

# Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°24

juillet 2014

## SOMMAIRE

### Édito

#### On en a parlé

Journée régionale santé-justice 2014 2

#### Actualité

• La loi de santé 3

#### Brèves

#### Entretien

• Les alternatives à l'emprisonnement. Entretien avec Juliette Soissons, Curapp-ESS, UMR 7319 CNRS-UPJV 4

#### Initiative

• Handi-Pacte Picardie 5

#### Focus : la santé en milieu pénitentiaire

• Forum santé de Laon 8  
• État de santé des personnes détenues 9  
• Aprémis 10  
• Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale : rapport-avis du Ceser 11  
• Rencontres santé-justice 12  
• Trente-deux recommandations pour l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire 13  
• Doc 14

#### Données nationales

• L'Open data 15

#### Brev'd'Europe

#### Europe

• ENVI 16

#### Doc

• « Zéro sans solution » pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap 17

#### Agenda

Six établissements pénitentiaires sont implantés en Picardie : les maisons d'arrêt d'Amiens, Beauvais, et Compiègne et les centres pénitentiaires de Château-Thierry, Laon et Liancourt. Au 1<sup>er</sup> juillet 2014, 1 989 personnes détenues y sont incarcérées.

L'agence régionale de santé de Picardie et la direction interrégionale des services pénitentiaires du Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Haute-Normandie, définissent les orientations régionales de politique de prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Le partenariat Santé-Justice en Picardie remonte à la fin des années quatre-vingt-dix. Il s'est tout d'abord construit à partir d'une enquête de la Drass en 1998 sur les unités sanitaires des six établissements pénitentiaires afin de déterminer les priorités régionales de santé et mettre en place un projet pilote d'actions d'éducation pour la santé.

De façon concomitante se sont constitués des groupes de travail pluridisciplinaires santé-justice sur des thématiques comme la psychiatrie, l'accès aux droits, l'éducation pour la santé, le compte rendu d'activités et les soins. Ces groupes se sont enrichis d'actions plus récentes comme la prévention du suicide ou la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Ces groupes de travail ont été accompagnés de formations des personnels pluri-institutionnels suite à un appel à projets communs des ministères de la Santé et de la Justice.

Une commission Santé-Justice a également été instaurée au niveau régional en 2010.

Le programme régional de santé publique (PRSP) 2005-2009, s'inspirant du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, a eu pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins et la prévention.

Les 10 ans de partenariat Santé-Justice en Picardie ont été l'occasion d'élaborer et de mettre en place une première journée/recontre en juin 2009. Depuis, tous les ans se tiennent des rencontres Santé-Justice autour d'interventions et d'ateliers sur divers thèmes, comme ceux de la dangerosité psychiatrique, des addictions, des violences, de la prévention de la récidive, des mineurs. Ces rencontres sont l'occasion de faciliter les échanges, de croiser les pratiques, de partager les expériences autour de problématiques communes. L'objectif étant le développement d'une culture partagée. Nous devons en effet avoir une logique de dialogue solidaire car notre préoccupation est commune : faire en sorte que la personne détenue retrouve « l'estime de soi ».

2013 et 2014 sont mises à profit afin de procéder à un travail de renouvellement des protocoles entre les établissements pénitentiaires et les centres hospitaliers qui leurs sont rattachés, conformément au nouveau guide méthodologique. Une convention cadre avec les Cnam est également en projet.

Nous avons à progresser ensemble afin de ne pas nous enfermer dans des logiques de repli. La tâche de tous ceux qui travaillent en prison est sans doute l'une des plus difficiles, mais la prison ne pourra continuer à changer que si la société porte sur elle un regard à la fois apaisé, serein et exigeant.

**Alain Jégo**

Directeur interrégional  
des services pénitentiaires

# Journée régionale santé-justice 2014

Les 6<sup>es</sup> journées santé-justice ont porté sur la thématique des mineurs et jeunes adultes en difficulté. Le travail en six ateliers a abouti à la formulation de trente-neuf recommandations.



Ce colloque ouvert par Christian Dubosq, directeur général de l'ARS de Picardie aux côtés des directeurs de la direction interrégionale des services pénitentiaires (Disp) de Lille, de la direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse (DTPJJ), du premier président et du procureur général de la cour d'appel d'Amiens a rassemblé cent-quatre-vingt personnes, professionnels des mondes de la santé, de la justice, de l'éducation et du social.

René Faure, médecin inspecteur de santé publique à l'ARS et François-Emmanuel Raverdy, référent santé à la Disp ont débuté la rencontre en présentant d'une double voix la synthèse et les suites données aux recommandations émises lors des ateliers des cinq journées précédentes qui se sont déroulées de 2009 à 2013. Dans une deuxième partie, les interventions d'Anne Devreese, directrice la SPReNe (Société de protection et de réinsertion du Nord) et de Marc Dollé, psychologue scolaire, ont permis d'éclairer les dispositifs de prise en charge des jeunes en difficulté et de débattre des questions de cohérence, de continuité des parcours et des partenariats à initier ou à renforcer.

Parmi les temps forts de cette rencontre, l'intervention d'Olivier Boillat, juge au tribunal des mineurs de Genève, a permis aux participants de mieux appréhender la prise en charge des jeunes en Suisse.

Sur la base d'expériences de terrain, six ateliers thématiques (addictions, sexualité, santé mentale, violences, hospitalisation, prise en charge socio-éducative) ont autorisé une participation interactive des participants. Comme pour les années précédentes, des recommandations pour améliorer la prise en charge des jeunes et le partenariat santé-justice ont été travaillées dans chaque atelier et restituées en plénière.

Le colloque a été clôturé par Alain de Broca, neuropédiatre, philosophe et directeur de l'espace de réflexion éthique régional de Picardie. Il s'est livré à une synthèse autour des points de convergence, des tensions et enjeux soulevés par la question des mineurs et jeunes adultes en difficulté. L'ensemble des présentations et des documents remis lors de la rencontre sera prochainement disponible sur le site internet de l'Ireps ([www.ireps-picardie.fr](http://www.ireps-picardie.fr)). Rendez-vous est donné l'année prochaine pour traiter un nouveau sujet ayant trait au lien entre la santé et la justice

## Quelques-unes des trente-neuf recommandations de la journée 2014

### Addictions

- Mettre en place des formations en addictologie à destination des professionnels afin d'acquérir une culture commune et d'adopter une posture ouverte.
- Travailler le partenariat avec la santé mentale.

### Sexualité

- Dépister les violences sexuelles, les troubles de l'attachement et l'exposition précoce à la pornographie.
- Former des professionnels sur la question de la sexualité.

### Santé mentale

- Harmoniser les procédures. Mise en place d'une charte pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle.
- Créer des relais et des accompagnements.

### Violence

- La sanction : ne pas exclure, accompagner les auteurs pour éviter la récidive.
- Accompagner la famille, éduquer si infraction pénale diligenter une enquête, stage de responsabilité parentale.

### Hospitalisation

- Poursuivre les prises en charge antérieures et maintenir contacts, éviter ségrégation, mieux ainsi préparer la sortie dès le départ.
- Renforcer le partenariat : échange d'informations, synthèses communes, prise en charge et projet individualisé global.

### Prise en charge socio-éducative

- Désigner une personne ressource pour les partenaires au sein de chaque institution (rôle de facilitateur).
- Ouvrir les institutions sur la société civile afin de favoriser l'inscription des jeunes dans la « vraie vie » et faciliter leur accès à l'autonomie.

# La loi de santé

**Le 19 juin 2014, Marisol Touraine a présenté les orientations de la future loi de santé. Cette loi serait présentée au Conseil des ministres en septembre et soumise au Parlement en début 2015. Quatre orientations stratégiques ont été privilégiées par la ministre.**

[Lire l'article complet sur pf2s.fr](#)

**La** première orientation stratégique inscrit la prévention comme socle de la politique de santé. Le Comité interministériel pour la santé, créé le 18 juillet 2014, devrait permettre de partager les priorités de santé avec l'ensemble du gouvernement. Un Institut pour la prévention, la veille et l'intervention en santé publique remplacera l'InVS, l'Inpes et l'Établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (Eprus). Pour Marisol Touraine, il s'agit ainsi d'affirmer dans la loi qu'en matière de santé, la responsabilité de l'État commence par la prévention. Le parti pris est de donner la priorité à la jeunesse et aux plus fragiles. Un parcours éducatif en santé permettra à tous les élèves, de la maternelle au lycée, d'acquérir des connaissances en santé et d'adopter les bons réflexes. Parallèlement, un programme national de réduction du tabagisme sera lancé, la lutte contre le *binge drinking* sera renforcée, et les jeunes femmes mineures auront l'accès sans condition à la contraception d'urgence auprès de l'infirmière scolaire.

En ce qui concerne la politique de réduction des risques, une définition du cadre de l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque sera proposée. Pour faciliter l'accès au dépistage VIH des personnes les plus exposées, la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) sera généralisée.

La deuxième orientation stratégique du projet de loi concerne la mise en place d'un service territorial de santé au public, comme réponse de

proximité en fonction des besoins des patients. Trois enjeux majeurs sont à relever : les obstacles financiers ; l'accès aux soins partout ; un parcours organisé.

Le tiers-payant sera étendu à tous les assurés d'ici 2017, tandis que le projet de loi devrait garantir aux personnes modestes des prix accessibles pour des produits de santé, tels que les lunettes.

## Quatre orientations stratégiques pour renouveler la santé publique

Ce service territorial devrait renforcer l'accès aux soins, proposer l'information nécessaire, organiser les parcours de soins à partir d'un premier recours efficace et d'un service public hospitalier rénové. Il facilitera la structuration territoriale des soins primaires dans cinq domaines clefs : les soins de proximité, la permanence des soins, la prévention, la santé mentale et l'accès aux soins des personnes handicapées, déclinés territoire par territoire. Il organisera la réponse aux soins urgents et non-programmés. Un numéro d'appel unique départemental sera le repère pour la garde de ville. Pour organiser le parcours de soin, une lettre de liaison sera donnée au patient sortant de l'hôpital pour faire le lien avec les professionnels de ville, notamment le médecin traitant, tandis que la relance du dossier médical sera confiée à l'Assurance maladie. Pour soutenir ces démarches, les agences régionales de santé pourront réorienter leurs financements et organiseront des plateformes territoriales pour fa-

ciliter la prise en charge des patients. Le service public hospitalier devra garantir la permanence d'accueil et de prise en charge, le respect d'un délai de prise en charge raisonnable et l'égalité d'accès aux soins. Enfin, sur un même territoire, les établissements porteront un projet médical commun. La troisième orientation stratégique portera sur la recherche et l'innovation avec un État qui devra faciliter et garantir un écosystème favorable à l'innovation. Le projet de loi reconnaîtra de nouveaux métiers, notamment à pratiques avancées comme les infirmiers cliniciens, sages-femmes... En s'inspirant des travaux de la commission de l'*Open data* (Cf. *article page 15*), le mouvement d'ouverture des données de santé sera prolongé. La quatrième orientation stratégique établira une nouvelle gouvernance en santé. La loi favorisera une meilleure articulation de l'État et de l'Assurance maladie. Elle proposera, par exemple, la création d'un Conseil supérieur des personnels médicaux hospitaliers. La loi de santé amplifiera la démocratie sanitaire, en permettant aux patients de co-construire davantage les politiques de santé. Des propositions visant à mieux représenter les usagers seront faites dans le projet de loi : extension de l'obligation de représentation des usagers dans toutes les agences nationales de santé et création de la commission des usagers, projet de création d'un Institut du patient...

Enfin, la loi consacra l'accès au dossier médical des conjoints, quel que soit leur statut, et devrait instaurer le droit d'une action de groupe face aux dommages sériels en santé.

## CRSA 2014-2018

Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

PICARDIE

La deuxième conférence régionale de la santé et de l'autonomie a été installée pour un nouveau mandat de quatre ans. Christian Dubosq, directeur général de l'ARS en a nommé ou renouvelé les membres par arrêté du 20 juin 2014. Les quatre-vingt-quatorze membres de cette instance de démocratie sanitaire ont été installés le jeudi 3 juillet 2014.



Le Pr Jean-Pierre Canarelli se succède à lui-même à la présidence de la CRSA et de la Commission permanente. Les présidents et vice-présidents des quatre commissions spécialisées ont aussi été élus :

- commission spécialisée de la prévention : Pr Gérard Dubois (président), Roger Deaubonne (vice-président) ;
- commission spécialisée de l'organisation des soins : Brigitte Duval (présidente), François Zanaska (vice-président) ;
- commission spécialisée pour la prise en charge et l'accompagnement : Jean-Luc Hamiache (président), Jacques Vezier (vice-président) ;
- commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé : Henri Barbier (président), Jean-Claude Marion (vice-président).

## Les Français se voient dépendants

Selon le baromètre BVA-Santé Vieillesse et silver économie, réalisé en mars et avril 2014, près de la moitié des Français (49 %) pense que l'accompagnement de la perte d'autonomie doit constituer l'axe prioritaire du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

Pour une majorité d'entre eux, le financement de la prise en charge du vieillissement devrait avant tout incomber à la Sécurité sociale et à l'État.

Ils se montrent sensibles aux problèmes de certaines maladies chroniques (Alzheimer, maladies cardiovasculaires, etc.), jugés importants par 94 % d'entre eux et à l'isolement des seniors, perçu comme un problème important par 89 % des Français.



Enfin, pour une large majorité de Français, les nouvelles technologies apparaissent comme une source d'amélioration des conditions de vie des personnes âgées. Elles permettraient, en premier lieu et pour 80 % des Français, d'appréhender le problème de suivi de certaines maladies chroniques en proposant aux personnes âgées des outils permettant un meilleur suivi de leur traitement. Selon 79 % des Français, les nouvelles technologies pourraient également améliorer la sécurité du domicile des seniors.

## Enfance en danger

L'observatoire national de l'enfance en danger (Oned) a remis son rapport annuel à Laurence Rossignol, secrétaire d'État à la famille. Ce rap-



ONED

Observatoire National de l'Enfance en Danger

port aborde des questions des représentations de la parentalité pour les professionnels ou encore du respect des droits des parents et de l'enfant. Il évoque également quelques chiffres concernant la protection de l'enfance : 275 000 enfants mineurs sont actuellement pris en charge par la protection de l'enfance et 20 800 jeunes majeurs sont également protégés. L'Oned préconise notamment :

- de développer de manière systématique le projet pour l'enfant et de définir plus précisément au niveau national un référentiel des besoins de l'enfant ;

- de mener des études sur le fonctionnement des parquets dans le circuit du signalement et dans l'articulation entre évaluation administrative et évaluation judiciaire ;

- de développer les études portant sur les parents concernés par les dispositifs de protection de l'enfance pour mieux comprendre les points de vue des parents et leurs possibles engagements dans le déroulement des mesures de protection et rechercher une meilleure implication de leur part et de celle du mineur dans la mesure.

## Décrets CMU

Cinq projets de décrets sur la CMU sont parus pour améliorer la couverture par les complémentaires des frais de santé des salariés, améliorer la qualité des contrats offerts aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé, réformer les contrats responsables pour garantir une prise en charge de qualité, limiter les dépassements d'honoraires et faire baisser les prix de l'optique.

# Les alternatives à l'emprisonnement. Entretien avec Juliette Soissons, Curapp-ESS, UMR 7319 CNRS-UPJV

Lire l'entretien complet sur [pf2s.fr](http://pf2s.fr)

**Plateforme sanitaire et sociale :** *L'emprisonnement n'est pas le seul moyen pour rendre la justice. Pouvez-vous décrire l'alternative existante ?*

**Juliette Soissons :** Cette année, à l'échelle nationale, 251 991 personnes sont placées sous main de justice. Parmi elles, on compte 67 075 détenus. Si le recours à l'emprisonnement en France est massif, les mesures alternatives à l'incarcération sont nombreuses et variées. D'abord, les mesures pré-sentencielles (contrôle judiciaire et assignation à résidence) permettent de contrôler les personnes sous main de justice en attendant leur jugement. Ensuite, les mesures post-sentencielles sont multiples : amendes, jour amendes, confiscation de biens ; avertissements : sursis simple, sursis avec mise à l'épreuve (SME). Il existe également des peines citoyennes, comme les travaux d'intérêt général (TIG pouvant être associés à un sursis avec Mise à l'épreuve) ou les stages de citoyenneté, et des peines restrictives de droit. Dans les cas où une peine d'emprisonnement ferme est prononcée, il est encore possible de l'aménager : semi-liberté, placement à l'extérieur par exemple, placement sous surveillance électronique, SME, semi-liberté, placement extérieur, suivi sociojudiciaire.

**PF2S :** *Quel est l'objectif de ces alternatives à l'incarcération ?*

**J. S. :** Il est double : éviter l'emprisonnement pour diminuer la récidive et prononcer des peines moins coûteuses. Au-delà d'un recours très

inégal aux différents types d'alternatives, des problèmes se posent notamment au niveau du délai d'exécution des peines. Dans une perspective plus large, le suivi des mesures se heurte à des difficultés de mise en œuvre. Les services pénitentiaires d'insertion et de probation manquent de moyens humains et matériels et les structures d'accueil sont en nombre insuffisant.

**PF2S :** *Peut-on mesurer les effets sur la récidive ?*

**J. S. :** C'est la seule chose mesurée. Mais ce n'est pas parce qu'un condamné ne revient pas devant un tribunal qu'il n'a pas récidivé ! On considère également que la non-récidive est synonyme de réinsertion. Et de ce côté-là non plus, on ne dispose pas d'indicateurs. La plupart des études menées par les chercheurs français porte davantage sur l'efficacité des mesures d'aménagement de peine. Ces études montrent que 72 % des sortants de prison ont été recondamnés, contre 59 % des personnes condamnées à un SME-TIG, 58 % des personnes condamnées à un TIG, 52 % à un SME et 39 % à un sursis simple. En l'état actuel des connaissances, on peut conclure à un effet positif des mesures alternatives en matière de récidive.

**PF2S :** *Quels sont les enjeux actuels et comment ce dispositif prend place dans la réforme de la politique pénale ?*

**J. S. :** L'enjeu actuel est la création de la peine de contrainte pénale qui est la mesure phare de la réforme pénale portée par Christiane Taubira. Cette



peine serait l'équivalent de ce qu'on appelle la peine de probation dans d'autres pays. L'idée est de transformer les aménagements en une vraie peine pour inciter les magistrats à la prononcer davantage et surtout à éviter les incarcérations. Cela soulève un certain nombre de questions car le suivi des condamnés est en partie axé sur le contrôle criminologique et l'évaluation de la dangerosité au détriment du suivi et l'accompagnement. Je ne suis pas certaine que les méthodes actuarielles (outil statistique prédictif) soient le meilleur outil pour enrayer la récidive. Le dernier enjeu est celui des moyens. À l'heure actuelle, les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) qui prennent en charge les personnes placées sous main de justice sont en sous-effectifs et en surcharge croissante de travail. Nul doute que sans une nette amélioration de leurs conditions de travail, il n'y a que peu d'espoir pour un véritable changement de cap dans le traitement des justiciables.

Propos recueillis par **Rémy CAVENG, UPJV**

**Sources :** Chiffres clés de la justice, statistiques mensuelle de la population pénale et fiche 5 de la conférence de consensus sur la prévention et la récidive

# Handi-Pacte Picardie

« Handi-Pacte Picardie » : un pacte territorial pour dynamiser l'emploi des personnes en situation de handicap dans les fonctions publiques d'État, territoriale et hospitalière en Picardie.

**En** Picardie, le *pacte territorial pour l'emploi des personnes en situation de handicap dans les trois fonctions publiques* est mis en œuvre en 2014. Il vise notamment à renforcer la connaissance, développer la mise en réseau des acteurs et l'échange de bonnes pratiques sur l'emploi des personnes en situation de handicap dans la fonction publique. Cette création fait suite à l'annonce, lors de la conférence nationale du handicap de 2008, du pacte national sur l'emploi des personnes en situation de handicap. Le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) a saisi cette initiative en proposant de décliner ce pacte au plan territorial sous le pilotage du préfet de région. Opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, il a été lancé par Jean-François Cordet, préfet de la région Picardie, le 9 avril dernier, en présence de M<sup>me</sup> Céline Senmartin, directrice régionale de la Caisse des dépôts de Picardie, des principaux employeurs publics de la région, des partenaires du champ du handicap, des membres du comité local du FIPHFP. Pour animer opérationnellement ce pacte, la mission « Handi-Pacte fonction publique Picardie » a été créée pour une durée d'au moins trois ans (2014-2016). Porté par le département d'études, de recherches et d'observation (Dero) du Creai de Picardie, « Handi-Pacte Picardie » a vocation à



9 avril 2014 : lancement d'Handi-Pacte Picardie par le préfet de région.

conseiller les employeurs publics de Picardie sur leur politique de gestion de l'obligation d'emploi de personnes en situation de handicap. Les missions « d'Handi-Pacte fonction publique Picardie » sont de trois ordres : information, observation, animation.

Pour l'information, il s'agit :

- d'accompagner les employeurs publics dans leurs démarches de mise en place d'actions pour remplir leur obligation d'emploi de personnes en situation de handicap ;

- d'informer les employeurs publics sur les aides adaptées à leurs problématiques ainsi que sur leurs évolutions et l'actualité du FIPHFP ;

- d'identifier les ressources locales afin de mettre en relation les employeurs publics avec les prestataires du réseau d'appui handicap régional.

Pour l'observation :

- établir un état des lieux par la création d'un observatoire régional permanent sur l'emploi des personnes en situation de handicap dans la fonction publique d'État, territoriale et hospitalière ;

- capitaliser les actions et initiatives locales en recensant les pratiques locales existantes et en développant les échanges entre les acteurs de la fonction publique ;

- créer des synergies en mettant en adéquation les besoins des employeurs publics et les compétences des travailleurs en situation de handicap.

Enfin l'animation recouvre :

- l'organisation de réunions thématiques ;

- la réalisation d'une veille juridique et documentaire et la proposition d'informations d'actualité sur le handicap ;

- la co-construction des outils et actions de communication partagés et adaptés.

Une réunion thématique se tiendra le 24 septembre 2014 sur l'insertion pro-



Intervention de Laurent Marzec, conseiller d'animation sportive et agent en situation de handicap à la DRJSCS lors de la journée de lancement du pacte territorial.

Au centre, Christophe Voinchet, conseiller technique en service social, correspondant handicap à la DRJSCS. À droite, Éric Fritsch, directeur de la plateforme d'appui interministériel à la gestion des ressources humaines du Nord - Pas-de-Calais.

## Objectifs du pacte territorial

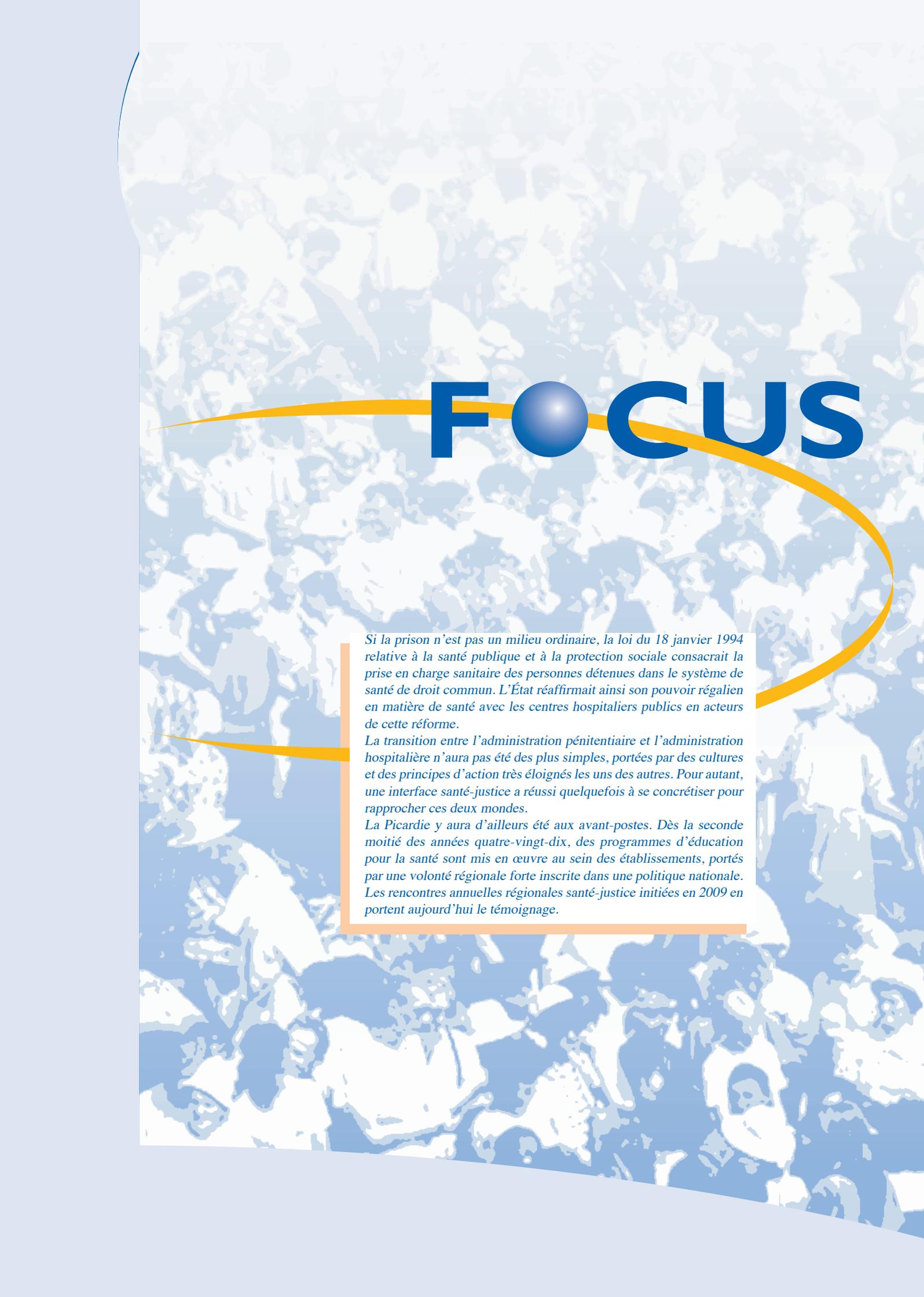
- Favoriser l'intégration des personnes en situation de handicap.
- Développer le maintien dans l'emploi des agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi.
- Faciliter le processus de reclassement des agents en situation d'inaptitude à leur poste.
- Accroître le recours au secteur adapté et protégé pour les achats de biens et services.
- Contribuer au changement de regard sur le handicap.
- Optimiser la synergie entre les acteurs du champ du handicap et les employeurs publics.
- Mobiliser les employeurs publics en favorisant l'émulation et les actions exemplaires permettant d'atteindre et/ou de dépasser l'objectif de 6 % de travailleurs en situation de handicap dans la fonction publique en Picardie.
- Mieux connaître la situation des agents en situation de handicap et leurs problématiques.

fessionnelle des personnes en situation de handicap dans la fonction publique. Une semaine pour l'emploi des personnes handicapées sera organisée du 17 au 23 novembre.

**Fleur SANNIER**  
Chargée de mission  
Handi-Pacte Picardie

03 22 61 58 83

handipacte@creai-picardie.fr



# FOCUS

*Si la prison n'est pas un milieu ordinaire, la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale consacrait la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans le système de santé de droit commun. L'État réaffirmait ainsi son pouvoir régalien en matière de santé avec les centres hospitaliers publics en acteurs de cette réforme.*

*La transition entre l'administration pénitentiaire et l'administration hospitalière n'aura pas été des plus simples, portées par des cultures et des principes d'action très éloignés les uns des autres. Pour autant, une interface santé-justice a réussi quelquefois à se concrétiser pour rapprocher ces deux mondes.*

*La Picardie y aura d'ailleurs été aux avant-postes. Dès la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, des programmes d'éducation pour la santé sont mis en œuvre au sein des établissements, portés par une volonté régionale forte inscrite dans une politique nationale. Les rencontres annuelles régionales santé-justice initiées en 2009 en portent aujourd'hui le témoignage.*

Initialement dénommé *Parcours santé*, le *Forum santé* a été conçu en 2007 par le service pénitentiaire d'insertion et de probation et l'Ireps de Picardie. Il vise à augmenter l'intérêt des personnes détenues pour leur propre santé.

Ouvert en 1991, le centre pénitentiaire de Laon (Aisne) comprend un quartier maison d'arrêt (190 places), un quartier centre de détention (200 places) et un quartier mineurs (15 places).

D'abord financé par le GRSP, le *Forum santé* l'est aujourd'hui par l'ARS de Picardie. Il vise plus particulièrement le développement des connaissances des personnes détenues sur les différents aspects de la santé (approche globale de la santé avec ses dimensions physique, psychique et sociale), leurs aptitudes à évoquer les questions de santé et incite à ce qu'elles s'inscrivent dans un parcours de prévention et d'accès aux soins.

Depuis 2007, un comité de pilotage inter-institutionnel a été créé. Il est composé des personnels de l'administration pénitentiaire (directeur adjoint de l'établissement, chef de détention, responsable de l'antenne du service pénitentiaire d'insertion et de probation), de l'unité sanitaire somatique (médecin responsable, cadre infirmier et infirmière en charge du projet), de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ, responsable d'unité et éducateurs), de professionnels extérieurs

(ANPS, Cha, Elsa-CH de Laon). Il se réunit de une à deux fois par an pour suivre, évaluer et réajuster le projet. La mise en œuvre est plus particulièrement assurée par l'unité sanitaire (recrutement, inscription des détenus, animation d'une séance) et l'Ireps (animation du comité de pilotage, création des outils de communication, lien avec les intervenants, animation et « fil rouge » des séances). De manière opérationnelle, le *Forum santé* prend la forme de deux à quatre modules, selon les années, pour quatre jours (huit séances de deux heures) proposées aux personnes détenues majeures. Le projet a été adapté avec les éducateurs de la PJJ pour les détenus mineurs.

Les modules sont conçus sur la base du recueil des représentations et des questions des personnes détenues, d'apport d'informations, d'échange d'opinions et de pratiques. Ils sont animés par un formateur de l'Ireps et des intervenants spécialisés (diététicienne, éducatrice, psychologue, infirmière...) qui utilisent des outils et techniques participatives (photo expressions, *brainstorming*...) pour aborder différents thèmes : alimentation et activité physique, hygiène (vestimentaire, corporelle, des lo-



caux), addictions, IST...

Ce projet d'éducation pour la santé a permis de renforcer le partenariat entre les professionnels des différentes institutions et services qui œuvrent auprès des personnes détenues de cet établissement. Il a permis l'émergence de nouveaux projets santé désormais menés en partenariat. Les détenus participants se montrent satisfaits des modules qu'ils investissent comme des lieux de parole dans lesquels ils apprécient d'être considérés autrement, respectés, écoutés. Ils s'approprient le projet (proposent des thèmes de discussion...) et s'en font le relais auprès des autres détenus (journal, bouche à oreille).

Les propositions d'amélioration des détenus participants sont remontées au comité de pilotage et prises en compte pour certaines d'entre elles, comme l'augmentation de l'offre en fruits et légumes sur les bons de cantine, la formation des détenus en charge de l'hygiène des lieux communs par exemple.

**Sonia CAILLAUX**  
Directrice adjointe  
Formatrice conseil  
Ireps Picardie

### Paroles de détenus...

*Groupe de discussion intéressant.*

*L'expérience de chacun reste une bonne communication à partager.*

*Une bonne expérience qui m'a appris, cela peut servir pour la vie.*

*J'ai appris des choses importantes et très intéressantes. Très bon moment, bonne semaine. Merci à vous.*

*Cela m'a fait plaisir de participer.*

*J'ai bien accroché, ça m'a plu de voir des gens de l'extérieur.*

*Intervenants et animatrice très sympathiques.*

*Bonne humeur générale et communicative.*

*Je suis allé à cette activité juste pour sortir de ma cellule et, petit à petit, j'ai eu des questions à poser et je suis très satisfait car j'ai eu des réponses à mes questions.*

*À renouveler !*

**Dans le cadre d'un partenariat santé/justice, l'OR2S œuvre depuis 2009 à la mise en place d'un recueil pérenne d'information sur la santé des détenus nouveaux entrants dans les établissements de la région.**



**Le** dispositif mis en place a pour objectif de disposer d'une photographie pérenne de l'état de santé et de la situation sociale des personnes arrivant en milieu carcéral afin d'adapter au mieux la prise en charge sanitaire des détenus. Ce travail est réalisé en partenariat étroit avec les unités de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa) des établissements pénitentiaires de la région. Le recueil des données se fait *via* une fiche épidémiologique disponible sur un serveur sécurisé remplie par le personnel médical de l'Ucsa pour chaque nouvel entrant lors de la visite médicale suivant l'incarcération. Sept grandes thématiques structurent la fiche : situation socio-économique, antécédents médicaux, addictions, dépistages réalisés avant l'incarcération, vaccinations antérieures à l'incarcération, état de santé actuel du détenu, prescriptions et dépistages réalisés à l'entrée.

Après une phase de test en 2011 sur deux établissements de la région (Compiègne et Beauvais), l'année 2012 a été marquée par l'entrée progressive des établissements pénitentiaires de la région dans le processus de recueil. Le centre pénitentiaire de Château-Thierry, recevant uniquement par transfert d'autres établisse-

ments des détenus difficiles et atteints de troubles psychiques ne faisait pas partie initialement des établissements enquêtés. Après concertation avec l'ARS, et malgré son caractère particulier, le centre pénitentiaire de Château-Thierry a finalement été inclus dans le processus de recueil au 1<sup>er</sup> janvier 2014, après une phase de test fin 2013. Mais différentes difficultés de personnel risquent cependant de retarder l'entrée de cet établissement dans le dispositif.

**Les personnes  
détenues sont jugées  
en bonne santé au  
moment de leur  
incarcération**

En 2013, l'OR2S a analysé l'ensemble des données recueillies dans les quatre établissements enquêtés (Beauvais, Compiègne, Laon et Liancourt). L'état de santé et la situation sociale de 1 517 primo-détenus ont ainsi pu être dressés. Cette analyse a fait l'objet d'une plaquette synthétisant les résultats, publiée en juillet 2013. Les résultats montrent qu'à leur entrée en milieu carcéral, plus de quatre personnes détenues sur cinq sont jugées en bonne santé, ce qui corrobore les études nationales de

1997 et 2003. Deux personnes détenues sur trois ont vu un médecin en consultation au cours des douze mois précédents leur incarcération. Les personnes détenues sont des usagers habituels de drogues et la consommation de trois substances (drogues-alcool-tabac) concerne plus d'une personne détenue sur cinq. Le besoin de prise en charge psychiatrique est modéré puisqu'il concerne une personne détenue sur dix. Cependant, elles sont 16,5 % à suivre un traitement psychiatrique à leur entrée, à base d'anxiolytiques.

Plus de la moitié de la population carcérale a bénéficié de dépistages sérologiques avant l'incarcération. Trois personnes détenues sur dix disent présenter une pathologie somatique chronique.

Sur le plan social, la situation des détenus est difficile. Ainsi, presque une personne sur dix vivait dans un logement précaire avant son incarcération et plus de la moitié était au chômage ou sans profession.

Au cours de l'année 2013, ce sont 1 780 fiches qui ont pu être recueillies. Outre les quatre établissements ayant participé en 2012, la maison d'arrêt d'Amiens a rejoint le dispositif avec une procédure spécifique. Le traitement et l'analyse des données sont actuellement en cours.

Par ailleurs, un comité de pilotage, piloté par l'ARS au début de l'année 2014, a permis de souligner l'intérêt de la démarche et la volonté de participation des établissements, et notamment du personnel médical. Une réflexion est en cours pour estimer la faisabilité d'un même recueil lors de la visite de sortie, même si elle n'est pas systématiquement réalisée.

**Émilie FAUCHILLE**  
Chargée d'études, psychologue  
OR2S

## Issue de la fusion en 2011 entre l'Admi et l'Après, l'Aprémis poursuit la mission de prévenir et de combattre l'exclusion sociale dans la Somme. Elle agit, tout particulièrement par l'accompagnement des personnes en situation de mal-logement ou exclues du logement, des personnes placées sous main de justice.

**L'**association Accompagnement, prévention, réflexion et médiation pour l'insertion sociale (Aprémis) a pu, grâce la fusion des deux anciennes associations, mutualiser l'accompagnement de personnes dans le domaine judiciaire et l'accompagnement socio-professionnel de personnes démunies. Si des difficultés d'ordre financier l'ont nécessité, la fusion a permis l'articulation de plusieurs compétences en favorisant le développement de liens sociaux. Ainsi, le service d'accompagnement judiciaire s'articule autour de trois axes : le placement extérieur, la réparation pénale à l'égard des mineurs, le relais enfants-parents.

Conformément à la réforme du code pénal, le placement extérieur concerne des personnes qui terminent une longue peine criminelle, avant leur libération définitive, des personnes en récidive et des personnes condamnées pour la première fois à une peine d'incarcération pour un délit. Un entretien de pré-accueil a lieu avec la mise en place d'une démarche de soins. Les démarches d'accès aux soins et aux droits CMU concernent également presque tous les détenus accueillis, souvent fragilisés par « l'enfermement ». En effet, pendant la détention en établissement pénitentiaire, certaines démarches de soins sont ralenties, voire interrompues. Beaucoup par exemple ont besoin de soins dentaires, à tel point que la majorité des arrêts de travail en début de mesure est liée à des problèmes dentaires. L'assistante de service social reçoit, dès leur arrivée, toutes les personnes afin d'instruire une demande de CMU ou pour faire le point sur la situation, lorsque des droits sont établis, principalement les personnes ayant bénéficié d'un placement à l'extérieur en alternative à une incarcération. En complément de l'accompagnement

individuel, de nombreux temps collectifs sont proposés pour mener la mission auprès des détenus en placement à l'extérieur. Ils s'inscrivent dans une réflexion globale autour de la personne, afin de lui apporter tous les outils nécessaires à une réinsertion sociale optimisée, à une « resocialisation » et pour un accès aux dispositifs de droit commun. Ces actions collectives prennent des formes diversifiées mais visent toutes, à travailler et observer des comportements liés aux dynamiques de groupe, à améliorer l'image d'elles-mêmes des personnes accueillies, à envisager les relations interpersonnelles et les échanges dans la société. Ainsi, des temps de vie, d'échanges et de médiation ont lieu.

### Une équipe pluridisciplinaire assure l'accompagnement

Une très grande partie des détenus accueillis au sein de l'Aprémis rencontre des problèmes d'addiction (drogues, alcool...) Le sport peut permettre à ces personnes de (re)découvrir une certaine hygiène de vie et d'appréhender plus sainement leur rapport au corps.

Il peut devenir un préalable à la prise en considération de l'état de santé, une médiation à travers laquelle les individus s'interrogent sur leur intégrité physique. Le groupe est aussi un endroit où le vivre ensemble est primordial, pour des personnes qui pour la plupart ont été condamnées suite à une atteinte à autrui (violences, vols, meurtres...)

L'Aprémis été très vite confrontée aux difficultés psychologiques du public ainsi qu'à la fréquence des addictions (produits stupéfiants interdits et alcool) parmi les condamnés et les détenus sollicitant un placement extérieur. Cela

L'Aprémis entend prévenir et combattre l'exclusion sociale, prioritairement dans le département de la Somme. Elle agit par l'accompagnement des personnes en situation de mal-logement ou exclues du logement, des personnes placées sous main de justice ainsi que leur famille et les personnes sollicitant la protection de la France après avoir du fuir leur pays. Elle entretient une capacité autonome d'analyse des processus de l'exclusion et de l'impact des politiques ; elle porte témoignage, sensibilise et est force de proposition auprès de l'opinion et des responsables politiques.

a conduit à construire un partenariat fort avec l'association Le Mail afin d'accueillir des détenus toxicomanes dans le cadre d'un contrat de soin qui comprend, si nécessaire, un temps d'accueil en post-cure.

Le psychologue de l'Aprémis permet d'accueillir des personnes soumises à une obligation de soins, souvent liée à une dépendance à l'alcool, à des délits à caractère sexuel, ou à tout autre délit ou crime nécessitant un espace neutre pour aborder les difficultés et appréhender l'après peine. Toutes les personnes accueillies bénéficient soit du contrat de soin avec Le Mail, soit d'une obligation de soins avec la psychologue clinicienne du service.

**Aline OSMAN-ROGELET  
OR2S**

**Il y a un an, le conseil économique, social et environnemental de Picardie a présenté un rapport-avis sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes placées sous main de justice.**

« Une société se juge  
à l'état de ses prisons »  
Albert Camus

**Le** 25 juin 2013, le comité économique, social et environnemental (Ceser) en présentant son rapport sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes placées sous main de justice, faisait un rappel de la loi concernant les droits des détenus, le droit à la santé et l'accès aux soins. Un constat fait à partir d'une observation fine des conditions des personnes détenues.

Le profil social de cette population, souvent en situation de précarité, de cumul de difficultés d'ordre physique et moral, sont des éléments, qui, confrontés à l'incarcération, peuvent provoquer l'aggravation ou la réactivation de certaines affections. L'accès aux soins, les besoins de santé sont nécessaires à l'intérieur des centres pénitentiaires, de même qu'à l'extérieur et à la sortie. À ce constat s'ajoute une population carcérale qui ne cesse d'augmenter.

Aussi, le Ceser préconisait des solutions comme le développement des aménagements de peine non privatives de liberté, la requalification de la peine, la dépenalisation, la prise en charge en milieu ouvert, la semi-liberté ou encore le port de bracelet électronique.

En application de la définition de la santé de l'OMS, le Ceser souhaitait aussi la mise en œuvre réelle du maintien des liens familiaux et sociaux. Considérant que l'unité de vie familiale (UVF) a un effet pacificateur, reconnu au sein de la détention et qu'il peut être un remède à la violence quotidienne, le Ceser recommandait que l'ensemble des centres pénitentiaires de la Picar-

die en soient dotés. Il préconisait aussi que des UVF soient mises en place pour les mineurs incarcérés permettant donc la préservation du lien familial. Il souhaitait enfin que l'accès des établissements pénitentiaires puisse être facilité pour les familles se rendant aux parloirs. Il rappelait aussi que l'application de la loi concernant les différents régimes de détention n'était pas effective en ce qui concernait une meilleure adaptation des cellules collectives et le principe de la cellule individuelle.

Devant ces cumuls de difficultés, le Ceser préconisait des actions préventives à mettre en place relevant :

- des soins médicaux à prodiguer sans délai (surtout dentaires) ;
- du dépistage systématique, avec l'accord des détenus, des maladies transmissibles, contagieuses comme l'hépatite C mais aussi les MST et les IST ;
- de la mise à jour des vaccinations et d'une meilleure prise en charge des conduites addictives.

**Penser la prison  
en fonction de la  
réinsertion sociale  
au même titre que  
la sécurité**

Le Ceser notait également un réel manque de moyens humains. Il affirmait alors la nécessité d'une mise en place d'une coordination urgente avec la médecine libérale du secteur ainsi que l'accueil en stage d'étudiants médecins et de professions médicales afin de compléter leurs connaissances des publics sous main de justice, et en mettant l'accent sur les troubles spécifiques (psychologiques et psychiatriques). Enfin, le Ceser soulignait le besoin



de formation des référents afin qu'ils puissent avoir une connaissance des informations à transmettre aux détenus sur leurs droits et de les informer avant leur sortie de leur droit au bilan de santé dans les centres de prévention et d'exams de santé de la région. De même que, pour éviter les sorties sèches, il convenait d'accompagner la personne dans une dynamique de réinsertion sociale et professionnelle ; pour ce faire le partenariat existant devait être renforcé. C'est pourquoi, en ce qui concerne la qualité des établissements pénitentiaires, le Ceser préconisait de réfléchir à ce que l'architecture des prisons soit autant pensée en fonction de la réinsertion sociale qu'en fonction des normes de sécurité (locaux de travail, de formation, d'accompagnement et d'accueil des familles...).

Il préconisait aussi de privilégier les établissements à taille humaine et pour publics spécifiques, de prévoir un effort important de maintenance, et d'élaborer comme stratégie immobilière en conséquence, la destruction, la réhabilitation ou la construction.

**Aline OSMAN-ROGELET  
OR2S**

## Les rencontres régionales santé-justice en Picardie : un rendez-vous désormais très attendu des professionnels de la santé et de la justice. Six éditions se sont succédé depuis 2009.

**La** commission régionale santé-justice, installée en Picardie le 5 janvier 2010, actait le principe d'organiser une journée régionale annuelle *santé-justice* permettant de renforcer le partenariat entre les autorités judiciaires et les acteurs de la santé intervenant auprès des personnes sous-main de justice. Un comité de pilotage (cf. encadré) organise cette rencontre depuis six ans. D'une manière générale, la journée santé-justice vise à favoriser l'articulation des services sanitaires, pénitentiaires et judiciaires dans le respect des compétences de chacun et à œuvrer ensemble à la prise en charge des publics. Le partenariat de l'ensemble des institutions tant au niveau du pilotage que de l'organisation et de l'animation des séances plénières et des ateliers garantit une pluralité des points de vue et la participation des professionnels de l'ensemble des champs concernés.

Cinq rencontres ont eu lieu entre 2009 et 2013, dans les locaux du CHU d'Amiens Picardie mais aussi, en 2013, au palais de justice d'Amiens. Les thèmes abordés furent :

- *La santé des personnes placées sous-main de justice en Picardie : 10 ans de partenariat santé-justice, bilan et perspectives* (19 juin 2009) ;
- *Entre crime et folie : quel partenariat santé-justice ?* (1<sup>er</sup> juin 2010) ;

- *Drogue, addictions : quel partenariat santé-justice ?* (17 juin 2011) ;
- *Prévenir les violences en milieu pénitentiaire : quel partenariat santé-justice ?* » (7 juin 2012) ;
- *Prévenir les récidives : quel partenariat santé-justice ? Regards croisés France-Québec* » (3-4 juin 2013) ;
- *Mineurs et jeunes adultes en difficulté : quel partenariat pour une cohérence ? Regards croisés France-Québec* » (16-17 juin 2014).

Depuis leur création, ces journées s'organisent autour d'interventions de spécialistes nationaux, européens ou francophones sur un thème central et de travaux en ateliers sur des thématiques plus ciblées. Elles sont l'occasion de croiser les pratiques, de partager les expériences autour de problématiques communes aux différents acteurs de terrain afin de promouvoir une prise en charge pluridisciplinaire.

En 2013, ces « Journées » sont devenues « Rencontres ». Elles se déroulent sur une journée et demie pour répondre aux demandes des participants qui estimaient le temps consacré aux ateliers personnes assistent à ces journées, venant tant du monde sanitaire que de la justice ou pénitentiaire.

Lors de la 6<sup>e</sup> édition, une communication conjointe de l'ARS et de la Disp est revenue sur l'ensemble des préconi-

sations ou recommandations prises par les différentes rencontres. Un document dont la sortie est prévue d'ici la fin de l'année 2014 en fera état.

**Sonia CAILLAUX**  
Ireps Picardie



### La journée s'exporte en Nord - Pas-de-Calais

Sous l'égide d'un comité de pilotage interinstitutionnel présidé par l'ARS Nord - Pas-de-Calais, la Disp Nord - Pas-de-Calais - Picardie - Haute-Normandie et la cour d'appel de Douai et l'Ireps de Picardie, une première journée santé-justice intitulée *Promotion de la santé et justice : état des lieux régional et perspectives* s'est tenue le 7 février 2014 à Loos.

### Comité de pilotage

- Agence régionale de santé (ARS) de Picardie
- Direction interrégionale des services pénitentiaires (Disp) Nord - Pas-de-Calais - Picardie - Haute-Normandie
- Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
- Cour d'appel d'Amiens
- Établissements pénitentiaires
- Établissements de santé (somatique et de santé mentale)
- Ireps de Picardie

## Trente-deux recommandations pour l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

Réalisée en 2011 par l'Inpes, l'étude auprès des professionnels dont sont issues les recommandations pour la santé en milieu pénitentiaire, a permis de dresser un état des lieux des pratiques en éducation pour la santé et des conditions dans lesquelles les actions se développent.

Cette enquête sur les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, adressée à toutes les unités de consultations et de soins ambulatoires de France (Ucsa), s'inscrit dans le plan d'actions stratégiques « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice ».

Des actions d'éducation pour la santé sont mises en œuvre dans 85 % des établissements ayant répondu à l'enquête (63 % de l'ensemble des établissements). Les actions sont nombreuses et variées. On en décompte en moyenne cinq par établissement en 2011, soit de une à dix-huit. En revanche, il existe une grande hétérogénéité des pratiques et des réalisations. Dans moins de la moitié des établissements (42 %), un comité de pilotage est constitué, animé le plus souvent par l'Ucsa, qui est au centre du dispositif. Outre le pilotage et la coordination, les Ucsa sont dans 90 % des cas, le principal opérateur des actions, suivies des services pénitentiaires d'insertion et de probation (Spip). Elles sont aussi le principal intervenant, suivies du secteur associatif. Pourtant, dans 15 % des établissements, des actions sont mises en œuvre sans coordination avec l'Ucsa.

Mais le partenariat de terrain reste la référence, notamment entre les professionnels de santé et les professionnels pénitentiaires. Ce partenariat facilite l'élaboration des programmes d'éducation pour la santé et la mise en œuvre des actions. Il est conforté par les comités de pilotage. L'enquête a pu mettre en avant un investissement et un intérêt réels des soignants qui consacrent du temps au développement des actions. Un établissement sur sept arrive à dégager du temps d'intervention, y compris

pour la formation. Pour 43 % des établissements, du personnel formé à l'éducation pour la santé est présent. Soutien méthodologique et formations sont les deux premiers souhaits formulés par les professionnels de santé.

### Pour un temps dédié en éducation et promotion de la santé

Les difficultés restent encore importantes même si parmi les principaux facteurs facilitants, identifiés par les professionnels de santé, se trouvent la qualité de la coopération et du soutien de l'administration pénitentiaire, l'implication des personnels et des intervenants, la qualité des partenariats et le soutien des directions des établissements de santé.

Les cinq premiers thèmes traités dans les actions d'éducation pour la santé reflètent les problématiques de santé les plus fréquentes des personnes détenues : addictions (alcool, tabac, drogues...), notion de santé, maladies infectieuses (infection par le VIH, hépatites virales et IST essentiellement), estime de soi et nutrition. En revanche, la participation des personnes détenues, aux étapes d'analyse des besoins puis de construction des programmes apparaît peu développée et est somme toute difficile à mettre en œuvre en milieu pénitentiaire. Les actions (événementielles, collectives ponctuelles et déroulées sur plusieurs ateliers) et les méthodes utilisées semblent être très variées même s'il existe une légère prépondérance des méthodes informatives.

Ce sont principalement les agences régionales de santé (40 %) et les établissements hospitaliers (36 %) qui co-financent le plus souvent les

actions d'éducation pour la santé. L'administration pénitentiaire y participe aussi, mais de manière moins importante. La complexité des circuits, les financements rarement pérennes et le décalage des calendriers de financement par rapport aux actions induisent des difficultés dans la mise en œuvre des programmes et actions. Les autres obstacles décrits par les professionnels de santé portent également sur le manque de temps et de disponibilité pour l'éducation pour la santé ainsi que sur les contraintes logistiques liées à la vie carcérale et les problèmes de coordination lors de la mise en œuvre des actions.

Les trente-deux recommandations issues de cette étude ont été classées par niveau géographique : établissement (13), région (14), pays (5). Pour l'établissement, elles portent sur la création d'un comité de pilotage par établissement, sur l'élaboration de programmes de prévention et de promotion de la santé, et sur les moyens humains nécessaires à ces activités, dont la formation.

Au niveau régional, elles demandent à ce que soit définie une politique régionale d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire, et à son financement de façon pérenne, à la formation des personnels et à la mutualisation des informations et à la mise en lien des intervenants. Deux recommandations portent plus précisément sur le pilotage de l'éducation thérapeutique du patient incarcéré.

Enfin, au niveau national, elles reviennent sur la nécessité d'une politique d'éducation et de promotion de la santé, d'un référentiel d'intervention, sur la notion de temps soignant dédié à l'éducation pour la santé et sur l'articulation entre équipes soignantes et pénitentiaires.

**Prison and Health**



OMS Europe, juin 2014

Cet ouvrage présente d'importantes suggestions formulées par des experts internationaux afin d'améliorer la santé des détenus et de réduire les risques sanitaires et sociaux posés par l'incarcération. Il vise en particulier à faciliter l'adoption de meilleures pratiques en matière de santé carcérale dans les domaines suivants :

- droits de l'homme et éthique médicale ;
- maladies transmissibles ;
- maladies non transmissibles ;
- santé bucco-dentaire ;
- facteurs de risque ;
- groupes vulnérables ;
- gestion de la santé carcérale.

Comme principales préconisations, les auteurs de l'ouvrage estiment que les patients détenus sont des patients comme les autres et qu'ils ont droit aux mêmes égards et aux mêmes services, dont la continuité des soins malgré l'incarcération ou à la libération, et celui d'être traités en toute confidentialité. Ils demandent à ce que les équipes médicales soient formées, soient reconnues en tant que telles. Elle devraient en outre dépendre du système de santé et non du système pénitentiaire. L'ouvrage s'adresse aux professionnels chargés, à tous les niveaux, de la santé et du bien-être des détenus, ainsi qu'aux responsables politiques.



**Quelle santé en prison ?**

Transversal, 2014

Le dossier du numéro 73 de la revue Transversa, éditée par Sidaction, revient sur la santé en prison. Un premier article de Vincent Michelin sur les maladies chroniques dénonce un attentisme politique, comme le non-aboutissement des deux groupes de travail interministériels mis en place fin 2012 par Marisol Touraine et Christiane Taubira.

Il s'interroge aussi sur la non-publication du rapport du groupe de travail « Santé justice » qui n'a pas été rendu public alors que les conclusions sont connues comme celles d'assouplir les procédures et de supprimer le critère de pronostic vital engagé à court terme, qui réduit les chances des demandeurs souffrant de pathologies chroniques lourdes comme le VIH.

Il reprend de Jean-Marie Delarue, contrôleur général des lieux de privation, notamment la nécessité de « réajustement des effectifs des équipes sanitaires ». Dans un deuxième article, Lara Mahi, sociologue, montre, comme en prison, « la dissimulation de la pathologie reste la norme ».

Consultez en temps réel les rapports sur le site du pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie



[www.educasantepicardie.org](http://www.educasantepicardie.org)



**Promotion de la santé en milieu pénitentiaire, Inpes, juin 2014**

Cet ouvrage, coordonné par l'Inpes, constitue un socle de connaissance sur l'organisation de la prévention et de

la santé publique en France ainsi qu'un outil méthodologique et pratique pour faciliter la mise en place d'actions de promotion de la santé en direction de la population pénitentiaire, population particulièrement fragilisée dans un environnement spécifique.

Il s'adresse à tous ceux qui souhaitent développer leurs actions dans une approche globale de promotion de la santé (professionnels de santé et de l'administration pénitentiaire, intervenants en détention, associations...). Il contient des informations sur le cadre juridique et institutionnel de la prise en charge des personnes détenues. Il revient sur les concepts de promotion de la santé et leur déclinaison dans des lieux de privation de liberté. Enfin, il présente une méthodologie de mise en œuvre d'actions ou de programmes de promotion de la santé ainsi qu'une aide aux actions de terrain à partir d'illustrations concrètes. Disponible en téléchargement sur le site de l'Inpes, une version imprimée sera disponible en août. Il s'accompagne d'un document Word@ lui aussi téléchargeable, qui regroupe des figures et tableaux du référentiel, des outils adaptables pour aider à la mise en place d'un programme d'actions.

Ce référentiel est le fruit d'un travail collectif sous l'égide d'un groupe de travail constitué de professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire, de la direction générale de la santé (DGS), de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), des agences régionales de santé (ARS), de la direction de l'administration pénitentiaire (Dap), des services pénitentiaires d'insertion et de probation (Sip) de la direction de protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) et des associations exerçant en détention.

## L'Open data

La commission dite « *Open data en santé* », réunie de novembre 2013 à mai 2014, avait pour mission de débattre des enjeux et des propositions en matière d'accès aux données de santé dans un contexte d'efficience de l'action publique et de démocratie sanitaire.

**B**ien que baptisée « *Open data* », la commission animée par Philippe Burnel, délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé, et Franck von Lennep, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, avait un champ d'intervention plus large, comprenant l'ensemble des données de santé anonymes et désidentifiées, y compris celles présentant un risque de réidentification des patients, ainsi que les données nominatives des professionnels et établissements de santé.

Le rapport se scinde en trois parties :  
- définitions des concepts, état du droit, présentation de la gouvernance, présentation de l'accès aux données du Sniiram et du PMSI, cartographie des données de santé et enseignements tirés des expériences étrangères ;

- enjeux pour l'avenir ;

- actions à mener : données à ouvrir en *Open data*, orientations en matière de données réidentifiantes, données relatives aux professionnels et aux établissements.

La définition de l'*Open data* adaptée par la commission est l'ouverture et le partage de données par leur mise en ligne dans des formats ouverts, en autorisant la réutilisation libre et gratuite par toute personne. Les données ouvertes peuvent être utilisées par une organisation publique ou privée, pour des fins différentes de celles ayant motivé leur création. Leur mise à disposition doit aussi respecter le principe de leur plus grande liberté de réutilisation, en évitant les contraintes d'ordre technique, financier, juridique... Il s'agit pour l'État d'une manière de rendre des comptes sur son action en transformant sa relation avec les citoyens, d'une part, et en renforçant l'efficacité de l'ac-

tion publique par la simplification du fonctionnement des administrations, d'autre part. La commission met en avant le consensus existant sur les impacts positifs d'une plus grande ouverture et d'une meilleure utilisation des différents types de données produites par le système de santé. Les bénéfices attendus concernent la démocratie sanitaire, le renforcement de l'autonomie des patients, le développement de la recherche et de l'innovation, l'efficacité de l'action publique et l'amélioration des pratiques professionnelles. Cependant, la principale limite à cette ouverture

### Ouvrir l'accès aux données publiques mais garantir la vie privée

est la nécessité de garantir la protection de la vie privée des patients.

Pour la commission, la nécessité de protéger la vie privée des personnes est d'autant plus partagée que les données de santé constituent des données particulièrement sensibles. Le risque de réidentification des personnes dans les bases médico-administratives, qui peut survenir dès lors qu'un tiers se trouverait avoir par ailleurs connaissance de certains traits spécifiques du parcours de soins de ces personnes, n'est pas nul. La commission a caractérisé des niveaux de risque objectivement mesurés, justifiant différences de procédure d'accès. Ainsi, pour les données strictement anonymes, à risque nul d'identification, la commission préconise un accès totalement libre et sans restriction de réutilisation des données publiques. La commission prône le principe d'ouverture par défaut des données publiques anonymes de santé, sauf exception motivée.



Composée de 43 membres, la commission a réuni l'ensemble des parties prenantes, soit :

- patients et usagers ;
- professionnels de santé ;
- établissements de santé ;
- industriels ;
- organismes complémentaires ;
- chercheurs ;
- producteurs de données ;
- Institut des données de santé ;
- services de la Cnil ;
- juristes.

Les données issues d'enquêtes et de recherches menées sur fonds publics devront dès leur conception prévoir l'ouverture des données anonymisées, sous couvert de solutions au niveau législatif, technique et économique. Pour les données présentant un très faible risque de réidentification, une procédure simplifiée pourrait être retenue dès lors que la Cnil, après avis d'un comité technique, en aura validé les caractéristiques. Enfin, pour les données détaillées, emportant de ce fait un risque plus important de réidentification, la commission propose de simplifier le circuit des demandes d'accès des organismes privés ou publics en créant un canal unique d'autorisation délivrée par la Cnil. Deux comités, l'un technique, l'autre d'orientation, seraient chargés de la gouvernance générale de l'*Open data* en santé.

## OCDE : Données de santé



D'après l'OCDE, Les dépenses de santé ont recommencé à augmenter, après avoir stagné, voire reculé, dans de nombreux pays de l'OCDE pendant la crise, mais à un rythme qui reste bien inférieur

au taux avant la crise, notamment en Europe. En 2012, les dépenses de santé représentaient 9,3 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE. Elles ont peu évolué par rapport à 2011 (9,2 %) mais ont augmenté par rapport à leur niveau d'avant la crise, qui s'établissait à 8,6 %.

En Europe, les dépenses de santé ont continué de reculer en 2012 en Grèce, en Italie, au Portugal et en Espagne, ainsi qu'en République Tchèque et en Hongrie. En Grèce, elles étaient en 2012 inférieures de 25 % à leur niveau de 2009, principalement en raison des coupes dans les dépenses publiques.

Dans d'autres régions du monde en revanche, le Chili et le Mexique ont enregistré une forte hausse de leurs dépenses de santé en 2012, de respectivement 6,5 % et 8,5 %, en grande partie liée à la poursuite des efforts en vue d'assurer une couverture d'assurance-maladie universelle et l'accès de tous aux soins. Les dépenses de santé en Corée du Sud ont continué de progresser à un taux annuel de 6 % depuis 2009, notamment en raison de la hausse des dépenses privées. Aux États-Unis, les dépenses de santé se sont accrues de 2,1 % en 2012, soit plus que la moyenne de l'OCDE, mais à des niveaux similaires à ceux de 2010 et 2011.

## En savoir plus

## Présidence italienne

À la tête du Conseil de l'Union européenne pour le second semestre 2014, l'Italie a dévoilé un programme d'action ambitieux sous le titre : *Europe, Un nouveau départ*. Concernant la santé, plusieurs points sont à retenir. Tout d'abord, la présidence italienne réaffirme la priorité qu'est la santé, tant du point de vue de soins que de la prévention et de la promotion de styles de vie sains. La prévention des maladies respiratoires, du cancer, la vaccination, la lutte contre le VIH restent des perspectives d'actualité.

En ce qui concerne les soins, la qualité des services devra être renforcée pour assurer aux patients des soins de qualité, dans une triple logique d'efficacité, d'efficacités et de coût-efficacité.

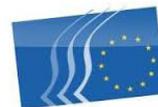
La présidence italienne entend aussi promouvoir les soins palliatifs, le traitement de la douleur et orienter des débats sur la santé mentale.

Les efforts de recherche et d'innovation seront pour-

Inscrivez-vous sur [pf2s.fr](http://pf2s.fr) et retrouvez toutes les actualités et brèves au jour le jour



Je m'inscris sur [pf2s.fr](http://pf2s.fr)



Comité économique et social européen

## Mesurer le bonheur

En conclusion d'un débat qu'il a organisé début juin 2014 intitulé *Parlons du bonheur*, le Comité économique et social européen (Cese) préconise la mise en place d'un système de mesure orienté sur la production à une perspective plus large fondée sur le revenu réel des ménages et le bien-être des générations actuelles et futures.

Pour le Cese, la mesure du PIB ne peut indiquer si la population d'un pays bénéficie d'une bonne qualité de vie, car cet indicateur ne tient aucun compte ni des normes en matière d'environnement et de durabilité ni du principe de justice distributive. De même, le Comité estime qu'il est important de mesurer le bien-être des Européens et d'être informé de leurs préoccupations. Il pense souhaitable d'investir dans le développement durable, la cohésion sociale et la qualité de la vie, ce qui permettra d'apporter la croissance, l'emploi, le développement et la richesse.

Le Cese plaide en faveur du développement de statistiques indépendantes, de grande fiabilité et comparables au plan international. Il souhaite voir augmenter l'importance d'*Eurostat*, notamment en ce qui concerne la collecte des données qui mesurent la qualité de vie et le caractère durable des décisions politiques. Enfin, le Cese demande que la nouvelle Commission réalise des évaluations d'impact de ses politiques, notamment en ce qui concerne leur incidence sur la qualité de vie des citoyens européens.



2014  
Présidence Italienne du Conseil  
de l'Union Européenne

suis dans les domaines de la pharmacologie et des services médicaux. La présidence s'attachera à la révision de la directive sur la transparence de la régulation des prix des produits médicaux et leur transfert dans les systèmes d'assurance.

Enfin, la présidence italienne mettra un *focus* particulier sur la santé dans la région méditerranéenne, afin notamment de partager les expériences des pays du sud de l'Europe.

## ENVI

**ENVI, commission environnement, santé publique et sécurité alimentaire, est l'une des vingt commissions et deux sous-commissions permanentes du Parlement européen dans lesquelles siègent les 751 députés européens élus en mai dernier.**



**La** commission *ENVI* du Parlement européen est composée de soixante-sept membres titulaires et autant de suppléants. Le démocrate-chrétien (groupe du Parti populaire européen) Italien Giovanni La Via en a été élu à la présidence le 7 juillet. Le nordiste Gilles Pargneau (Groupe Alliance progressiste des socialistes et démocrates) est la quatrième et dernier vice-président. La commission a de multiples compétence dans ses trois champs d'action.

En ce qui concerne l'environnement, elle est particulièrement concernée par le changement climatique, les pollutions et substances dangereuses, la gestion des déchets et le recyclage, le développement durable, les mesures et agréments internationaux et régionaux de protection de l'environnement, la protection civile. Pour la santé publique, la commission active des programmes et actions spécifiques, notamment liés aux aspects du bioterrorisme relevant de la santé. Enfin, pour la sécurité alimentaire, elle travaille sur l'étiquetage et la sécurité de produits alimentaires, sur la législation vétérinaire en rapport avec les risques pour la santé humaine, sur la sécurité sanitaire des produits ali-

mentaires et des systèmes de production alimentaires.

Durant la dernière législature (2009-2014), la commission *ENVI* a clôturé soixante-et-une procédures législatives ordinaires, soit plus que toute autre commission. Elle a adopté 139 avis sur des rapports d'autres commissions. Dans le domaine de la santé, *ENVI* a permis l'adoption de la directive relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, de la directive sur la transplantation d'organe, une révision du règlement sur les essais cliniques

*ENVI* est responsable des relations avec les agences et organes européennes relevant de ses compétences.

Agence européenne pour l'environnement (AEE, Copenhague).

Agence européenne des médicaments (EMA, Londres).

Agence européenne des produits chimiques (ECHA, Helsinki).

Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA, Parme).

Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC, Stockholm).

Office alimentaire et vétérinaire (OVA, service de la Commission européenne).

Dans son fonctionnement, le Parlement européen peut créer des sous-commissions et des commissions spéciales traitant de problèmes spécifiques.

Dans le cadre de ses compétences de contrôle, il peut aussi mettre en place des commissions d'enquête pour examiner les allégations d'infraction au droit communautaire ou de mauvaise administration dans l'application de celui-ci. Les commissions parlementaires sont au nombre de vingt. Leur composition politique reflète celle du Parlement.

Elles sont composées de vingt-quatre à soixante-seize députés et sont dotées d'un président, d'un bureau et d'un secrétariat

Les commissions parlementaires se réunissent une ou deux fois par mois à Bruxelles et leurs débats sont publics.

En commission parlementaire, les députés européens élaborent, amendent et votent des propositions législatives et des rapports d'initiative.

Ils examinent les propositions de la Commission et du Conseil et, s'il y a lieu, ils rédigent un rapport qui sera présenté à la séance plénière.

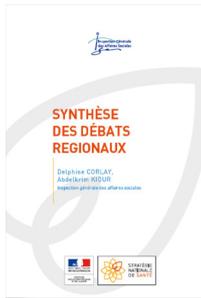
Enfin, le Parlement européen peut créer des sous-commissions et des commissions temporaires traitant de problèmes spécifiques ou des commissions d'enquêtes dans le cadre de ses compétences de contrôle.

Les présidents des commissions coordonnent leurs travaux au sein de la Conférence des présidents des commissions.



**Stratégie nationale de santé : synthèse des débats régionaux,**  
**Delphine Corlay,**  
**Abdelkrim Kiour**

Igas, mai 2014



Deux cent cinquante propositions ont été transmises par les agences régionales de santé à l'issue des forums régionaux prenant

appui sur la stratégie nationale de santé. Plusieurs régions ont mis en avant les besoins de politiques territorialisées pour prendre en compte les inégalités sociales de santé. Renforcer les compétences des acteurs et leur contractualisation, d'une part, développer l'éducation pour la santé, d'autre part, sont mis en exergue tout comme mener des études d'impact sur la santé des politiques publiques. Les propositions formulées portent aussi sur l'amélioration des stratégies et des dispositifs de prévention et de prise en charge, et sur la production de connaissances probantes pour l'aide à la décision.

Mieux coordonner les interventions, évaluer les stratégies d'action, redéployer les financements font aussi partie des priorités dégagées par les débats régionaux. La commission de coordination des politiques publiques (CCPP) a été régulièrement citée comme lieu de concertation et de pilotage des politiques.

Pour les soins, les débats ont abordé notamment l'articulation entre les différents segments de l'offre de soins, médico-sociale voire sociale pour améliorer l'accès aux soins de qualité. L'organisation des parcours de soins et le service territorial de santé ont été ainsi demandés. Les formations initiales et continues ont été largement évoquées, portées par la nécessité de créer de nouveaux métiers. La création d'outils permettant le partage de l'information entre les différents acteurs, et le portage d'une meilleure information pour la population ont été demandés, tout comme le développement de débats publics. Enfin, la démocratie sanitaire est vue comme un enjeu majeur, pour asseoir l'autonomie du patient, d'une part, et pour impliquer et accompagner les patient dans le fonctionnement et l'évolution du système de santé.

*Consultez en temps réel les rapports sur le site du pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie*  
[www.educsantepicardie.org](http://www.educsantepicardie.org)



**Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires,**  
**Anne-Carole Bensadon,**  
**Philippe Barbezieux**

Igas, avril 2014



La mission de l'Inspection générale des affaires sociales s'est efforcée de répondre aux questions suivantes : comment mieux anticiper et analyser les risques liés au travail pour les prévenir, notamment ceux liés à de nouvelles formes d'organisation du travail ? Comment améliorer la dynamique d'articulation entre santé au travail, santé publique et santé environnementale ? Quelles pistes concrètes pourraient favoriser le maintien dans l'emploi des salariés malades ? L'entreprise peut-elle jouer un rôle comme lieu de promotion de la santé ?

Pour y répondre, la mission analyse, dans une première partie, les facteurs de risque cardiovasculaires en insistant sur ceux en rapport avec des situations de travail, puis dans une deuxième partie présente les démarches de prévention et de promotion de la santé dont elle a pu prendre connaissance ainsi que le contexte général dans lequel elles interviennent. Sur la base de l'analyse des facteurs de risque cardiovasculaires et des actions mises en œuvre, la troisième partie propose un certain nombre d'orientations pour repenser les jeux d'acteurs et mieux articuler santé publique et santé au travail. Parmi les treize orientations de la mission, se trouve la demande de mieux structurer et optimiser les données sur la santé au travail qui doivent s'inscrire dans une politique globale d'amélioration des connaissances sur la santé au travail.

**Bibliographie sur les inégalités de santé**  
 Irdes, juin 2014



L'Irdes met à jour la bibliographie sur les inégalités de santé autour de grands thèmes :

- la construction des inégalités : concepts et méthodes ;
- les déterminants des inégalités de santé ;
- les inégalités d'accès aux soins ;
- le renoncement aux soins et le non-recours ;
- le refus de soins ;
- L'évaluation des politiques publiques.

Pour chacun des thèmes, l'Irdes cite des références issues de ses propres travaux et recherches, mais aussi de la littérature française et étrangères. Chaque entrée bibliographique comporte un résumé en français ou en anglais en décrivant les principaux apports. Des hyperliens sont aussi quelquefois disponibles.

# « Zéro sans solution » pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap

Conseiller d'État, Denis Piveteau vient de remettre un rapport sur le parcours de vie sans rupture des personnes en situation de handicap et leurs proches. Fort de cent-trente-et-une mesures, il préconise l'instauration d'une véritable culture de parcours.

**S**ous ce que l'on pourrait appeler un slogan, le « zéro sans solution » signifie donc que toute personne en situation de handicap devrait pouvoir se voir offrir à chaque instant une « réponse accompagnée », éliminant ainsi les ruptures de parcours. Le rapport Piveteau en énumère les causes : manque d'anticipation et de maîtrise du projet dans les parcours de vie, insuffisance quantitative et qualitative de l'offre adaptée, responsabilité dispersée...

Près de quarante ans après les grandes lois de 1975 et une décennie après la loi du 11 février 2005, Denis Piveteau interroge ainsi la mission du service public médico-social. Il ne fait aucun doute pour lui que ce service doit être recentré sur l'accompagnement des plus fragiles. Il identifie trois fonctions de ce service public.

Une fonction de vigilance, qui consiste à savoir prendre l'initiative, à ne pas attendre l'urgence ou le dernier moment. Être en somme, vis-à-vis de la personne fragile, dans une attitude de proposition créative. Une fonction de coordination, qui consiste à soulager l'usager, lorsqu'il est en situation fragile ou « complexe », de tout ou partie de la gestion cohérente des multiples intervenants éducatifs, sociaux et soignants qui s'adressent à lui. Dans son intérêt d'abord, mais aussi dans un but d'efficacité de l'action collective. C'est une fonction qui peut aller jusqu'à la « gestion de cas ». Enfin, une dernière fonction est de s'assurer du soutien ou de « renforcement des capacités » (*empowerment*), ce qui consiste à élever le niveau de choix, d'influence et de contrôle que peut avoir l'usager fragile sur les événements de sa vie et ses rapports avec les autres.

L'objectif de mieux accompagner les situations complexes de handicap est exemplaire d'une telle démarche. Les auteurs du rapport estiment que cet objectif est au cœur de la transversalité attendue de la montée en puissance des ARS, en ce qu'il s'inscrit dans le nouveau positionnement de l'hôpital sur la médecine de parcours et qu'il incite au travail pluridisciplinaire en soins primaires.

**Dans ce dispositif,  
la MDPH doit être  
l'interlocuteur unique**

Ils estiment aussi qu'il ne s'agit pas d'entrer dans une logique de demande de moyens toujours supplémentaires, mais plutôt de réorganiser l'offre sanitaire et sociale. L'objet ne serait plus de proposer des « places » mais des « réponses ». Alors que la place demande des profils de personnes qui lui sont compatibles, la réponse serait un dispositif modulaire, capable de combiner plusieurs prises en charge médico-sociales, sanitaires, éducatives, et d'épouser les situations complexes ou évolutives. La réponse s'adresse ainsi à la personne, en priorité dans son environnement de vie ordinaire. Elle doit s'organiser selon un principe de subsidiarité, qui privilégie d'abord les lieux de vie les moins spécialisés. Les structures de plus haute technicité (sanitaires et médico-sociales) doivent s'organiser pour intervenir au service de celles qui le sont moins, par des équipes mobiles et pour des séjours temporaires, séquentiels ou de répit. Cela signifie par conséquent une coordination des interventions multiples



afin de garantir qu'il y a toujours une réponse peut obliger à mettre bout à bout des étayements multiples, ou conduire à des réponses qui ne sont pas immédiatement à hauteur du souhaitable. L'appui (*empowerment*) consiste à fournir des réponses plus modulaires et proches du milieu ordinaire de vie constituent, pour la personne et ses proches, des appels à être vraiment pilotes de leurs parcours. La MDPH, en charge de la fonction d'assemblage des interventions, doit donc être l'interlocuteur unique pour chaque situation individuelle, avec l'appui sans faille de tous les autres pouvoirs publics et de profondes transformations de leurs méthodes de travail. Le rapport affirme que, sous la conduite de la MDPH, soit collecté l'ensemble des éléments pertinents d'observation qui tissent le parcours de la personne sous la forme d'une information structurée et accessible. Il faudra dès lors veiller à accompagner la personne et sa famille dans la gestion des informations versées à son dossier, en lien avec la question de la confidentialité des données médicales ou sociales.

**18-19 septembre 2014, Nantes**

15<sup>e</sup> journée nationale d'étude Élus, santé publique & territoires, 3<sup>e</sup> rencontre nationale des conseils locaux de santé mentale. *Démocratie et santé mentale : Quelles politiques ? Quels acteurs ? Quels partenariats ?*  
Organisée par Élus, santé publique & territoires

Contact : [http://www.espt.asso.fr/images/2014\\_18-19sept-clsm-sism.pdf](http://www.espt.asso.fr/images/2014_18-19sept-clsm-sism.pdf)

**18-19 septembre 2014, Rennes**

Secondes Journées d'échanges en santé environnement  
Organisées par l'EHESP

Contact : <http://www.ehesp.fr/2014/03/11/journees-dechanges-en-sante-environnement-jean-pierre-bechac-2014/>

**24 septembre 2014, Nancy**

7<sup>e</sup> édition des rencontres territoriales de la santé publique  
«Construire des dynamiques territoriales favorables à la santé - Quels acteurs ? Quelles actions ? Quelles articulations ? Quelles évaluations ?»  
Organisée par le Centre national de la fonction publique territoriale

Contact : <http://www.cnfpt.fr/content/construire-dynamiques-territoriales-favorables-a-sante?gl=NjliOGJkMzI>

**25 septembre 2014, Amiens**

Handicap psychique : mieux se connaître pour mieux accompagner»  
Organisé par le Creai de Picardie

Contact : 03 22 52 23 35, e-mail : [creai.picardie@wanadoo.fr](mailto:creai.picardie@wanadoo.fr)

**4 novembre 2014, Paris**

Les Creai ont 50 ans : Quel appui et accompagnement des Creai aux transformations des politiques sociales et médico-sociales ?

Organisé par l'Association nationale des Creai (Ancreai)

Contact : <http://www.ancreai.org>

**20 novembre 2014, Noyon**

5<sup>e</sup> journée annuelle de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie. *Jeunes et précarité.*  
Organisée par la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie, le conseil général de l'Oise et l'OR2S.

Contact : [plateforme@or2s.fr](mailto:plateforme@or2s.fr)

**24-26 novembre 2014, Besançon**

20<sup>e</sup> anniversaire des journées nationales des Sessad. *Les Sessad à l'heure du bricolage ? Une inventivité permanente au service du parcours singulier.*

Organisé par l'Ancreai et les Creai de Bourgogne, Franche-Comté, Champagne-Ardenne, Lorraine

Contact : <http://ancreai.org/content/les-sessad-a-lheure-du-bricolage>

**5<sup>e</sup> Journée annuelle de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie**

**Jeunes et précarité  
Noyon, 20 novembre 2014**



Après Amiens (2010, 2013), Beauvais (2011) et Soissons (2012), la 5<sup>e</sup> Journée annuelle de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie se déroulera à nouveau dans l'Oise le 20 novembre prochain sur le thème de **Jeunes et précarité**.

En introduction, Rémy Caveng de l'université de Picardie Jules Verne reviendra sur la notion de précarité qu'il s'attachera à mettre en perspective avec l'affaiblissement des structures sociales.

Deux tables rondes lui succéderont, sur :  
- les définitions plurielles de la jeunesse ;  
- des expériences de précarisation.  
Leur objectif est de montrer comment les politiques, dispositifs définissent la catégorie des «jeunes», d'une part, et comment la précarité est elle-même définie et prise en compte.  
L'après-midi, la journée prendra une nouvelle dimension avec l'organisation d'un *speed meeting* permettant à une quinzaine de structures de présenter un dispositif ou une action abordant les jeunes et la précarité.

**Pour continuer à recevoir  
Plateforme sanitaire et sociale,  
Inscrivez-vous sur [pf2s.fr](http://pf2s.fr) et retrouvez  
toutes les actualités et brèves au jour le jour**



**Cliquez sur l'image**



Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3 rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1  
Tél : 03 22 82 77 24, mél : [info@or2s.fr](mailto:info@or2s.fr) site : [www.or2s.fr/www.pf2s.fr](http://www.or2s.fr/www.pf2s.fr)  
Mél : [plateforme@or2s.fr](mailto:plateforme@or2s.fr)

Directrice de publication : Dr Élisabeth Lewandowski (or2s)  
Comité de rédaction : Anne-Claire Boucher (conseil général de la Somme), Danièle Bourgery (conseil régional de picardie), Letitia Cecchini (gestion du risque assurance maladie), Yassine Chaïb (drjcs), Rémy Caveng (université de picardie), Émilie Fauchille (or2s), Lugdivine Godin (msa), Bruno Goethals (carsat nord-picardie), Laurent Haegemann (msa), Marie-Véronique Labasque (creai), Philippe Lorenzo (or2s), Éric Moreau (conseil général de l'oise), Anna Ouattara (carsat nord-picardie), Aline Osman-Rogélet (or2s), Yvonne Pérot (insee), Gaëlle Raboyeau (ars), Claude Thiaudière (université de picardie), Alain Trugeon (or2s).

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo  
n° ISSN : 1962-283X  
© OR2S juillet 2014