insee à la Cnamts. Au final, un fichier de données apparié et représentatif comportant 20 700 personnes, soit un taux de réussite global de 70 % par rapport aux 29 000 enquêtés de départ, a pu être constitué. Selon l'enquête Handicap-santé appariée avec l'Assurance maladie, les personnes de 60 ans ou plus ont dépensé 1,33 milliard d'euros en 2008 en soins de masseurs-kinésithérapeutes, soit 101 € par personne. Pour les seules données de la Cnamts, la dépense totale s'élève à 102 € par personne, ce qui valide les choix méthodologiques liés au processus d'appariement. Les auteurs dressent une liste de sept recommandations, parmi lesquels ils soulignent le temps de construction du processus, soit une année au moins avant d'obtenir toutes les autorisations nécessaires. Cependant, cela ouvre une réel champ nouveau et fructueux d'investigation.

L'appariement handicap-santé et données de l'Assurance maladie, Alexis Montaut, Lucie Calvet, Gérard Bouvier, Lucie Gonzalez, *Document de travail, série sources et méthodes*, n°40, Drees, janvier 2013

Schéma du dispositif d'appariement des données



Stratégie anti-drogue

L'Union européenne met en œuvre une nouvelle stratégie drogue pour les années 2013-2020. Son objectif, d'ici 2020, est d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine, de stabilité sociale et de sécurité, grâce à la mise en œuvre cohérente, effective et efficace de mesures, d'interventions et d'approches visant à réduire la demande et l'offre de drogue sur le plan national, à l'échelle de l'Union et au niveau international, tout en limitant au maximum les conséquences négatives non souhaitées que ces mesures pourraient avoir.
Elle agit par subsidiarité avec les politiques nationales, qu'elle complète et soutient. Elle encadre les actions concertées et communes et constitue la base et le cadre politique de la coopération extérieure de l'Union dans ce domaine.
Elle intègre également de nouveaux défis : la poly-toxicomanie, la diffusion rapide de nouvelles substances psychoactives, la consommation abusive de médicaments contrôlés délivrés sur ordonnance, l'utilisation d'Internet dans le développement du marché de la drogue, le détournement de précurseurs utilisés pour la fabrication illicite de drogues, les disparités entre États membres et à l'intérieur de ceux-ci en termes de qualité, d'accessibilité et de portée des actions de réduction de la demande de drogue et, enfin, l'incidence élevée des hépatites et du VIH.
Deux plans d'action se succéderont - 2013-2016 et 2017-2020, avec une évaluation en 2016.

Soins transfrontaliers

La Commission européenne a adopté fin décembre des dispositions concernant une liste minimale d'éléments à faire figurer dans les prescriptions médicales de patients qui se rendent dans un autre État membre de l'Union. Ces dispositions visent à harmoniser la manière d'identifier le patient, le prescripteur et le produit prescrit et doivent être transposées dans le droit interne des États membres pour le 25 octobre 2013.
Pour la Commission, les patients et les autorités sanitaires en seront les bénéficiaires, dans la mesure où les retards, les interruptions de traitement et les surcoûts pourront être évités.
Selon les estimations, 2,3 millions de prescriptions par an sont concernées, soit entre 0,02 % et 0,04 % de l'ensemble des prescriptions délivrées dans l'Union. Pourtant, la diversité des prescriptions dans l'Union est telle que leur reconnaissance dans un autre État membre poserait, selon ces mêmes estimations, des problèmes à plus de la moitié des patients.

Accessibilité

L'Eurobaromètre sur l'accessibilité paru début décembre 2012 a permis d'identifier et d'analyser les problèmes d'accessibilité rencontrés par les citoyens handicapés au sein de l'Union européenne. Elle couvre les trois domaines suivants : le profil des personnes handicapées et les difficultés qu'elles rencontrent en matière d'accessibilité (transport/bâtiments/technologies de la communication/élections/sites internet), la perception des améliorations dans le domaine de l'accessibilité des biens et des services et les bénéfices issus de la suppression des entraves ainsi que les moyens d'améliorer et de garantir l'accessibilité.

Conciliation vie privée, vie professionnelle

L'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a voté à l'unanimité de ses membres (63) une résolution demandant aux États membres la mise en place d'une série de mesures basées sur la co-responsabilité telles qu' un régime de congé parental permettant aux parents de s'occuper des enfants sur un pied d'égalité, ou une législation du travail qui permette des formes d'organisation plus souples et qui ne porte pas atteinte aux progressions de carrière.
La résolution était basée sur un rapport de Carmen Quintanilla (Espagne, PPE/DC).

La tête et les jambes, voici le Hopscoth

Des chercheurs du *Fraunhofer Institute* (Allemagne) ont développé un système d'apprentissage interactif dont l'intérêt est aussi d'encourager l'activité physique. Le *Hopscoth* consiste en un tapis divisé en neuf cases où sont inscrits des chiffres, relié à un moniteur. Sur le moniteur s'inscrivent des tâches à accomplir, que l'utilisateur réalise en pressant du pied, ou en sautant, dans le bon ordre les neuf cases sensitives du tapis. Un compteur donne en temps réel la dépense physique associée aux mouvement sur le tapis. Les utilisateurs le développent pour l'école, les milieux de soins pour personnes en surpoids, pour les jeunes comme pour les adultes. Une application moderne de la maxime de Montaigne : « *Mon esprit ne va que si les jambes l'agitent*. » CQFD

Pauvreté et exclusion sociale

La Commission a organisé la deuxième convention annuelle de la plateforme européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale, du 5 au 7 décembre 2012 à Bruxelles. Lancée en 2010, cette plateforme mène des actions destinées à réaliser l'objectif de l'Union consistant à réduire le nombre de personnes menacées par la pauvreté ou l'exclusion sociale d'au moins 20 millions à l'horizon 2020.
La convention a relevé qu'un investissement dans la prévention de la santé diminuerait les coûts de soins sur le long terme. Elle a insisté sur la nécessité d'une approche genrée de la pauvreté en agissant sur l'égalité entre les hommes et les femmes.
Enfin, la convention a lancé un large appel à des manifestations de soutien en faveur d'une coalition entre les États membres, les domaines politiques, les niveaux de gouvernement, les institutions et les acteurs de la société civile pour une Europe plus sociale d'ici 2020.

Sport et santé : l'initiative européenne

En décembre s'est achèvé le semestre de présidence chypriote du Conseil de l'Union européenne. Au-delà de quatre priorités d'action, et devant les ravages de la sédentarité, le Conseil de l'Europe préconise la création d'une Semaine européenne du sport.

Le Conseil européen réuni les 26 et 27 novembre 2012 a pris des décisions concernant le sport et l'activité physique, vu notamment sur l'angle de l'activité physique ayant des aspects bénéfiques pour la santé (*health-enhancing physical activities*, HEPA). La Présidence chypriote a en effet mis la promotion du sport et de l'activité physique pour tous au rang de ses priorités d'action. Il s'agit, par exemple, de rédiger des préconisations pour développer l'activité physique au sein des clubs sportifs locaux. L'activité physique ne se confond donc pas avec la compétition sportive, qui est souvent au cœur des organisations sportives. Les conclusions de groupe d'experts sur le sport, la santé et la participation, établies lors du Plan de travail européen sur le sport (2011-2014), invitent en effet la Commission à prendre des recommandations dans le champ d'activités couvert par l'HEPA.

De son côté, l'Organisation, mondiale de la santé (OMS) a identifié une activité physique insuffisante comme le quatrième facteur de risque de maladies et de mortalité prématurée, causant un millier de décès par an dans la région européenne. L'Eurobaromètre sur le sport et l'activité physique (2010) montre que 60 % des citoyens européens déclarent aucune activité physique.

La Conseil de l'Union européenne et la Présidence chypriote ont ainsi lancé un débat public sur le thème *Du sport virtuel au sport réel : du canapé à la pratique de terrain*. Ce débat doit servir de base de travail à la création dès 2013 d'une Semaine européenne du sport, comme moyen de promouvoir le sport et l'activité physique, des plus jeunes jusqu'aux jeunes adultes. Le défi est d'amener l'ensemble de la population à pratiquer, et de manière durable, un sport ou une activité physique. Instaurer une semaine consacrée au sport pourrait réactiver les efforts consentis par les États membres pour faire participer les citoyens, en particulier les jeunes, à des activités sportives et physiques, et les sensibiliser davantage à cet égard.

Un deuxième défi, qui revêt un intérêt particulier, est celui de la coopération entre les parties prenantes en matière d'activités physiques bienfaisantes pour la santé. Si de nombreux acteurs clés dans le domaine du sport et de l'activité physique mènent des actions importantes, le Conseil souhaite une plus forte coopération et une plus grande concertation afin de favoriser l'adoption de stratégies et de mesures coordonnées et intégrées en matière d'activités physiques bienfaisantes pour la santé.

Au-delà des bienfaits pour la santé, il s'agit pour le Conseil de l'Union européenne de célébrer le sport et la contribution qu'il peut apporter à la construction d'une société meilleure, tant sur le plan économique que sur le plan social.

Cette initiative pourrait ainsi viser à coordonner les manifestations transnationales existantes en matière d'activité physique bienfaisante pour la santé, telles que la *MOVE Week* de l'Association internationale pour le sport et la culture (Isca), la journée mondiale du Challenge de l'Association pour le sport pour tous (Tafisa) ainsi que les manifestations dédiées au sport et à l'activité physique et les meilleures pratiques en la matière mises en places aux niveaux national, régional et local.

Autre évènement important de l'automne 2012, la tenue à Nicosie (Chypre) du 4e Forum européen du sport s'est ouverte le 19 septembre à Nicosie. En parallèle aux débats, ce Forum a été l'occasion pour les ministres des sports des États membres d'avoir une réunion informelle. Ils se sont ainsi penchés sur la promotion de l'activité physique et du vieillissement actif, l'année 2012 ayant été déclarée *Année européenne du vieillissement actif*.

Il n'est cependant pas sûr que l'Année européenne ait atteint tous ses objectifs. Neuf régions françaises sur les vingt-quatre que compte la France du territoire européen y ont participé. Mises à part celles Nord - Pas-de-Calais, la Bretagne et l'Île-de-France, elle se situent toutes dans le sud de la France. L'activité physique est loin de se tailler la meilleure part puisque les actions visant à sa promotion et à son développement sont restées très minoritaires.

Semaine européenne du sport
Questions pour 27 champions

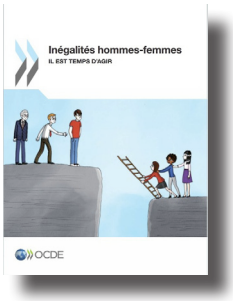
Les ministres des États membres ont été invités par la Présidence chypriote de l'Union européenne à mener une réflexion sur les questions suivantes :

1. Quels sont les principaux défis que pose l'instauration d'une Semaine européenne annuelle du sport ? Comment cette initiative pourrait-elle contribuer à promouvoir l'activité physique bienfaisante pour la santé ?

2. Comment les pouvoirs publics et les intervenants du monde sportif peuvent-ils coopérer plus efficacement afin de faire de cette semaine européenne du sport une réalité ?

3. Quelles mesures peuvent être prises, au niveau européen et au niveau national, pour que les gens, en particulier les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, passent de ces sports virtuels à la pratique d'un sport ?

L'égalité hommes-femmes. Il est temps d'agir
OCDE, janvier 2013



Ce rapport de l'Organisation de coopération et de développement économique s'attache à retracer la place des femmes dans l'économie mondiale. Il met en exergue la nécessité de parvenir à une réelle égalité entre les hommes et les femmes, dans une perspective de « croissance forte et durable».

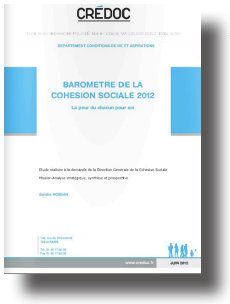
Écrit dans la lignée de la politique de l'OCDE Initiative pour la parité, ce rapport a pour but d'informer, de mettre en commun expériences et bonnes pratiques et d'aider les gouvernements à promouvoir l'égalité entre les sexes dans trois domaines d'activité : l'éducation, l'emploi et l'entrepreneuriat. Il recommande aussi aux pouvoirs publics des mesures capables d'instaurer une plus grande égalité et équité.

Pour les auteurs du rapport, «les inégalités entre les sexes signifient non seulement renoncer à l'importante contribution que les femmes peuvent apporter à l'économie, mais aussi perdre le bénéfice d'années d'investissement dans l'éducation des filles et des jeunes femmes».

Le passage des études au travail rémunéré reste un passage délicat et crucial et, selon l'OCDE, « qui détermine en grande partie les inégalités rencontrées par les femmes tout au long de leur vie active. (...) Il leur est souvent difficile d'accéder à un premier emploi, leur rémunération est inférieure et elles sont davantage susceptibles de travailler à temps partiel ». Le partage des temps est aussi une dimension qui incite les femmes à ne pas travailler à plein temps (mode de garde, tâches de la vie quotidienne qui reposent le plus souvent sur les femmes, quel que soit le pays).

L'OCDE met en évidence que les femmes gagnent en moyenne 16 % de moins que les hommes et jusqu'à 21 %. Ce « plafond de verre » montre que les femmes sont aussi défavorisées en ce qui concerne l'exercice des responsabilités décisionnelles et l'accès aux hautes fonctions de directions.

Selon l'OCDE, il revient aux États mais aussi aux entreprises à promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes et, pour les entreprises, à réfléchir à leurs culture et pratiques. L'OCDE recommande aussi d'accroître le volume et la qualité des données sexuées et d'améliorer l'évaluation des politiques publiques.

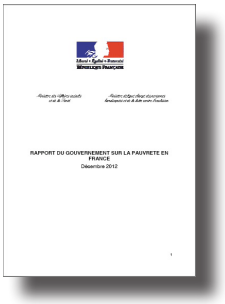


Baromètre de la cohésion sociale
Crédoc, juin 2012

À la demande de la direction générale de la cohésion sociale, le Crédoc a introduit dans son enquête permanente en population sur les conditions de vie et les aspirations de la population quelques indicateurs tentant de mesurer la cohésion sociale en France. Un premier rapport avait été publié en 2011, il s'agit ici de la deuxième vague de cette étude qui a cherché à connaître la perception de la cohésion sociale par la population, les acteurs les plus à même d'améliorer la cohésion sociale et, en particulier, les attentes vis-à-vis des pouvoirs publics.

L'auteur du rapport indique que la cohésion sociale évoque des relations empreintes de respect, qui reposent beaucoup sur l'attitude de chacun. Cependant, près de huit personnes sur dix déplorent que la société ne soit pas unie. Si les individus se sentent responsables et acteurs de la cohésion sociale, ils pensent aussi que les comportements individuels peuvent nuire à la cohésion sociale. L'individualisme est pointé par un tiers des répondants comme la première menace du «vivre ensemble», ravivé par la crise actuelle. L'auteur met en avant plusieurs indicateurs qui témoignent de la dégradation du lien social par rapport à l'édition de 2011 : les réceptions entre amis ont baissé, la participation associative diminue, la confiance envers autrui se dégrade, de même que, dans un autre domaine, l'inquiétude face à la perte du pouvoir d'achat ou l'augmentation du chômage.

Ainsi, d'après de baromètre, les personnes attendent une action des pouvoirs publics dans le champ de l'emploi, du logement et de l'éducation.



Rapport du gouvernement sur la pauvreté en France
Ministère des Affaires sociales et de la Santé, ministère délégué chargé des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, décembre 2012

Dans ce rapport ministériel qui se base sur les données de 2010 et 2011, 8,6 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté, (soit 14 % de la population métropolitaine). La pauvreté a changé de visage et concerne désormais des ménages qui en étaient jusque-là préservés. Il s'agit d'une mère élevant seule ses enfants, d'un couple quinquagénaire sans travail, d'un étranger qui attend la normalisation de sa situation de résidence, ou d'un habitant d'une zone urbaine sensible.

Les revenus des personnes pauvres sont inférieurs à 964 euros et, pour la moitié d'entre elles, à 781 euros, soit en extrême pauvreté. Pour mémoire, les auteurs rappellent que le taux de pauvreté monétaire touchait 17 % de la population en 1970. En 2010, les inégalités se sont creusées, éloignant davantage encore dans l'échelle des revenus disponibles, les 10 % des Français les plus modestes, des 10 % des Français les plus aisés. Pour la première fois depuis 2004, en effet, le niveau de vie médian a diminué.

Autre élément important, le non-recours aux prestations sociales. En 2010, les Français les plus modestes ne recourent pas suffisamment aux dispositifs auxquels ils ont droit. Ce phénomène se traduit par une intensification des situations d'exclusion. Le taux de non-recours est compris entre 10 % et 24 % en 2011 pour la CMUC et entre 53 % et 67 % pour l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Il serait en revanche très faible pour la prime pour l'emploi dont le versement est automatisé.

Si le travail protège de la pauvreté, le phénomène de travailleurs pauvres s'installe durablement. En 2010, 6,2 % des travailleurs vivent sous le seuil de pauvreté.

Enfin, pour de plus en plus de jeunes adultes et d'enfants, c'est ne connaissent que la pauvreté qui conditionne leur quotidien et qui grève leur avenir. Deux nouveaux pauvres sur trois entre 2009 et 2010 sont des enfants de moins de 18 ans, et annuellement plus de 130 000 jeunes adultes de moins de 25 ans sortent du système scolaire sans aucune qualification.

Les indicateurs de cohésion sociale

La *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie publie son premier numéro dédié aux indicateurs de cohésion sociale, fruit d'un partenariat entre la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et de l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S).

Les indicateurs de cohésion sociale, nouvelle publication réalisée sous l'égide de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie, s'inscrit dans la continuité du *Croisement d'informations régionalisées* (Cir). Ce document, élaboré à la demande de la DRJSCS par l'OR2S, a pour objectif de décrire la situation sociale de la région. Composé d'une soixantaine de pages, il présente deux-cent-trente indicateurs aux niveaux départemental, régional et national, avec les minima et maxima pour l'ensemble des départements français. Outre les seize tableaux intégrant les indicateurs pour les différents niveaux géographiques mentionnés, quarante-quatre cartes en illustrent certains au niveau de l'arrondissement, montrant ainsi les spécificités infrarégionales en termes de caractéristiques sociales. Il dresse une photographie sociale de la région à travers huit grandes thématiques :

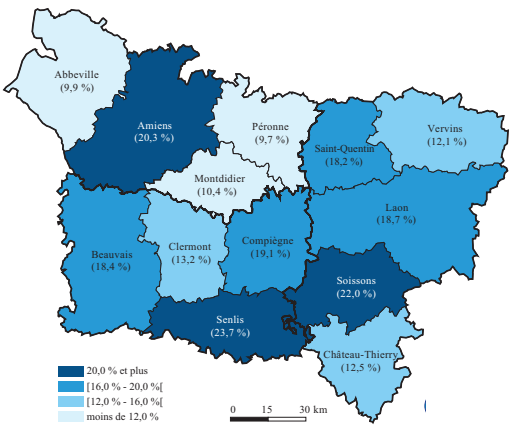
- démographie ;
- emploi, fragilité professionnelle et revenu ;
- éducation et scolarité ;
- prestations de nature sociale ;
- logement ;
- personnes handicapées ;
- enfance et familles ;
- personnes âgées.

Outre les tableaux et les cartes, chaque thématique est enrichie d'un texte explicitant la situation régionale et les spécificités infrarégionales. La carte ci-dessous illustre le chapitre logement et souligne les écarts parfois importants existant d'un arrondissement à l'autre.

Afin de disposer de l'ensemble de l'information déclinable à un niveau géographique plus fin, des « huit-page » complètent ce document pour chacun des treize arrondissements de la région. Tous ces documents sont téléchargeables sur le site internet de la *Plateforme* (www.pf2s.fr).

Globalement, la situation sociale de la région est fortement contrastée. Certains arrondissements picards présentent des indicateurs préoccupants en regard de ceux de la France hexagonale, notamment dans la partie nord de l'Aisne. À l'inverse, d'autres arrondissements connaissent une situation plus favorable que le niveau national, notamment au sud de l'Oise. Ces constats soulignent à nouveau le besoin d'une vision fine, permettant d'identifier des zones plus « fragiles » et de déterminer les priorités en termes d'actions dans le cadre de la politique régionale. La comparaison avec la situation des départements extrêmes de la France permet aux décideurs de ce niveau géographique de disposer d'une autre information, également essentielle pour adapter les moyens aux besoins. Les fiches par arrondissement quant à elles offrent aux acteurs locaux une vision des forces et des faiblesses de leur territoire, leur permettant d'adapter les actions aux problématiques rencontrées.

Logements sociaux en 2011



Sources : RLPS 2011, Insee RP 2009

Les contributeurs

Les données permettant d'alimenter ce document sont issues de producteurs de données, signataires pour la plupart de la Charte de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie.

Caisse d'allocations familiales (Caf), pôle régional mutualisé Picardie-Ardennes
Caisses primaires d'assurance maladie (Cpam)
Caisse d'assurance retraite de la de santé au travail (Carsat) Nord-Picardie
Conseil général de l'Aisne
Conseil général de l'Oise
Conseil général de la Somme
Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal)
Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte)
Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS)
Direction générale des impôts (DGI)
Insee
Mutualité sociale agricole (MSA)
Rectorat de l'académie d'Amiens
Régime social des indépendants (RSI)

3-4 avril 2013, Rennes

Colloque «De l'hygiène publique au génie sanitaire et à la santé environnementale : et demain ?»

Organisé par l'EHESP

Contact : veronique.zastawny@ehesp.fr

4-5 avril 2013, Bordeaux

13e Congrès national des ORS. L'observation santé, social, médico-social. Nouveau périmètre, nouveaux enjeux.
Organisé par l'ORS Aquitaine et la Fnors

Contact : www.congres-ors.com

11-12 avril 2013, Paris

Les ASV et les politiques territorialisées de santé : particularités et perspectives»

Organisée par la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville, au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).

Inscriptions : http://www.plateforme-asv.org/journee-nationale/

23-24 mai 2013, Amiens

Colloque Construction et usages des indicateurs : pauvreté, richesse, inégalités, bien-être, performance.
Organisé par l'université de Picardie Jules Verne

Contact : remy.caveng@u-picardie.fr, claude.thiaudiere@sfr.fr, florence.gallemand@u-picardie.fr

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-actualit%C3%A9/appel-a-communication.html

20 juin, Paris

International Symposium Nutrition and Cancer: Hot topics from biology to public health issues
Organisée par INCa.

Programme : http://www.e-cancer.fr/agenda/details/1098

30 juin-5 juillet 2013, Besançon

10e Université d'été francophone en Santé publique
Organisée par Agence régionale de santé de Franche-Comté, faculté de médecine et de pharmacie de Besançon.

Programme : http://www.ars.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/MiniSiteUniversites/1_UnivEteBesancon/docs/2013_1ere_annonce.pdf

Madeleine Ngombet-Bitoo,
Vice-présidente de la région Poitou-Charentes
Présidente de la Commission santé de l'Association des régions de France (ARF)

Les projets régionaux de santé vus par les conseils régionaux

La demande de soins en France est en constante augmentation en raison du vieillissement de la population et de la prévalence croissante des pathologies chroniques nécessitant une prise en charge quotidienne et par différents professionnels. Dans toutes les enquêtes d'opinion, nos concitoyens disent à la fois leur attachement au service public de santé et le sentiment croissant de dégradation des conditions d'accès à ces services. Ce sentiment heurte de plein fouet la dimension égalitaire attachée à la notion de service public (égalité d'accès géographique et sociale). En effet, la santé renvoie à une problématique plus générale d'accès aux services publics et d'aménagement des territoires. En ce sens, elle interpelle les élus régionaux. Cette question se pose avec une acuité toute particulière dans les espaces ruraux et dans certains quartiers urbains en situation de désertification médicale, paramédicale et odontologique.

Car les attentes des acteurs de la santé évoluent. Ils/elles revendiquent légitimement une meilleure conciliation vie professionnelle / vie personnelle. Ils aspirent à un exercice de la médecine moins isolé et davantage coordonné. Enfin, ils veulent travailler dans un univers où les nouvelles technologies sont intégrées à leur exercice.

Les représentants des citoyens/usagers, autres acteurs de la santé, ont eux aussi changé. Ils veulent être associés au pilotage du système de santé, afin d'apporter plus de légitimité aux décisions prises. L'avenir de la santé dépend aujourd'hui de la mise en œuvre d'une réelle démocratie sanitaire.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) devait faire évoluer le système de santé au vu des changements et attentes évoqués ci-dessus. Elle affichait une ambition réformatrice que devait notamment incarner le projet régional de santé dans chaque ARS. Mais force est de constater que les défis sont loin d'avoir été relevés et que la démocratie sanitaire est encore à instaurer. Ainsi que l'analysait Frédéric Pierru, sociologue, « la loi HPST est une loi paradoxale au sens où, bien qu'elle soit axée sur le territoire, elle amorce en réalité un recul de la territorialisation de la politique de la santé, un recul dans l'adaptation aux spécificités locales », et Joëlle Barat, vice-présidente du conseil régional de Champagne-Ardenne, de poursuivre : «le territoire est devenu un mot totem qui contraste avec la territorialité limitée de la production des politiques de santé… ». Autrement dit, au sein des ARS, la gouvernance n'a pas changé, les politiques restent définies nationalement au lieu de partir des contingences locales. Quant aux élus locaux, s'ils sont présents dans différentes instances des ARS, ces instances n'ont qu'un rôle purement consultatif. Et en ce qui concerne les établissements publics de santé, la Région n'est désormais présente que dans les conseils de surveillance des établissements de ressort régional et interrégional. Cette régression apparaît en complet décalage avec la nécessité de renforcer la territorialisation des politiques de santé.

L'élaboration du PRS illustre également une démarche à contre-courant des attentes en termes de démocratie sanitaire et des satisfécits exprimés par les ARS elles-mêmes. L'exemple picto-charentais est à cet égard éloquent.

L'ensemble des participants aux différentes instances (commissions spécialisées de la CRSA, commissions de coordination des politiques publiques de santé, conférences de territoire) s'accordent sur le caractère « précipité » de l'élaboration du PRS finalisé en juin 2011.

En quelques mois, au pas de charge, trente-deux rencontres au titre de la CRSA avaient été programmées et cinq pour les commissions de coordination des politiques publiques de santé, auxquelles s'étaient ajoutés les conférences de territoire, le conseil de surveillance de l'ARS et des groupes de travail pour l'élaboration des schémas. Un rythme intenable pour les représentants des usagers et les élus locaux. Sans compter la lourdeur de documents parfois indigestes ! Par ailleurs, l'ordre du jour chargé de chaque rencontre ne laissait que peu de temps aux membres des instances pour discuter de manière approfondie. L'ARS a poursuivi malgré tout ce rythme effréné. On peut donc s'interroger sur la réalité de la concertation mise en œuvre.

Cette démarche n'est pas acceptable pour un projet qui engageait pendant cinq ans l'avenir de l'accès à la santé pour les habitants de Poitou-Charentes.

Cet exercice répété avec les mêmes écueils dans les autres régions a souvent débouché sur des avis négatifs ou réservés des conseils régionaux. Mais cela n'a pas empêché à terme l'adoption de tous les PRS.

Nous, élu(e)s régionaux, devrions légitimement pouvoir nous faire entendre tant nous intervenons dans le champ de la santé pour répondre aux besoins des habitants face à un désengagement de l'État (*cf.* cas de la fermeture de services dans les hôpitaux locaux, luttes contre les déserts médicaux, aide à l'acquisition de mutuelles complémentaires pour les étudiants, financements d'équipements dans les hôpitaux…).

Puisse la préparation de la nouvelle génération de PRS ne pas renouveler les mêmes erreurs et en finir avec cette démocratie sanitaire en trompe l'œil.

Plateforme SANITAIRE&SOCIALE

Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3 rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1
Tél : 03 22 82 77 24, mél : info@or2s.fr site : www.or2s.fr
Mél : plateforme@or2s.fr

Directeur de publication : Dr Joseph Casile (or2s)
Comité de rédaction : Anna Boulinguez (carsat nord-picardie), Danièle Bourgery (conseil régional de Picardie), Lætitia Cecchini (gestion du risque assurance maladie), Yassine Chaïb (drjscs), Rémy Caveng (université de picardie), Bruno Goethals (carsat nord-picardie), Christine Jaafari (drjscs), Éric Moreau (conseil général de l'oise), Marie-Véronique Labasque (creai), Michel Liénard (msa), Philippe Lorenzo (or2s), Anne-Marie Poulain (conseil général de la Somme), Aline Osman-Rogelet (or2s), Yvonne Pérot (insee), Gaëlle Raboyeau (ars), Claude Thiaudière (université de picardie), Alain Trugeon (or2s).
Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo
n° ISSN : 1962-283X
© OR2S décembre 2012