

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°26

décembre 2014

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé

- Jeunes et précarité : journée de la *Plateforme* 2

Actualité

- Indicateurs de cohésion sociale 3

Brèves

Entretien

- Les inégalités sociales de santé. Entretien avec Pierre Lombraill, président de la SFSP 5

Initiative

- Évaluation d'impact sur la santé en Picardie 6

Focus : Les inégalités sociales de santé

- L'observation des inégalités sociales de santé 8
- Disparités d'accès aux professionnels. L'exemple des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes 10
- La santé au travail : inégalités territoriales en Picardie 11
- La MSA : opérateur de services dans les territoires 12
- Pôle de compétence : journée de travail sur les inégalités sociales de santé 13
- Inégalités de santé : l'influence du groupe social 14

Données nationales

- Les risques psychosociaux en France et en Europe 15

Brev'd'Europe

Europe

- Panorama de la santé en Europe 17

Doc

- Situation sociale : inégalités territoriales 19

Agenda

Tribune libre

- Le SIAO de l'Aisne 20

La loi sur la réforme territoriale a été définitivement votée le 17 décembre 2014. Elle réorganise la régionalisation commencée il y a quarante ans sous Valéry Giscard d'Estaing par la création d'un établissement public régional, poursuivie une décennie plus tard par la décentralisation voulue par François Mitterrand et conduite par Gaston Defferre.

La réduction du nombre de régions, passant de vingt-deux à treize, n'est que la partie la plus médiatique de la réforme parce que la plus immédiatement visible. Elle a un impact évident sur la vie des institutions et des populations. Mais la réforme est plus profonde.

Les services déconcentrés de l'État et les collectivités locales devront trouver de nouvelles modalités d'organisation et de travail partenarial, non seulement parce que leurs aires de compétences s'agrandissent aux nouvelles frontières régionales, mais aussi parce que la nature même de l'État est en train de se transformer. Dans sa conception moderne, d'opérateur majeur, ce qu'il était jusqu'à présent, l'État devient régulateur, superviseur, animateur et évaluateur de l'application des politiques publiques. Le nouveau découpage régional devrait être le niveau de coordination opérationnelle. Les services de l'État et le conseil régional organiseront ce niveau de proximité avec l'ensemble des populations avec l'objectif clair de réduire les inégalités, quelles qu'elles soient.

Dans ce nouvel espace que sera la région Nord - Pas-de-Calais - Picardie, et dans ce nouveau contexte politico-administratif, la Picardie possède nombre d'atouts à valoriser sur lesquels il faut capitaliser. Au rang de la santé publique, la *Plateforme sanitaire et sociale* est très certainement l'un d'entre eux. Elle est un modèle de partenariat réussi entre les institutions publiques, les organismes de sécurité sociale et le monde associatif. Dans son rapport sur la Sécurité sociale, la Cour des comptes en a d'ailleurs fait un exemple à suivre pour l'organisation de l'observation sanitaire et sociale en Picardie.

La constitution de bases de données qui est la résultante de ce partenariat, et leur analyse qui vient armer la réflexion sur la conduite de politiques publiques en sont les aspects les plus importants. Cela est l'accomplissement de plusieurs décennies de travail de terrain, tant par la collecte des données que par le tissage de liens forts entre les institutions. La nouvelle donne régionale ne doit évidemment pas en signer l'arrêt. Elle doit, tout au contraire, en être le nouveau terreau et aider à capitaliser les acquis.

Au niveau national, la création d'un nouvel institut de santé, réunion entre autre de l'InVS et de l'Inpes, aura des répercussions jusque dans les régions. Une nouvelle organisation avec les agences sanitaires, avec les agences régionales de santé et les opérateurs régionaux doit être trouvée.

Au niveau européen, encore, les programmations Europe 2020 et transfrontalières Interreg V franco-belge et franco-anglaise sont autant d'opportunités à saisir dans le nouvel espace régional.

L'année 2015 ne sera pas uniquement une année de transition. Elle est définitivement l'année où des nouvelles fondations doivent être posées afin que l'on puisse collectivement y construire l'avenir de nos institutions au service des populations.

NICOLE KLEIN

Préfète de Picardie

Préfète de la Somme

Jeunes et précarité : journée de la *Plateforme*

Organisée par la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie et l'OR2S, la journée de 2014 portait sur la thématique des jeunes et de la précarité.

La journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie s'est déroulée le 20 novembre dernier à l'Ifsi de Compiègne devant une soixantaine de personnes.

La journée fut introduite par Selim Kançal de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et par Rémy Caveng de l'université de Picardie Jules-Verne. Chacun de leur point de vue, celui de la politique publique pour le premier, de la recherche pour le second, ont mis en avant la polysémie des termes « jeunesse » et « précarité » et des nécessaires pluriels à certainement leur adjoindre. Selim Kançal a rappelé que la jeunesse était une priorité pour l'Europe avec la mise en place pour 2009-2018 de la Stratégie européenne pour la jeunesse. En France, le Comité interministériel de la jeunesse, installé en février 2013, a été consacré à deux objectifs majeurs : privilégier le droit commun pour tout ce qui concerne l'accès des jeunes aux droits sociaux pour en finir avec l'empilement des dispositifs dérogatoires et illisibles, d'une part, et favoriser l'engagement des jeunes et la sécurisation de leurs parcours dans leur globalité (formation, logement, santé, mobilité...), d'autre part.

Les intervenants des deux tables rondes qui se sont succédé dans la matinée ont par la suite décliné les enjeux de la jeunesse et de la précarité pour leur propre institution, les dispositifs gérés et les publics bénéficiaires de leurs services. L'accès aux droits des usagers de l'Assurance mala-

die, les étudiants en situation de précarité, les jeunes lycéens et les jeunes reçus par les missions locales, les actions de prévention en direction des jeunes publics, ont été cités parmi les exemples. Les intervenants se sont attachés à montrer l'articulation entre « jeunesse » et « précarité », bien qu'elle ne soit pas évidente ni aisée à mettre en œuvre.

L'après-midi s'est déroulée sous forme de sessions de *speed meeting* autour d'associations ou de services offrant un accompagnement aux jeunes. L'Écume du jour, les missions locales de la Picardie maritime et de l'Oise occidentale, Initi'elles, le centre d'information jeunesse de l'Aisne, Léo Lagrange ou encore Coallia, ont présenté chacun une ou plusieurs actions mises en œuvre vers les publics jeunes en situation de précarité. D'une durée d'une demi-heure, ces échanges ont permis de détailler l'action ou le dispositif présenté.

En conclusion de la journée, Dominique Carpentier, vice-président du conseil économique, social et environnemental de Picardie, a rappelé combien les politiques publiques devaient se mettre à l'écoute des différentes jeunesse et devaient leurs offrir des voies de développement et d'accès à la citoyenneté, et non des impasses.



Actions présentées lors du *Speed meeting*

L'Écume du jour (Beauvais)
La santé, c'est notre affaire : Groupes de parole de jeunes, promotion de la santé des jeunes en situation de précarité

Léo Lagrange (Picardie)
START / LÉO MOBILITÉ, programme visant l'autonomisation et l'insertion des jeunes adultes en manque d'opportunités

Mission locale Vallée de l'Oise
La santé des jeunes de 20-25 ans inscrits en mission locale

Mission locale Picardie maritime
Picardie maritime : Actions jeunes

Initi'elles (Amiens)
Actions santé

Centre d'information jeunesse de l'Aisne
Prévention santé et citoyenneté

Coallia Amiens
Épicerie solidaire jeunes

Indicateurs de cohésion sociale

L'OR2S publie la seconde édition des indicateurs de cohésion sociale. En une dizaine de thèmes, ce document permet une vision globale de la situation sociale de la population picarde, mais aussi une vue à l'échelle des départements et arrondissements.

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

Les données présentées dans « *Les indicateurs de cohésion sociale* » permettent d'approcher la situation sociale de la Picardie. Les indicateurs sont disponibles pour la région, les trois départements et les treize arrondissements qui la constituent et, pour la majeure partie d'entre eux, en référence à la moyenne nationale.

La population régionale atteint au recensement de population de 2011, près de deux millions d'habitants, son accroissement annuel moyen entre 2006 et 2011 est moitié moindre que la France, 0,25 % *versus* 0,54 %.

D'une manière générale, et quels que soient les thèmes abordés, la situation picarde est nettement moins favorable que celle de la moyenne française. Pour l'éducation, les taux de réussite aux différentes filières du baccalauréat sont inférieurs aux taux nationaux. Le revenu net imposable par foyer fiscal est de 23 053 € (2011),

inférieur de 9 % à la moyenne nationale, tandis que plus de 45 % des foyers fiscaux ne sont pas imposés pour 43 % en France.

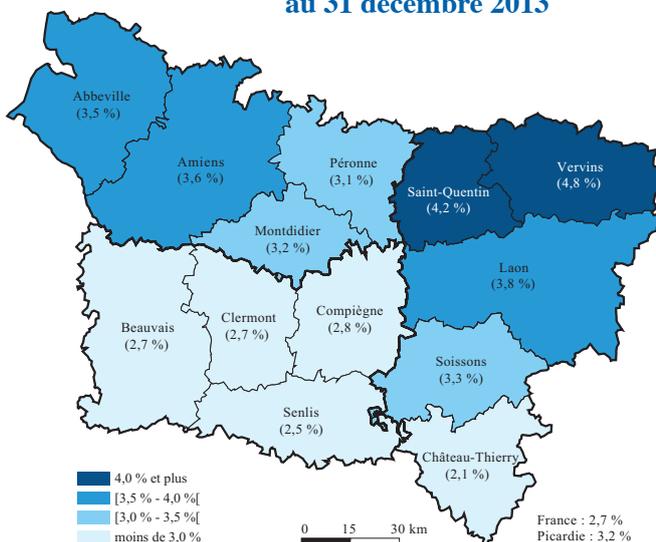
D'une manière générale, le nord-est de la région s'oppose au Sud

Le taux de chômage, de 11,6 % au troisième trimestre 2014, est largement supérieur au taux français (9,9 %). Le taux des demandeurs d'emploi en fin de mois de catégorie A des jeunes de moins de 25 ans est de 20,5 % pour 16,5 % en France au 31 décembre 2013. Toujours à cette même date, le taux des allocataires du RSA est un point au dessus du taux national (8,8 % *versus* 7,7 %). Concernant le taux de naissances vivantes de femmes mineures, il est très largement supérieur au taux

national, 3,0 ‰ contre 1,8 ‰ sur la période 2007-2013. Le taux des bénéficiaires de la CMU-c est de 7,2 % contre 6,4 % au niveau national au 31 décembre 2013.

La synthèse de ces indicateurs montre une fracture plus ou moins importante entre les arrondissements, la Picardie étant globalement coupée par un axe Nord-Sud. Deux arrondissements s'opposent plus particulièrement, celui de Vervins au nord de l'Aisne, et celui de Senlis, au sud de l'Oise. Une grande partie des indicateurs semble au rouge dans l'arrondissement axonais alors que ceux de celui de Senlis sont très proches de la situation nationale. La carte ci-contre présentant l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est, dans ce sens, très illustrative de ce constat en Picardie.

Allocataires de 20-59 ans de l'AAH au 31 décembre 2013



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee RP 2011

L'ouvrage « Les Indicateurs de cohésion sociale » a mis à contribution une quinzaine d'organismes fournisseurs de données.

Il rassemble des indicateurs autour de la démographie, de l'éducation et la scolarité, de l'emploi, de la fragilité professionnelle et des revenus, des allocations et autres prestations, du logement, des personnes en situation de handicap, de l'enfance et familles, et des personnes âgées.

Les indicateurs sont analysés par département et pour la plupart par arrondissement. Ils sont encadrés par les moyennes de la région, de la France hexagonale, ainsi que par les minimum et maximum des départements de France hexagonale. Les données couvrent, pour la grande majorité, les années 2011 à 2013.

Journée régionale des MSP 31 janvier, Amiens

Plus de deux cents professionnels de santé ont choisi en Picardie d'intégrer l'une des vingt-deux maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ouvertes. La Picardie est l'une des régions les plus dynamiques en matière de création de MSP.

L'ARS de Picardie a fait du développement des MSP une priorité. Elle accompagne à ce titre les élus et les professionnels de santé engagés dans un projet d'exercice coordonné des soins de premier recours.

Dans le prolongement de cet accompagnement, l'ARS a souhaité réunir les promoteurs actuels et potentiels des projets de MSP le temps d'une journée d'échanges d'expériences et de capitalisation des bonnes pratiques.

Co-organisée par l'ARS et la Fédération picarde des maisons et pôles de santé, en partenariat avec l'URPS médecins, cette 1^{re} journée picarde des MSP présente aux porteurs de projet une véritable boîte à outils leur permettant de maîtriser leur projet de MSP. Elle est l'occasion de s'approprier les fondamentaux d'une MSP, de s'enrichir de retours d'expériences et de découvrir de nouveaux outils. Enfin, elle vise à présenter et à décrypter aussi bien les enjeux structurels (organisationnels, financiers, juridiques etc.) que les pratiques professionnelles (télésanté, démarche qualité, protocole de coopération etc.) liés à la conception et au fonctionnement d'une MSP.



Les lois de 2015

En Conseil des ministres du 22 décembre 2014, ont été présentées les premières lois qui seront débattues dès la rentrée parlementaire de 2015.

Au programme, projet de loi sur l'organisation de la République, troisième volet de la réforme territoriale, projet de loi sur la transition écologique pour la croissance verte, projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, projet de loi relatif à la santé... Un débat doit aussi être organisé sur la fin de vie dans la foulée du rapport Clayes-Léonetti.

Des propositions de loi seront également à l'ordre du jour des deux assemblées : protection de l'enfant,

autorité parentale et intérêt de l'enfant, lutte contre le système prostitutionnel, fin de vie.

Le Gouvernement se donne toujours l'objectif de publier dans les six mois après promulgation de la loi, les décrets d'application. Chaque ministre concerné devra désormais contresigner un projet de décret dans les deux semaines et les organismes consultatifs devraient être saisis simultanément. En 2014, le taux d'application des lois n'a été que de 54 %.



Violence dans le monde

Le *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde** révèle que 475 000 personnes ont été assassinées en 2012 et que l'homicide est la troisième cause de décès dans le monde chez

l'homme de 15 à 44 ans, mettant en lumière la nécessité d'adopter une action plus décisive pour prévenir la violence. Malgré les éléments indiquant que les taux d'homicides ont diminué de 16 % à l'échelle mondiale entre 2000 et 2012, la violence demeure très

fréquente. Les actes de violence n'entraînant pas la mort font de nombreuses victimes chez les femmes et les enfants. Un enfant sur quatre a été victime de violences physiques ; une fille sur cinq a fait l'objet de violences sexuelles ; et une femme sur trois est victime au cours de sa vie de violences physiques et/ou sexuelles exercées par des partenaires intimes.

Lire l'article complet sur pf2s.fr

* Organisation mondiale de la santé, le Programme des Nations Unies pour le développement et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, janvier 2015



FNARS Sortir des sans abri
de l'urgence

La Fnars a organisé le 15 janvier, à Paris, des Assises « pour l'accès au logement des sans abri : sortir de l'urgence », à destination des travailleurs sociaux, directeurs d'associations, personnes accompagnées, représentants de l'État, des collectivités locales et des bailleurs sociaux. Il s'agissait de travailler à une concertation nationale pour trouver différentes solutions à mettre en œuvre afin d'en finir avec les réponses urgentistes et précaires au sans-abrisme en France.

Les inégalités sociales de santé.

Entretien avec Pierre Lombrail, président de la SFSP



Plateforme sanitaire et sociale : Pierre Lombrail, vous êtes président de la Société française de santé publique et, à ce titre, vous vous êtes penché sur les inégalités sociales de santé.

Pierre Lombrail : Effectivement, la Société française de santé publique (SFSP) s'est intéressée aux inégalités sociales de santé et a produit une réflexion partenariale, dans la mouvance d'une prise de conscience internationale. Les inégalités sociales de santé sont aussi constitutives d'une approche globale de la santé. Cela veut dire deux choses. La première, c'est que notre état de santé n'est pas uniquement tributaire de nos propres comportements. Certes, ils jouent un rôle important et les effets délétères des consommations de tabac ou d'alcool sur la santé sont, et depuis longtemps, fort bien documentés. Ensuite, la santé ce n'est pas que les soins, même si l'accès à des soins de qualité est essentiel (pour les personnes malades et pour la part médicalisée de la prévention), mais qu'il est lui-même très inégal.

PF2S : Justement, une étude très récente indique, au contraire, que les cancers ne seraient pas liés à nos comportements, mais au hasard !

P. L. : Cette étude pourrait sembler de nature à ébranler nos certitudes en attribuant la majorité des risques de développer un cancer au hasard. Mais, outre que ses résultats, biaisés (l'étude ne porte ni sur les cancers du sein ni sur ceux de la prostate), ont été très largement surinterprétés, on peut sans réserve continuer à s'appuyer sur la somme compilée par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS dans son rapport *Comblent le fossé en une génération*. Il montre clairement l'importance des conditions

de vie et de travail dans l'état de santé et dans la constitution du gradient social de santé qui traverse l'ensemble de la société. Ainsi, les auteurs de ce rapport invitent à remonter aux « causes des causes » : environnementales, matérielles (niveau de revenus, emploi...) ou psychosociales (pression psychologique, fragilité du support social...) Les inégalités sociales de santé résultent de leur inégale répartition sociale et territoriale.

PF2S : Quelles conséquences peut-on déjà en tirer ?

P. L. : C'est que prendre la santé sous l'angle des services de santé, de l'offre de santé, ou du changement de comportements individuels reste une approche très limitée. Elle est malheureusement encore trop souvent l'approche dominante que l'on retrouve dans les politiques publiques, y compris les projets régionaux de santé (PRS) ou les contrats locaux de santé (CLS). Du même coup, les acteurs qui sont mobilisés par ces politiques publiques sont ceux de la santé et que l'ARS connaît, alors que d'autres acteurs devraient être impliqués et engagés : ceux de la politique de la ville, du logement, de l'urbanisme... Les articulations avec le monde scolaire ou celui du travail restent encore trop isolées.

PF2S : Vous évoquiez un second axe de l'approche globale de la santé.

P. L. : Oui tout à fait, et c'est la continuité du premier axe. Il faut que les politiques publiques prennent en compte la multiplicité des besoins, des attentes et des représentations de l'ensemble de la population et des groupes sociaux et culturels qui la composent. En fait, notre santé dépend aussi de notre compréhension des ressources qui sont à notre disposition

et sur la capacité que nous avons, ou pas, à nous mobiliser, individuellement comme collectivement, pour protéger et promouvoir notre santé. C'est pour cela qu'il faut aussi préconiser des stratégies d'intervention au plus près des populations et des problématiques de santé rencontrées par celles-ci dans leurs milieux de vie. Cela implique de décroquer notre approche et de co-construire ces stratégies avec l'ensemble des parties prenantes : les populations elles-mêmes et les acteurs qu'ils soient ou non du monde de la santé. Les ateliers santé ville en sont un bon exemple, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) pour un objet plus limité ; les contrats locaux de santé (CLS) pourraient l'être.

PF2S : Et pourtant l'état de santé des populations n'a cessé de s'améliorer depuis des décennies, ne serait-ce que lorsqu'on regarde un indicateur comme l'espérance de vie.

P. L. : Il faut faire attention à ce type d'affirmation car, dans le même temps que s'améliorent l'hygiène, l'alimentation ou les services de santé, on note la persistance d'habitats insalubres, la précarité énergétique, l'insécurité alimentaire ou le renoncement aux soins. De même, l'allongement de l'espérance de vie n'est pas toujours synonyme d'espérance de vie en bonne santé, notamment pour les femmes et les catégories sociales les plus défavorisées.

Ce sont là des enjeux très concrets auxquels doit s'atteler une politique de promotion de la santé, telle que l'annonçait la Stratégie nationale de santé.

Propos recueillis
par **PHILIPPE LORENZO**

Évaluation d'impact sur la santé en Picardie

L'évaluation d'impact sur la santé, une démarche qui permet et facilite le travail intersectoriel autour des retombées que peuvent avoir les politiques publiques sur la santé des populations. Une action pilote est conduite par l'ARS, la préfecture de région et l'Ireps en Picardie.

Encore peu connue en France alors qu'elle est depuis des années à l'agenda des politiques publiques des pays anglo-saxons et nordiques, d'Amérique du Nord, de Suisse, etc, l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) commence à être développée. La littérature internationale en fait un outil approprié pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Démarche prospective, l'EIS essaie de déterminer et de documenter les impacts sur la santé et le bien-être, négatifs comme positifs, de toute action publique, avant qu'elle ne soit déployée. Elle s'appuie le plus souvent sur un groupe de travail intersectoriel *ad hoc*. Les recommandations qui concluent une EIS découlent largement d'une recherche de données probantes, scientifiquement construites (EIS rapide). Mais une EIS peut aussi mobiliser des dispositifs de recueil de données, quantitatives comme qualitatives, de mesures physiques (bruit, pollution...), etc. (EIS complète). Un suivi des recommandations finales est organisé en ce sens par le groupe de travail ayant mené l'évaluation, comme soutien à la prise de décision politique.

Cinq à six étapes émaillent la démarche, entre le repérage d'une action publique ou d'une politique publique pouvant bénéficier d'une EIS et le suivi des recommandations prises (cf. schéma ci-contre).

En Picardie, une démarche pilote a été menée au cours de l'année 2014. Elle s'est conclue par un séminaire

sur les inégalités sociales de santé (cf. article p. 13) et sur l'évaluation d'impact sur la santé le 12 décembre 2014.

Une démarche innovante en Picardie

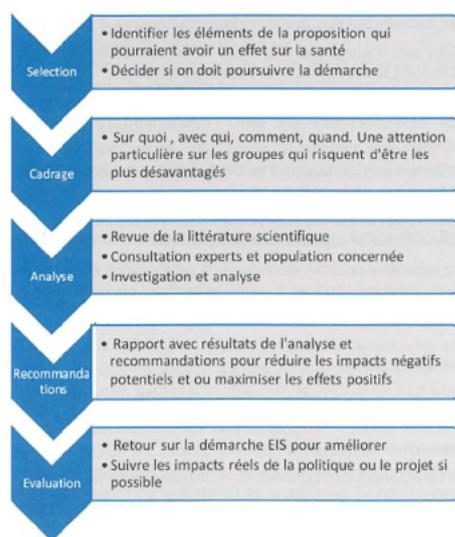
L'EIS est soutenue par l'agence régionale de santé et la préfecture de région dans le cadre de la mise en œuvre du plan interministériel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, initiée en janvier 2013 par le préfet de Picardie. Ce plan vise notamment à lutter contre les inégalités sociales et territoriales, y compris en santé.

L'ARS de Picardie a proposé en 2013 au préfet de région d'engager la Picardie dans la démarche d'EIS comme contribution à la déclinaison de ce plan. Le pilotage opérationnel de l'EIS a été confié à l'Ireps de Picardie.

Un double objectif était poursuivi : constituer un groupe de travail multi-sectoriel pour réaliser une évaluation d'impact sur la santé d'une politique et montrer la plus-value de la démarche au niveau régional.

Si une EIS est généralement tournée vers un objet territorialisé (réhabilitation d'un quartier, construction d'un ensemble immobilier, impact des moyens de transport dans une agglomération), l'EIS réalisée en Picardie a porté sur l'étude de la circulaire créant les maisons relais.

Une consultation publique est ouverte *via* Internet afin que les partenaires mais aussi tout un chacun



Source : *Évaluation d'impact sur la santé, une aide à la décision publique pour des choix sains, durables et équitables*, Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES)

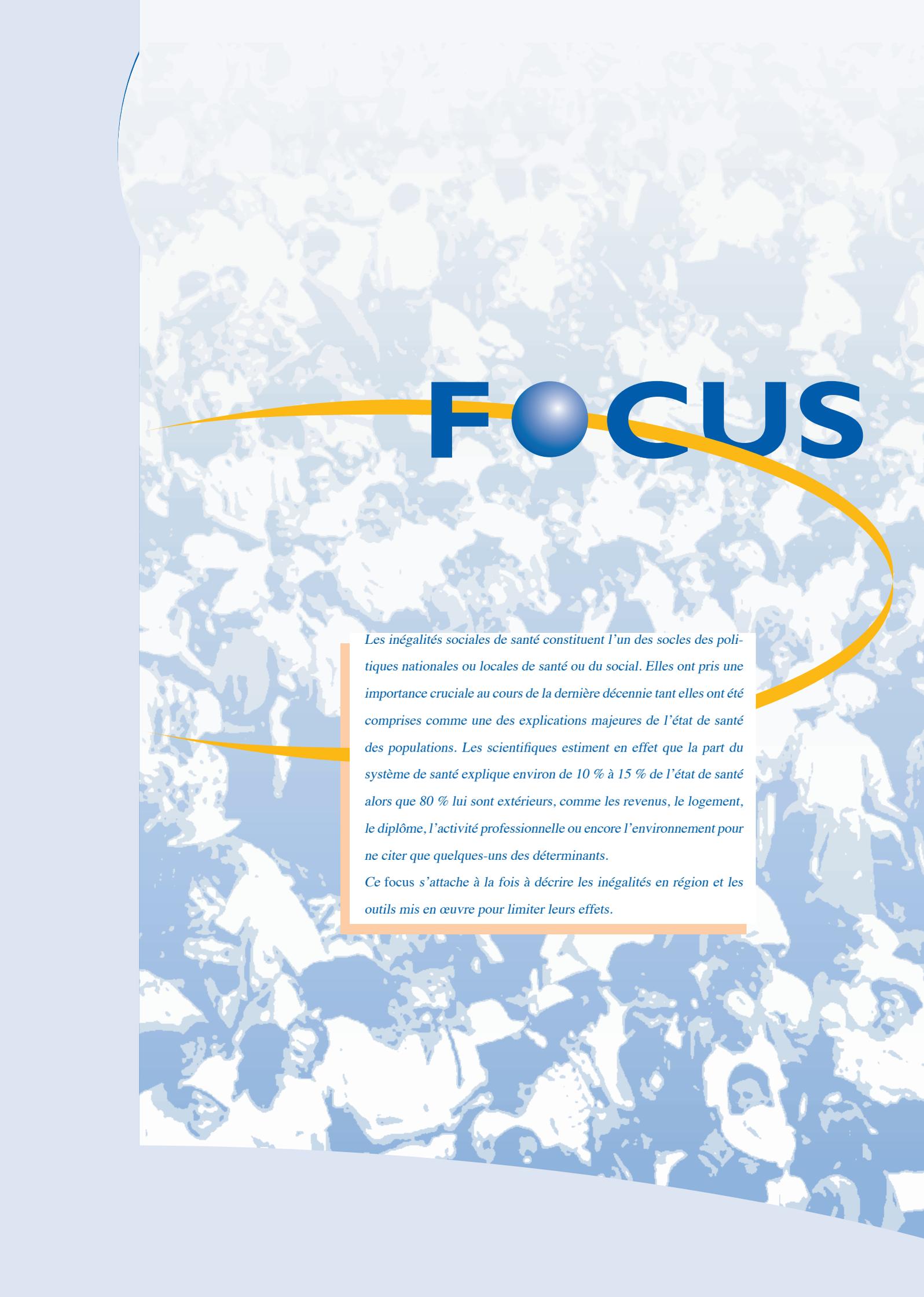
puissent donner leur avis sur les pré-recommandations (pour accéder à la consultation, cliquez ici).

GAËLLE RABOYEAU, HENRIETTE NOËL, LAURE THOMÄ-COSYNS,
ARS Picardie

PHILIPPE LORENZO, HÉLÈNE TROUILLET
Ireps Picardie

Composition du groupe de travail

- Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal) ;
- Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ;
- Direction départementale de la cohésion sociale de la Somme (DDCS 80) ;
- Conseil général de l'Oise ;
- Union départementale des centres communaux d'action sociale de la Somme (UDCCAS 80).



FOCUS

Les inégalités sociales de santé constituent l'un des socles des politiques nationales ou locales de santé ou du social. Elles ont pris une importance cruciale au cours de la dernière décennie tant elles ont été comprises comme une des explications majeures de l'état de santé des populations. Les scientifiques estiment en effet que la part du système de santé explique environ de 10 % à 15 % de l'état de santé alors que 80 % lui sont extérieurs, comme les revenus, le logement, le diplôme, l'activité professionnelle ou encore l'environnement pour ne citer que quelques-uns des déterminants.

Ce focus s'attache à la fois à décrire les inégalités en région et les outils mis en œuvre pour limiter leurs effets.

L'observation des inégalités sociales de santé nécessite la manipulation de multiples bases de données, tant dans le champ social que sanitaire, et la participation active de nombreux partenaires. La prise en compte des dimensions spatiale et temporelle sont par ailleurs essentielles.

Les inégalités sociales de santé font l'objet d'une attention toute particulière pour les institutions en charge de la politique de santé. Étant étroitement liées à l'environnement, aux conditions de vie et au contexte économique général, elles interpellent de manière large l'ensemble des acteurs : État, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, professionnels de santé et du social, associations, représentants des usagers... Dans ce contexte, les méthodes utilisées pour l'observation sont primordiales pour la mise en exergue de ces inégalités, par le fait qu'elles reposent sur le traitement des multiples sources de données. Celles-ci existent, tant dans le domaine sanitaire que dans le secteur social.

Toutefois, la très grande majorité des sources d'information traitant de la santé ne contient pas de données abordant la dimension sociale, et réciproquement. En effet, les bases d'organismes traitant de la dimension sociale (Caisse nationale d'assurance vieillesse -Cnav-, Caisse nationale d'allocations familiales -Cnaf-, Caisse centrale de mutualité sociale agricole -CCMSA-, conseils généraux) ne disposent pas d'informations sur la santé en dehors de données concernant certaines prestations sociales en rapport avec l'état de santé. Et, même dans ce cas, elles ne s'avèrent pas, le plus fréquemment, assez précises en termes épidémiologiques.

Si les appariements entre fichiers traitant des données individuelles constituent le *nec plus ultra* en la matière, cela demeure pour l'instant plus utopique que réaliste, même si une réflexion est engagée au niveau national dans ce sens (mais est-ce vraiment dans ce sens ?). Pour pallier en l'état cette absence, des techniques spécifiques d'analyse de données, à partir de données agrégées reposant sur des indicateurs calculés à

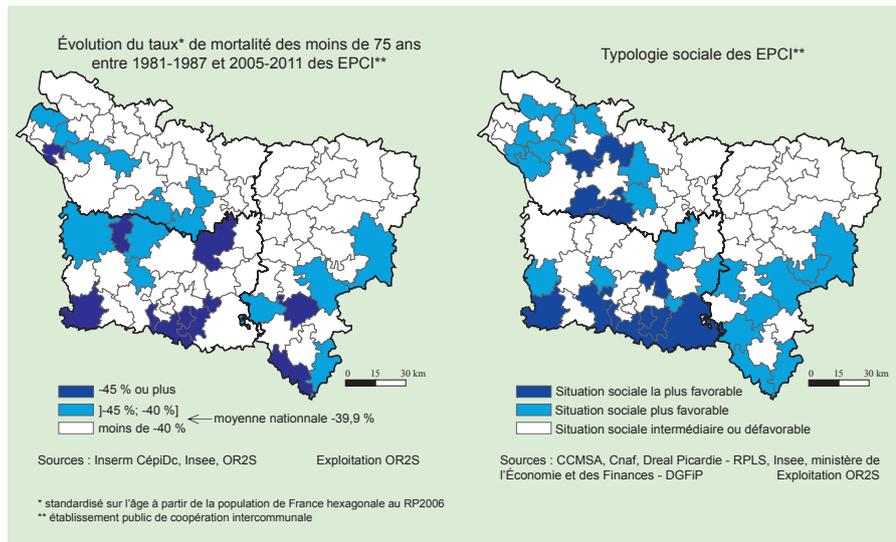
différents niveaux géographiques permettent d'entrevoir certaines relations. Des travaux allant dans cette direction sont en cours au sein de l'OR2S et, pour certains, ont déjà fait l'objet de communications, voire de publications. L'objet de ces travaux est de fournir une vision synthétique de la situation socio-sanitaire au sein de la Picardie, mais aussi par rapport aux territoires équivalents des autres régions de l'Hexagone. Ainsi, à partir d'indicateurs pertinents, provenant pour partie d'informations transmises par les signataires de la charte de la *Plateforme sanitaire et sociale*, des typologies ont été réalisées à divers niveaux géographiques plus au moins fins, à l'exemple de celles présentées dans une plaquette de huit pages¹, remise à l'occasion de la journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* le 20 novembre 2014.

Croiser les données sociales et sanitaires pour mettre en avant les zones les plus fragilisées

Dans le domaine de la santé, diverses sources de données permettent une meilleure connaissance de l'état de santé de la population et de ses comportements par rapport au système de santé. Toutefois, les indicateurs obtenus à partir des bases de données dites médico-administratives ne donnent qu'un certain reflet de la morbidité. Que ce soit le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ou les affections de longue durée (ALD), ils ne mesurent qu'une approche de la morbidité diagnostiquée à travers un dispositif dont l'objet initial est d'une autre nature qu'épidémiologique. Ces recueils sont néanmoins importants à analyser pour mieux comprendre l'état de santé de la population, tout en ayant en permanence une réflexion critique

de ce qu'ils transmettent. Par ailleurs, le croisement avec les données sociales devient encore plus efficient avec la prise en compte, dans le même temps, du niveau territorial dans sa grande diversité. Ces dimensions essaient d'être au mieux prises en compte afin d'offrir une vision synthétique de la situation socio-sanitaire (à l'image de la plaquette traitant de la situation sociale mentionnée précédemment). Ainsi, deux documents sont en cours de réalisation pour permettre aux différentes institutions en charge des politiques publiques de disposer des éléments d'aide à leur prise de décision sur leur unité géographique de base. Si les cantons, les arrondissements et les départements ont été analysés pour la composante sociale, ce sont les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), les pays, les territoires de santé et les régions qui le sont pour la dimension socio-sanitaire. Outre le fait de disposer d'un état des lieux le plus actualisé possible, les informations traitées doivent également prendre en compte la dimension temporelle. Si l'analyse des décès à un instant donné constitue une approche toujours pertinente de la mesure de l'état de santé, elle est également très utile dans l'approche des évolutions. La classification internationale des maladies dans la neuvième révision (Cim 9) a été utilisée entre 1979 et 1999 et des ajustements avec la dixième révision fait que l'analyse temporelle des causes de la mortalité des Français est mesurable sur plus de trente ans (cf. page ci-contre dans les encadrés, le paragraphe « *Quand l'évolution de la mortalité coïncide avec la typologie sociale* » et les deux cartes associées).

¹ *Situation sociale - Analyses des inégalités territoriales*, OR2S, novembre 2014. Téléchargeable à l'adresse suivante : <http://www.or2s.fr/Portals/0/Autres%20sociaux/plaq%20sociale2014.pdf>. (cf. page 19 pour plus de précision).



Les travaux dans les domaines sanitaire et social montrent toujours le même constat ; ils dévoilent une situation difficile pour la Picardie qui se retrouve parmi les régions de l'Hexagone qui connaissent les situations les plus défavorables. Ils montrent aussi à quel point le prisme territorial est indispensable dans la compréhension des inégalités sociales de santé. Un grand nombre de données étant disponibles au niveau communal, la vision de la situation au sein des territoires ruraux devient relativement précise. Par contre, le manque de données de santé à un niveau infra-communal empêche des analyses plus fines pour les villes les plus peuplées, alors qu'il est manifeste que des écarts importants sont marqués par de fortes inégalités, perceptibles également en termes de santé mais non quantifiables. En conclusion, l'observation socio-sanitaire reste encore à améliorer pour cibler au mieux les spécificités des territoires. Mais, les travaux menés fournissent d'ores et déjà une aide précieuse pour déterminer les zones prioritaires d'actions aux divers décideurs.

NADÈGE THOMAS, ALAIN TRUGEON
OR2S

Quand l'évolution de la mortalité coïncide avec la typologie sociale

Connaître les dynamiques des territoires est essentiel. L'analyse temporelle de la mortalité le permet. En effet, certains territoires qui ont un niveau de mortalité proche à un instant donné peuvent être dans des dynamiques différentes : certains peuvent avoir un différentiel de mortalité avec le niveau national qui s'améliore, à l'inverse d'autres. De façon plus précise, certaines zones présentant de forts taux de mortalité voient les écarts avec le niveau national s'accroître de plus en plus, alors que d'autres ayant une mortalité moindre ont une situation qui s'améliore. Cela a pour conséquence qu'au lieu de se résorber, les inégalités territoriales de santé ont plutôt tendance à s'accroître. Ainsi, le regard de la mortalité générale des moins de 75 ans est illustratif. Si la mortalité des personnes de ces âges ne cesse de diminuer en région comme sur l'ensemble du pays, le surplus de mortalité observé en Picardie au regard de la France hexagonale est davantage marqué ces dernières années, et ce, aussi bien chez les hommes que

chez les femmes. Ce surplus du taux standardisé de mortalité est passé de 13,5 % en 1981-1987 à 19,6 % en 2005-2011, sans différence suivant le genre. Ce résultat global, masque des situations contrastées au sein de la région. À titre d'exemple, le territoire de santé Aisne Nord - Haute-Somme voit ce surplus de mortalité des moins de 75 ans s'accroître avec les années, passant de 20,7 % en 1981-1987 à 35,9 % en 2005-2011, alors que pour les deux territoires de santé de l'Oise, il reste relativement stable depuis le début des années quatre-vingt-dix (près de 9 % pour celui de Oise Est et de 14 % pour le celui de Oise Ouest). Dans ce dernier département, des situations fort différentes sont également constatées à un niveau plus fin. Ainsi, la communauté d'agglomération creilloise a vu le surplus de mortalité par rapport au niveau national plus que doubler entre les deux périodes (passant de 15,5 % à 35,6 %) alors que l'établissement public de coopération intercommunale voisin a vu sa situation enregistrer une amélioration au regard du même niveau national. Ainsi, la communauté de communes de l'Aire Cantilienne présentait en 1981-1987 un taux qui était de 3,8 % inférieur à celui de la France hexagonale ; en 2005-2011, il est moindre de près de 15 %.

Les cartes ci-dessus permettent de visualiser combien, au niveau territorial, la mesure de l'évolution temporelle de la mortalité s'inscrit dans un certain gradient social. De nombreux EPCI qui présentent une diminution plus importante de la mortalité entre les années quatre-vingt et la première décennie des années deux-mille, meilleure que la moyenne nationale, sont le plus souvent ceux pour lesquels la typologie sociale fait état d'une situation plutôt favorable.

Disparités d'accès aux professionnels

L'exemple des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes

La Picardie se caractérise par une densité en professionnels de santé parmi les plus faibles de France, avec de fortes disparités infra-régionales. Plusieurs indicateurs permettent de les mesurer dont l'accessibilité potentielle localisée.

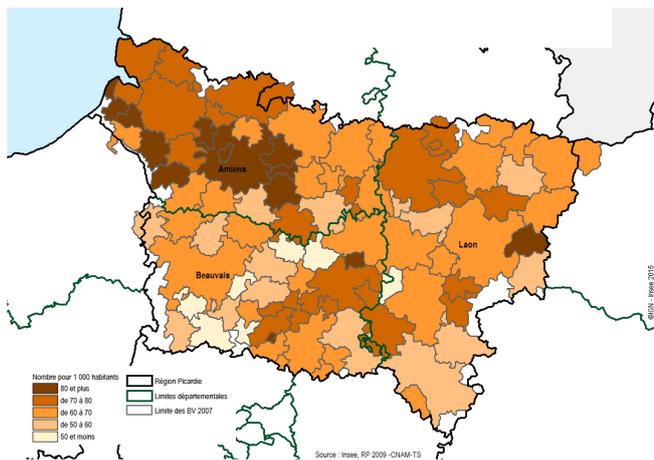
La faible densité en professionnels de santé en Picardie se caractérise notamment pour deux des professions auxquelles la population a le plus recours : les médecins généralistes et les chirurgiens-dentistes.

Dans le premier cas, on en compte 77 pour 100 000 habitants, soit moins qu'au plan national (85). Mais les disparités sont encore plus nettes au niveau infra-régional. Au-delà du nombre de praticiens, on peut mesurer ces différences en termes de possibilités d'accès à un généraliste, à travers un indicateur, l'accessibilité potentielle localisée (APL). Elle tient compte, côté offre, du niveau effectif d'activité des professionnels dans la commune de résidence ou les communes avoisinantes et, côté demande, de la structure par âge de la population dans le rayon d'exercice des généralistes, qui a une influence sur l'importance du besoin en soins.

Cet indicateur montre (carte 1) que cette accessibilité est plus facile dans l'ouest de la Somme, l'Amiénois, le Saint-Quentinois et la vallée de l'Oise, dans sa partie isarienne. En revanche, il est plus faible dans l'ouest et le centre de l'Oise et dans le sud de l'Aisne.

L'accessibilité potentielle localisée : un indicateur qui tient compte de l'offre et de la demande

Carte 1 : Disparités territoriales d'accès à un médecin généraliste
Accessibilité potentielle localisée
moyenne d'accès aux médecins généralistes

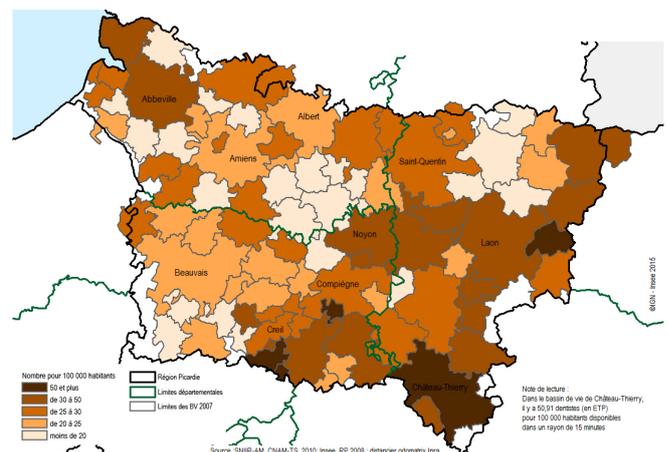


Cette situation risque cependant d'évoluer défavorablement dans les années à venir. Outre une densité médicale faible, la Picardie va être confrontée prochainement aux départs en retraite de nombreux médecins généralistes, dont la moyenne d'âge est de 54,5 ans, supérieure à celle observée au plan national. Afin de répondre à cette situation, près de 700 nouveaux généralistes libéraux, correspondant à la moitié de l'effectif actuel, devront s'installer d'ici à 2020 en Picardie.

La situation est un peu similaire pour les chirurgiens-dentistes. La densité médicale est faible en Picardie : 39 pour 100 000 habitants pour 63 au niveau national (dernier rang des régions de Métropole). À cela s'ajoute une accessibilité, mesurée là encore par l'APL, très variable selon les territoires (carte 2). En particulier, elle est assez faible en milieu rural, notamment dans les couronnes de centres urbains comme Amiens, Abbeville, dans la région de Roye-Montdidier et dans une partie de la Thiérache, ainsi que, comme pour les médecins généralistes, le centre et l'ouest de l'Oise.

PATRICK LE SCOUËZEC
Insee Picardie

Carte 2 : Disparités territoriales d'accès à un chirurgien-dentiste
Accessibilité potentielle localisée
moyenne d'accès aux chirurgiens-dentistes



Note : Le zonage des cartes est celui des bassins de vie qui sont délimités en fonction de la présence et de l'accès aux équipements et services les plus courants. Un professionnel est considéré comme accessible s'il exerce dans une commune située à moins de 15 minutes de l'utilisateur.

La santé au travail : inégalités territoriales en Picardie

Marquée par un contexte économique peu favorable, la région Picardie fait aussi face à des risques professionnels plus fréquents qu'en moyenne en France. Les salariés de la région sont plus souvent victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

La structure économique de la région explique en partie les inégalités observées en santé au travail. Les territoires picards présentent aussi des situations contrastées en matière de sinistralité avec des accidents du travail plus fréquents et plus graves dans le sud de la région. En baisse marquée en 2013, les accidents du travail du régime général restent en Picardie plus fréquents qu'au niveau national.

avec 37,6 accidents du travail pour 1 000 salariés, soit 3,8 accidents du travail de plus qu'au national.

Principalement composées de troubles musculo-squelettiques, les maladies professionnelles sont plus fréquentes en Picardie

ayant donné lieu à une incapacité permanente, sont concentrés dans les zones d'emploi de Beauvais, Roissy – Sud Picardie et Compiègne. À l'opposé, les accidents sont les moins fréquents pour les zones d'emploi d'Abbeville, Vallée de la Bresle – Vimeu, Amiens et Saint-Quentin, et les moins graves pour Péronne et Saint-Quentin.

En 2013, 1 569 maladies professionnelles ont été indemnisées pour la région Picardie, soit 266 cas de moins qu'en 2012. Néanmoins, les maladies professionnelles restent en région plus fréquentes qu'au niveau national. Pour 1 000 salariés, ce sont ainsi 3,4 maladies professionnelles qui sont indemnisées contre 2,8 en France. Les troubles musculo-squelettiques constituent la pathologie la plus fréquente puisqu'elle regroupe près de neuf maladies professionnelles sur dix.

Les territoires de la région Picardie présentent un clivage nord/sud en matière d'accidentologie

En 2013, 16 880 accidents du travail avec première indemnisation ont été enregistrés pour la région Picardie. Confirmant une tendance observée depuis plusieurs années, les accidents du travail sont ainsi moins fréquents que l'année précédente, leur diminution ayant été plus rapide que les pertes d'emploi. Néanmoins, les salariés de la région Picardie sont plus souvent victimes d'accidents

La baisse de la fréquence des accidents du travail est constatée dans la majorité des secteurs d'activité. En tendance sur huit années, la situation en matière de sinistralité des accidents du travail s'est améliorée dans les secteurs les plus accidentogènes (BTP et industrie) et s'est dégradée dans les secteurs engendrant moins d'accidents (notamment les services). C'est dans le sud de la région Picardie que les accidents du travail sont les plus fréquents, et notamment dans les zones d'emploi de Roissy – Sud Picardie, Soissons et Château-Thierry où l'indice de fréquence se trouve nettement au-dessus des moyennes régionale et nationale. Les accidents les plus graves, ceux

LETIZIA CHIARORE

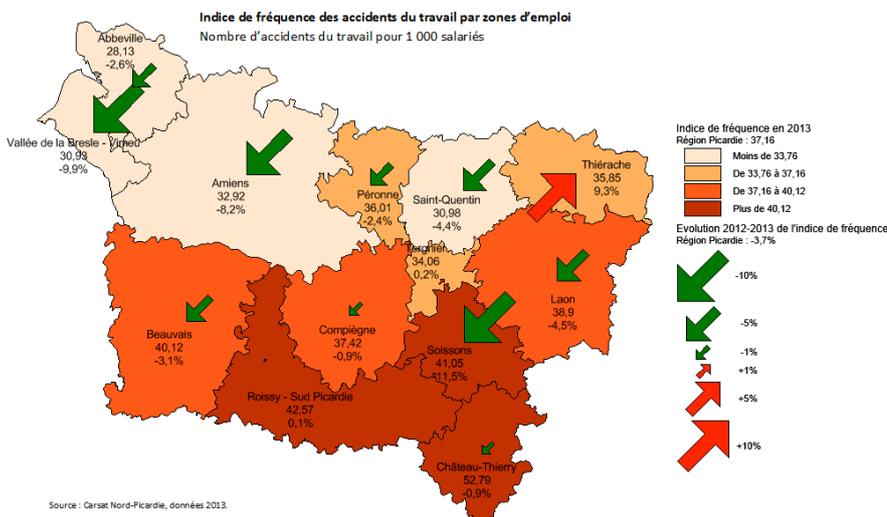
Chargée d'études risques professionnels, Carsat Nord-Picardie

En savoir plus

La santé au travail en Picardie, Atlas régional 2014.

www.carsat-nordpicardie.fr

Onklet entreprises/Rubrique Risques professionnels/Publications et documentation



Pourquoi les accidents du travail sont-ils plus fréquents en Picardie ?

En 2012, deux-tiers de l'écart de l'indice de fréquence entre la Picardie et le national sont expliqués par la structure d'activités de la région. En d'autres termes, si les emplois salariés de la Picardie étaient répartis entre les secteurs d'activité comme ils le sont en France, les accidents du travail seraient moins nombreux et donc moins fréquents.

La MSA : opérateur de services dans les territoires

En tant que guichet unique de protection sociale, la MSA de Picardie se positionne comme un opérateur de services dans les territoires. Treize points d'accueil sont répartis dans la région.

De manière à garantir un haut niveau de service, le maillage territorial des lieux d'accueil a été optimisé depuis la fusion régionale pour assurer une présence efficace, tout en prenant en compte les contraintes économiques de la Convention d'objectifs et de gestion 2011/2015.

Les treize points d'accueil répartis dans les trois départements permettent de maintenir un lien de proximité entre les ressortissants agricoles et la MSA (équipes administratives, conseillers sociaux, médecins du travail...) qui demeure l'interlocuteur de référence pour garantir l'accès aux services publics en milieu rural. Forte de ces atouts pour répondre aux problématiques d'inégalité, la MSA de Picardie s'appuie sur un certain nombre de partenariats, aussi bien dans le sanitaire et social que sur l'accompagnement professionnel et économique, pour contribuer à l'animation des territoires ruraux : collectivités territoriales, organismes professionnels agricoles, organismes sociaux, associations.

Pour que cette offre de service soit lisible et homogène dans sa déclinaison sur le territoire picard, la MSA de Picardie travaille en permanence avec ses élus, sur des thèmes tels que la prévention et l'accès aux soins, l'accompagnement du vieillissement, l'aide à la prise en charge du handicap, ou bien encore les actions en faveur des jeunes, à destination des établissements scolaires ou en partenariat avec les maisons familiales rurales.

Solidarité et proximité : le rôle de l' élu MSA

De manière à recueillir les besoins des populations et donner aux délégués cantonaux les moyens de remplir leurs missions sur les territoires, la MSA de Picardie a dédié un service qui leur est exclusivement destiné. Composé de trois animateurs départementaux, le service de l'échelon local est à l'écoute des élus et des territoires, et coordonne les actions

en lien avec les 1 490 délégués cantonaux, dont 104 présidents et 208 vice-présidents cantonaux ; les vingt-sept membres des comités départementaux, les vingt-sept administrateurs et trois représentants des familles.

Le service de l'échelon local a organisé les élections de janvier 2015 qui ont pour objet de permettre de poursuivre le projet solidaire de la MSA à travers son nouveau réseau d'élus.

Dans ce contexte mutualiste propre au régime agricole, des instances ont été créées depuis de très nombreuses années, telles que la commission de

recours amiable et le comité paritaire d'action sanitaire et sociale, pour être les garants de la mise en œuvre juste et équitable de la solidarité envers les familles et les entreprises les plus durement touchées par les crises.

Au cours du mandat qui s'est terminé, la MSA de Picardie a dans ce cadre soutenu 1 600 exploitations ou entreprises en difficulté pour un montant global de 3,4 millions d'euros. Dans le même temps, elle a accompagné près de 38 000 personnes afin de leur permettre d'affronter les difficultés quotidiennes pour un montant total d'aides attribuées de 14 millions d'euros.

L'action sanitaire et sociale

Le service action sanitaire et sociale (ASS) a également pour vocation de permettre l'accès aux droits et services (légaux et extra-légaux) ; il propose aussi sur les territoires une offre de service adaptée aux besoins des personnes en rupture familiale ou professionnelle et prévient les situations de précarité.

Le pôle gestion et ressources réalise l'ensemble des tâches administratives et techniques nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'ASS et des programmes d'actions (organisation de séjours famille, appels à projet, diagnostics territoriaux...)

D'autre part, le pôle actions et développement répond aux besoins sociaux des ressortissants agricoles en menant des actions individuelles ou collectives, pour leur permettre de faire face à différents types de difficultés.

MSA DE PICARDIE

Service Pilotage de la performance et de la qualité – mission OE2S

Les actions organisées dans le cadre de partenariats 2013

821 participants aux actions menées pour les familles (journée famille et premiers départs en vacances)

391 participants aux actions menées pour les seniors (journée seniors et premiers départs en vacances)

34 actions en faveur des seniors et des personnes âgées

13 actions en faveur des familles et des jeunes

9 actions en faveur des populations en difficultés

7 actions réalisées dans le domaine de la santé et ouvertes à tous les publics

La MSA de Picardie cherche constamment à dynamiser ses atouts et à les valoriser pour bâtir une offre de services comprenant les prestations obligatoires et complémentaires, y compris la dépendance, les prestations extra-légales et les prestations de services.

Pôle de compétence : journée de travail sur les inégalités sociales de santé

Dans le cadre du pôle de compétence en éducation pour la santé, une journée a été consacrée aux inégalités sociales de santé dans la région.

Cette journée, co-organisée par l'Ireps et l'ARS de Picardie dans le cadre du pôle de compétence, avait pour but de dresser un état des lieux des inégalités sociales de santé et des potentielles solutions pour les réduire. Elle a réuni une soixantaine de participants, des services de l'État, des collectivités locales mais aussi d'associations.

Une première conférence introductive est revenue sur ce que le concept d'inégalités sociales de santé recouvre. Conséquences du système socio-économique sur les modes de vie et sur le contrat social liant les individus entre eux et à la société, les inégalités sont d'abord des inéquités. Elles se trouvent donc d'emblée dans le champ de la justice sociale et ce sont des politiques publiques qui doivent être prises pour les diminuer et réduire la « cause des causes » : une répartition inéquitable des ressources, financières, mais aussi d'accès à la formation, à l'emploi, à la vie sociale et politique, etc.

Dans une seconde conférence, la situation picarde face aux inégalités a été brossée par l'OR2S. Sur la base d'un croisement de données sociales



Les intervenants de la table ronde (de gauche à droite) : Yves Duchange (ARS), Thierno Diallo (université de Genève), Valérie Godet (Ireps), Chantal Ledoux (ARS), Alain Trugeon (OR2S)

et de données sanitaires, les indicateurs dévoilent une situation picarde fragile (cf. articles p. 3, pp. 8-9 et p. 19). La nécessité de calculer des indicateurs d'évolution et synthétiques, d'une part, à des niveaux fins

Les CLS : un outil basé sur la programmation

et y compris infra-communales, d'autre part, est à même de mieux documenter les situations.

Venu de l'université de Genève, Thierno Diallo a salué le dispositif

de recueil d'informations disponible dans la région, véritable mine pour comprendre où se jouent les inégalités sociales de santé, mais qui fait défaut dans nombre de territoires.

La table ronde qui a suivi ces exposés s'est penché sur les démarches à entreprendre et les actions à mettre en place pour annihiler les effets des inégalités sociales de santé. Les dispositifs comme les ateliers santé ville (ASV) ou, *a fortiori*, les contrats locaux de santé (CLS) créés à cet effet par la loi HPST (2009), devraient pouvoir servir cet objectif. Encore faudrait-il qu'ils soient partenariaux et que leurs modalités d'utilisation soit partagées par tous les acteurs concernés, notamment dans leur fonction de programmation des actions. Territoriaux, ces deux dispositifs permettent la coordination des acteurs de terrain, la mutualisation de leurs moyens et la potentialisation souhaitée de leurs actions.

Enfin, plusieurs intervenants ont milité pour que l'évaluation des actions et des programmes ne porte pas que sur les processus et se focalise aussi sur les résultats à atteindre et atteints. La réflexion engagée se poursuivra en 2015 autour de l'utilisation des données probantes et de l'évaluation d'impact sur la santé comme outils opportuns à mobiliser dans ce contexte.



Inégalités de santé : l'influence du groupe social

L'état de santé perçue de la population active semble influencé par le groupe social d'appartenance. Les ouvriers connaissent une plus grande dégradation de leur santé perçue.

Entre 2006 et 2010, les deux vagues successives de l'enquête *Santé et itinéraire professionnel* (cf. encadré) permettent de suivre l'évolution de la santé de la population active.

Une analyse économétrique approche le rôle du groupe social sur la trajectoire de santé perçue compte tenu de l'état de santé selon le mini-module santé européen et des caractéristiques individuelles et professionnelles en 2006 telles que le genre, l'âge, le type de contrat de travail, le secteur d'activité...

Les conclusions de l'analyse montrent que le rôle de l'état de santé relevé en 2006 joue un rôle essentiel dans les trajectoires. L'idée était de savoir si entre 2006 et 2010, les personnes percevaient leur état de santé comme stable ou au contraire comme s'étant amélioré ou dégradé.

Ainsi, plus la santé perçue était élevée en 2006, plus le risque de dégradation est fort : une personne se déclarant en bonne santé en 2006 a plus de chances de connaître une dégradation de son état de santé quatre années plus tard, qu'un individu se disant initialement avec un état de santé moyen.

Ni le genre ni le type de contrat de travail ou le secteur d'activité, public ou privé, ne semble jouer un rôle significatif sur cette dégradation de la santé perçue. En revanche, l'avancée en âge accroît le risque de dégradation. Entre 45 et 49 ans, ce risque augmente significativement par rapport à une personne âgée de 30 à 34 ans.

Mais le risque d'observer une trajectoire descendante de son état de santé est le plus directement corrélé avec la profession et les catégories socio-professionnelles. D'après leur déclarations, le fait d'être cadre ou d'une profession intermédiaire en 2006 semble protéger significativement les personnes contre le risque d'une trajectoire de santé descendante par rapport au fait d'être ouvrier.

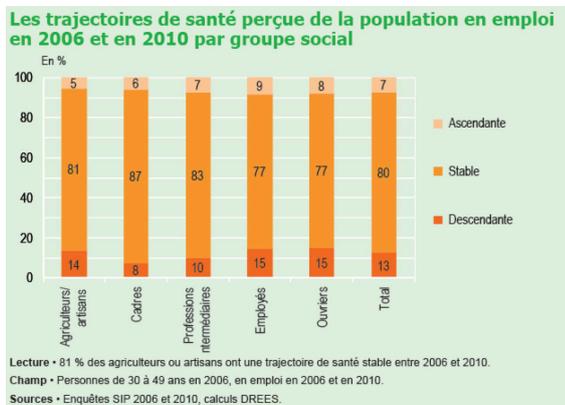
L'évolution de l'état de santé des cadres et globalement plus favorable que celle des ouvriers

En 2006, 90 % des cadres et 87 % des professions intermédiaires se considéraient en bonne ou en très bonne santé, contre 81 % des employés et 79 % des ouvriers. Si dans sa grande majorité, la population ne rencontre pas d'évolution de son état de santé en 2010, 15 % des ouvriers déclarent une détérioration de leur état de santé contre 8 % des cadres. Cependant, 8 % des ouvriers constatent une amélioration pour 6 % des cadres.



Études et résultats, Inégalités de santé : influence du groupe social sur la dégradation de la santé perçue, Drees, n°898, décembre 2014

[Accès à la publication](#)



L'enquête Santé et itinéraire professionnel

L'enquête Santé et itinéraire professionnel (Sip) est menée conjointement par la Drees et la Dares. Elle interroge sur les conditions de travail, d'emploi et de santé. Plus de 11 000 personnes de 24 à 78 ans ont été interrogées en 2006 et 2010. L'étude sur les inégalités sociales portent sur les 3 600 personnes âgées de 30 à 49 ans en 2005 travaillant en 2006 et en 2010 et ayant répondu aux deux vagues précédentes de l'enquête.

L'enquête aborde un volet biographique en identifiant pour chaque répondant les faits marquants dans l'enfance et dans la vie d'adulte, que ce soit l'ensemble de leur itinéraire professionnel depuis la fin de leurs études initiales que les évènements de santé traversés.

Le mini-module santé européen a été incorporé à l'enquête permettant par trois questions d'appréhender la santé perçue, l'existence de maladies chroniques et les limitations d'activité.

Les risques psychosociaux en France et en Europe

L'enquête européenne sur les conditions de travail (2010) permet de comparer la situation française avec celle de la moyenne des vingt-sept pays de l'Union européenne.

L'enquête européenne sur les conditions de travail permet de mesurer les risques psychosociaux dans les trente-quatre pays du continent, dont les vingt-sept de l'Union européenne. Cette enquête est réalisée tous les cinq ans par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound). Ce sont aussi 29 000 salariés des États membres de l'Union qui ont été interrogés en 2010, dont 3 000 en France.

D'une manière générale, les salariés en France ressentent un sentiment de pression temporelle dans leur travail plus accru que les autres salariés. Ils déclarent cependant moins souvent que dans ceux des autres pays des horaires de travail hebdomadaires supérieurs à 45 heures ou à 10 heures par jour au moins six fois par mois.

S'ils travaillent moins souvent sur leur temps libre pour parvenir à faire leur travail, ils sont cependant plus nombreux à admettre

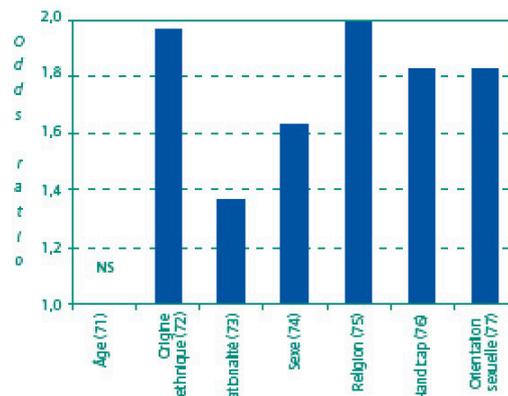
qu'il leur est difficile de « prendre une ou deux heures sur leur temps de travail pour résoudre des problèmes personnels » (45 % contre 38 % pour UE-27).

Comparés aux autres salariés de l'Union, les salariés en France déclarent plus avoir fait l'objet de discriminations liées à leur origine ethnique, nationalité, sexe, âge, handicap ou orientation sexuelle. Pour 14 %, les salariés en France déclarent avoir subi des violences verbales et, pour 6 %, des menaces, des comportements humiliants au cours du mois précédant l'enquête (respectivement 11 % et 5 % pour l'UE). Ils sont 9 % à déclarer avoir fait l'objet d'intimidation ou de harcèlement moral et 3 % à avoir subi des violences physiques.

Cinq profils de pays du point de vue des risques psychosociaux au travail

À partir des six indicateurs synthétiques de risques psychosociaux, une typologie répartissant les pays en cinq groupes a été élaborée. La France se retrouve avec une forte insécurité socioéconomique et un manque d'autonomie fréquent dans un groupe comprenant l'Espagne, l'Italie, le Portugal, Chypre, la Pologne, la République tchèque, la Roumanie, la Slovaquie et la Slovaquie.

Discrimination en France par rapport au reste de l'UE-27



Lecture du graphique : comparé au reste d'UE-27, un salarié travaillant en France a 1,6 fois plus de risque d'avoir subi au travail, au cours des 12 derniers mois, une discrimination liée à son sexe.

Source : Eurofound EECT-2010, calcul Dares.

Le chiffre entre parenthèse renvoie au numéro de la variable analysée.

Les risques psychosociaux : ce qu'ils recouvrent...

Le collège d'expertise créé par l'Insee en 2008 considère que ce qui constitue un risque psychosocial pour la santé n'est pas sa manifestation, mais son origine : conditions d'emploi, facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.

Ces facteurs de risque sont multiples et sont analysés selon six dimensions à partir de 98 variables du questionnaire de l'enquête pilotée par Eurofound :

1. les exigences du travail, qui regroupent les risques en lien avec le travail sous pression, les contraintes de rythme, la difficulté à concilier la vie professionnelle et la vie familiale, l'exigence de compétences élevées ;
2. les exigences émotionnelles, liées par exemple à la nécessité de devoir cacher ou maîtriser ses émotions face à la clientèle ou à un public en difficulté ;
3. l'autonomie et les marges de manœuvre qui désignent la possibilité d'être acteur dans son travail, de participer aux décisions, d'utiliser ses compétences et de s'épanouir dans son travail ;
4. les rapports sociaux, les relations de travail qui couvrent les relations avec les collègues, la hiérarchie ; est questionnée aussi la reconnaissance du travail (reconnaissance symbolique, rémunération, promotion...)
5. les conflits de valeurs qui désignent une situation où l'on demande à une personne d'agir en contradiction avec ses valeurs professionnelles ou personnelles ;
6. l'insécurité économique qui inclut le risque de perdre son emploi et les changements non maîtrisés de la tâche ou des conditions de travail.



Ceren Inan, Les facteurs de risques psychosociaux en France et en Europe, une comparaison à travers l'enquête européenne sur les conditions de travail, Dares analyses, n°100, décembre 2014

Accès à la publication

Handicap en Europe

eurostat

Dans les vingt-huit États membres de l'Union européenne, Eurostat a recensé en 2011 près de quarante-quatre millions de personnes de 15 à 64 ans en situation de handicap, les empêchant de participer pleinement à la société, que ce soit au marché du travail ou au système éducatif par exemple.

Si 66,9 % des personnes de 15 à 64 ans ont un emploi dans l'UE-28, seulement 47,3 % des personnes en situation de handicap en occupent un. La tendance est identique pour la participation à l'éducation ou à la formation, avec un taux de 6,9 % contre 9,8 % pour les personnes non handicapées.

Le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale est d'autant plus grand que les personnes se trouvent en situation de handicap : 29,9 % pour ces dernières contre 21,4 %.

En France, le taux d'emploi des personnes en situation de handicap (56,2 %) est de dix points inférieur à celui des personnes sans handicap (66,1 %). Leur taux de participation à l'éducation ou à la formation varie d'environ d'un peu plus d'un point (5,2 % *versus* 6,5 %). En ce qui concerne le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale, l'écart est de près de six points (21,8 % *versus* 16,0 %), ce qui place la France dans la moyenne européenne.

En savoir plus

Informations portées sur les denrées alimentaires

Depuis le 13 décembre 2014, un nouvel étiquetage des denrées alimentaires a cours dans les pays de l'Union, réformant les règles datant de 1978 et 1990. La nouvelle législation, qui a pris huit ans de négociations, énonce des principes généraux en matière d'étiquetage et établit des exigences particulières comprenant notamment :

- une meilleure lisibilité des informations (taille de police minimale pour les informations obligatoires) ;
- l'obligation de faire figurer certaines informations nutritionnelles sur la majorité des denrées alimentaires transformées ;
- l'indication obligatoire de l'origine pour les viandes porcine, ovine, caprine et la viande de volaille fraîches ;
- des exigences identiques en matière d'étiquetage pour la vente en ligne, la vente à distance et la vente en magasin ;
- le renforcement des règles visant à empêcher les pratiques trompeuses ;
- la signalisation claire des produits décongelés.

Dès avril 2015, l'étiquette devra indiquer, pour les viandes fraîches ovine, caprine, porcine et de volaille, l'État membre ou le pays tiers dans lequel l'animal a été élevé et abattu.

En savoir plus

Inscrivez-vous sur pf2s.fr et retrouvez toutes les actualités et brèves au jour le jour



Je m'inscris sur pf2s.fr

Eurobaromètre : la confiance retrouvée des Européens



L'enquête Eurobaromètre standard, réalisée entre le 8 et le 17 novembre 2014, montre que davantage de citoyens ont une image positive de l'Union européenne (UE) et ont confiance dans celle-ci. Le nombre d'Européens affirmant avoir une image positive de l'UE a augmenté, passant de 35 % en juin dernier à 39 % en novembre. Le nombre d'Européens affirmant avoir confiance dans l'UE a également augmenté pour atteindre 37 % (+ 6 points de pourcentage depuis la dernière enquête menée dans la foulée des élections du Parlement européen). Le niveau moyen de confiance dans les autorités nationales a aussi légèrement augmenté pour atteindre 29 % (+ 2 points). Les Européens restent optimistes pour l'avenir de l'UE : 56 % (chiffre stationnaire) affirment être optimistes, tandis que 37 % (- 1 point) se disent pessimistes.

Dans le domaine de l'économie, les attentes des Européens restent stables, plus d'un sur cinq (22 %, - 1 point) se disant optimiste pour les douze prochains mois. Plus de six sur dix pensent que la situation économique ne s'aggravera pas. Le nombre d'Européens estimant que l'impact de la crise sur l'emploi a déjà atteint son point culminant (44 %, - 2 points) est un peu moins élevé que ceux qui pensent que « le pire reste à venir » (46 %, + 2 points).

Au rang des principales préoccupations des citoyens, l'immigration poursuit sa montée dans le classement des questions les plus fréquemment citées aux niveaux national et de l'UE. Elle se hisse à la quatrième place avec 24 % (+ 3 points).

L'enquête s'est déroulée auprès de 32 598 personnes, dans les États membres de l'Union et dans les six pays candidats.

En savoir plus



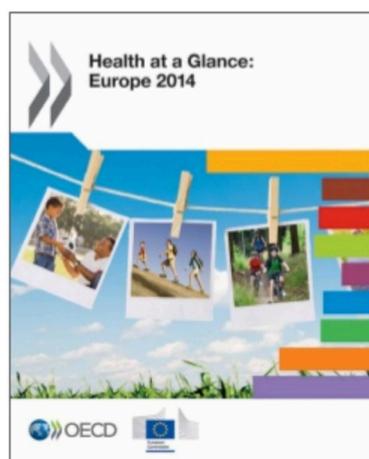
Panorama de la santé en Europe

***Panorama de la santé en Europe*, est un rapport rédigé par la Commission européenne et l'Organisation de coopération et de développement économiques. Il met en lumière les grandes tendances de la santé et des systèmes de santé de trente-cinq pays du continent.**

La troisième édition du *Panorama de la santé en Europe* permet d'identifier les points forts et les points faibles de la santé des Européens et entend fournir ainsi une aide à la décision politique.

Le document est un rapport conjoint de la Commission européenne et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui fournit des données comparatives sur la santé et les systèmes de santé dans trente-cinq pays européens. Il met en lumière de grandes tendances, telles que la longévité et l'obésité et les déterminants de la santé qui les influencent, mais il examine également les dépenses et les inégalités dans le domaine de la santé, ainsi que les ressources en matière de soins, la qualité des soins et l'accès à ceux-ci. Ainsi, l'espérance de vie a augmenté de 5,1 ans dans l'Union européenne (UE) depuis 1990, mais un adulte sur six est aujourd'hui obèse, contre un sur huit il y a dix ans.

Le chapitre sur les dépenses de santé est particulièrement révélateur des pratiques de nombreux pays qui poursuivent la compression de leur budget en matière de santé, ce qui se traduit par des réductions de salaires, de dépenses et d'effectifs. Malgré cela, le nombre de médecins et d'infirmiers par habitant a augmenté dans la quasi totalité des pays de l'UE. En moyenne, le nombre de médecins par habitant est passé de 2,9 médecins pour 1 000 habitants en 2000 à 3,4 en 2012. Cette croissance a été particulièrement rapide en Grèce (avant la crise) et au Royaume-Uni (+50 % entre 2000 et 2012). Dans tous les pays européens, la densité des médecins est plus élevée dans les zones urbaines et de nombreux pays ont développé des inci-



Le Panorama de la santé évalue la performance du système de santé et de la santé publique en fournissant des chiffres réels sur une sélection d'indicateurs fondés essentiellement sur les indicateurs de santé européens de base élaborés par la Commission et les États membres de l'Union européenne.

tations financières pour attirer et retenir les médecins dans les zones éloignées ou mal desservies.

Le vieillissement de la population devrait renforcer la pression sur les systèmes de soins, de santé et de soins de longue durée. En 2012, la direction générale des affaires économiques et financières estime que les dépenses publiques consacrées aux soins et aux soins de longue durée progresseront en moyenne de 1 % à 2 % du PIB dans les États membres entre 2010 et 2060. Les enjeux majeurs pour l'UE seront, de réduire les délais d'attente pour bénéficier des services de santé, notamment pour des interventions chirurgicales non urgentes, d'une part, et de maintenir l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble de la population à un coût abordable et malgré des contraintes financières et budgétaires strictes, d'autre part.

En France

La France est le deuxième pays européen pour l'importance de ses dépenses hospitalières dans les dépenses totales de santé derrière la Grèce. Les dépenses hospitalières représentent 38 % des dépenses totales de santé contre 31 % en moyenne en Europe et 29 % en Allemagne. Les dépenses hospitalières représentent 4,4 % du produit intérieur brut (PIB) en 2012.

La forte croissance de la chirurgie ambulatoire sur certains soins et la volonté affichée par la France de prolonger cet effort pourraient contribuer à réguler le poids des dépenses hospitalières. Ces innovations dans la prise en charge des patients peuvent permettre une amélioration de la sécurité et la santé des patients, et contribuer, dans bien des cas, à réduire le coût unitaire des interventions en raccourcissant la durée de séjour à l'hôpital.

La dépense pharmaceutique reste élevée malgré son évolution modérée, voire négative ces dernières années. Les dépenses pharmaceutiques représentent en moyenne 1,5 % du PIB dans les pays européens contre 1,8 % du PIB en France. Le pays est en quatrième place pour la dépense pharmaceutique par tête derrière notamment l'Allemagne et la Belgique avec une dépense de 469 euros par an contre 350 euros en moyenne en Europe.

La prescription d'antibiotiques en France est parmi les plus élevées d'Europe. L'utilisation des antibiotiques est supérieure de 41 % à la moyenne européenne en France avec une consommation de 28,7 doses quotidiennes définies pour 1 000 habitants contre 20,4 doses quotidiennes définies en moyenne en Europe.

Mourir dans la rue

Projet dénombrer et décrire. Améliorer l'exhaustivité et la description des personnes « sans domicile fixe » décédées en France en 2013

Collectif Les Morts de la Rue, août 2014.



Pour la première fois, le nombre de décès dans la rue a été estimé par une équipe de recherche en épidémiologie. 7 000 « sans domicile fixe » seraient ainsi morts dans la

rue entre janvier 2008 et décembre 2010. Deux sources de données ont été mobilisées pour arriver à cette estimation : les certificats de décès collectés et analysés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) et celle des déclarations ou signalements au Collectif Les Morts de la Rue, initiateur de l'étude.

Être sans domicile fixe constitue un risque très élevé de mortalité, rappellent les auteurs. Outre le recensement de décès, ils en ont analysé les causes. Si elles ne diffèrent guère de celles de la population générale, elles apparaissent en revanche trente ans plus tôt chez les personnes sans domicile fixe. Ainsi, pour les hommes, les causes cardiaques, les agressions, les suicides, sont ce qui est retrouvé dans la population masculine, sauf que l'âge moyen de décès dans la rue est de 45 ans contre 77 ans dans la population générale.

Cette étude est le premier volet d'un vaste projet qui doit également décrire les caractéristiques démographiques et les causes qui conduisent des individus dans la situation de SDF.

Elle est à paraître dans le *British Medical Journal Public Health*.

Le rapport est téléchargeable ici

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



www.educsantepicardie.org

L'Oise : cinq territoires différents et complémentaires

Patricia Antoine, Virginie Gamblin, Martial Maillard (Insee)

Éric Moreau, conseil général de l'Oise
Insee analyses Picardie, n°4, Insee Picardie, décembre 2014.



Cette publication co-produite par l'Insee Picardie et le conseil général de l'Oise permet de caractériser le profil démographique, économique et social de chacun des cinq territoires d'intervention du conseil général de l'Oise :

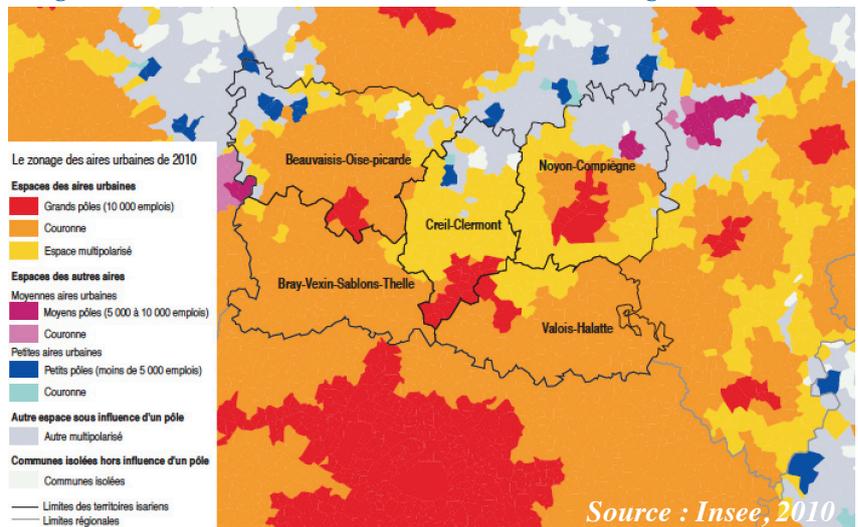
au nord, Beauvais-Oise-picarde, Creil-Clermont, Noyon-Compiègne, et au sud, Valois-Halatte et Bray-Vexins-Sablons-Thelle (cf. carte). De ce point de vue, ces territoires présentent des caractéristiques qui leur sont propres. Ainsi, l'attraction francilienne est nettement perceptible dans les territoires de Valois-Halatte et Bray-Vexin-Sablons-Thelle, zones résidentielles, alors qu'elle est plutôt inexistante dans celui de Creil-Clermont. Les auteurs de l'étude mettent en avant une explication liée à l'ancienneté de l'urbanisation et de l'industrialisation de ce territoire.

Le nord et le sud de l'Oise se distinguent par l'ampleur des migrations résidentielles. Le sud se caractérise par une réelle explosion migratoire avec 18 % des habitants résidant depuis moins de cinq ans. L'emploi a évolué de façon positive dans trois territoires, moins soutenu à Bray-Vexin-Sablons-Thelle et nul à Clermont-Creil.

Les auteurs de l'étude constatent que les territoires du Beauvaisis et surtout au sud-ouest, ceux de Bray-Vexin-Sablons-Thelle, souffrent d'un déficit d'équipements et de temps d'accès à l'offre de soins. La faiblesse de l'offre de médecine de ville se marque dans tous les territoires du département.

Dans leur ensemble, les revenus et indicateurs sociaux sont plus favorables dans les deux territoires du sud du département, et moins dans ceux du nord, Noyon-Compiègne étant dans la moyenne.

Zonage urbain et territoires d'intervention du conseil général de l'Oise



Situation sociale : inégalités territoriales

La Picardie se trouve parmi les régions françaises qui connaissent les situations sociales les plus difficiles. Pour autant, tous les Picards ne sont pas à la même enseigne car de fortes disparités infra-régionales existent.

L'observatoire régional de la santé et du social a publié dans le cadre des travaux de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie un état des lieux de la situation sociale de la région. Les auteurs mettent en exergue l'hétérogénéité de la région et caractérisent les zones de plus grande précarité dans une perspective d'appui des politiques publiques.

Les analyses menées sur quatre niveaux géographiques reposent sur les indicateurs les plus discriminants vis-à-vis de chacun des territoires. Trois permettent de situer la Picardie, au regard des autres territoires de France : départements et arrondissements. Une troisième typologie, réalisée au niveau des cantons sous leur nouvelle délimitation de février 2014, offre une vue synthétique de la situation au sein de la région. Par ailleurs, les quartiers des neuf villes les plus peuplées de la région per-

mettent une vision complémentaire infra-communale.

Parmi l'ensemble des départements français, l'Aisne et la Somme se trouvent dans une situation défavorable, tandis que l'Oise est dans une position intermédiaire. L'Aisne apparaît comme l'un des départements hexagonaux les plus précarisés, avec néanmoins de fortes différences infra-départementales. En effet, ce département est marqué par un gradient Nord/Sud ; Vervins fait partie des arrondissements de France qui présentent la situation sociale la plus dégradée, de même, mais à un degré moindre, que ceux de Saint-Quentin et Laon. À l'inverse, celui de Château-Thierry est dans une position un peu plus favorable. La Somme, est également dans une situation sociale peu favorable, mais toutefois un peu meilleure que l'Aisne, avec des arrondissements qui ont des caractéristiques plus homogènes.

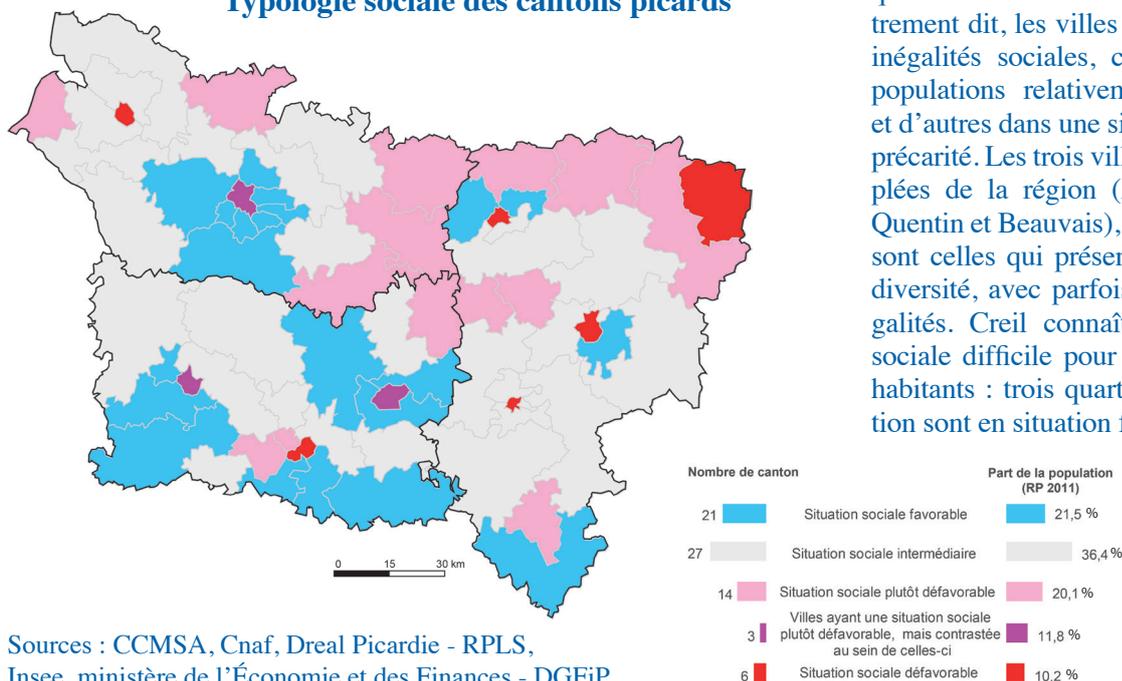


<http://www.or2s.fr/Portals/0/Autres%20sociaux/plaq%20sociale2014.pdf>

Au niveau cantonal, les analyses font ressortir de fortes inégalités sociales. Les cantons constitués par les pôles urbains cumulent les désavantages sociaux alors qu'à l'inverse, ceux situés dans la couronne de ces pôles urbains se trouvent dans une position plus favorable. Les cantons situés au nord-est de la Picardie sont dans une situation plus précaire, à l'opposé de ceux du Sud qui sont plus favorisés. Les cantons ruraux du reste de la région présentent des caractéristiques intermédiaires.

Les communes les plus peuplées de Picardie appartiennent toutes à des territoires qualifiés de « défavorables », mais les contrastes entre quartiers sont extrêmement forts. Autrement dit, les villes concentrent les inégalités sociales, comprenant des populations relativement favorisées et d'autres dans une situation de forte précarité. Les trois villes les plus peuplées de la région (Amiens, Saint-Quentin et Beauvais), ainsi que Laon, sont celles qui présentent le plus de diversité, avec parfois de fortes inégalités. Creil connaît une situation sociale difficile pour nombre de ses habitants : trois quarts de la population sont en situation fragilisée.

Typologie sociale des cantons picards



Sources : CCMSA, Cnaf, Dreal Picardie - RPLS, Insee, ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP

Le SIAO de l'Aisne Bruno Sanchez



visites ou d'hébergement auprès de leurs enfants.

Le parcours de beaucoup d'usagers, en errance sociale, passe souvent par l'hébergement d'urgence puis par l'insertion. Garant de l'intérêt de l'usager, le service a un regard précis sur son parcours résidentiel dans les différents dispositifs, mais aussi sur l'évolution de sa situation sociale. La proximité physique et fonctionnelle voulue entre le SIAO et le 115 fait que, partageant un même outil informatique et une même base de données, la réponse est cohérente pour l'usager avec la prise en compte d'une problématique globale. Cet élément fonctionnel est un véritable atout dans la prise en charge des usagers tout au long de l'année, et plus particulièrement lors de la période hivernale.

Pour le SIAO, un travail d'articulation doit se développer, notamment pour les sortants de prison avec troubles psychiatriques et présentant des addictions. Le diagnostic sanitaire pourtant mentionné dans la loi Alur sera cependant difficile à mettre en œuvre, la loi ne stipulant pas les moyens alloués à cette fonction.

5 février 2015, Amiens

La violence dans les institutions pour enfants et adolescents en difficulté (1^{re} partie)

Organisé par le Creai et l'Ireps de Picardie

Contact : http://www.creai-picardie.fr/site/animations/pdfs/programme_Violence_dans_les_institutions_pour_enfants_et_adolescents_en_difficulte.pdf

12 et 13 février 2015, Mont Saint-Aignan

Les nouveaux défis de la question sociale. Risques, sécurités, solidarités

Organisé par le P2RIS

Programme : http://www.p2ris-haute-normandie.fr/images/stories/pdf/colloque/programme_12-13%20fevrier%202015.pdf

2 avril 2015, Amiens

La violence dans les institutions pour enfants et adolescents en difficulté (2^e partie)

Organisé par le Creai et l'Ireps de Picardie

Contact : http://www.creai-picardie.fr/site/animations/pdfs/programme_Violence_dans_les_institutions_pour_enfants_et_adolescents_en_difficulte.pdf

8 avril 2015, Limoges

Congrès international des acteurs de l'accompagnement, (CIMA)

Organisé par l'ARS Limousin - Mutualité Française Limousine

Programme : <http://www.cima2015.com>

15 avril 2015, Villejuif

Séminaire interdisciplinaire EHESP. Approche intersectionnelle en santé publique : une nouvelle perspective pour l'étude des inégalités sociales de santé ?

Organisé par l'EHESP

Programme : http://www.ed-sante-publique.u-psud.fr/accueil/annonces.html?task=download&file=annonce_fichier&id=14123

Le système intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) insertion de l'Aisne, co-géré par Accueil & Promotion et Coallia, est le service public de l'hébergement destiné à recueillir, analyser et orienter les demandes d'hébergement et de logement adapté vers les CHRS, pensions de famille (maisons relais), places de stabilisation, places d'aide au logement temporaire ou résidences sociales. Le SIAO insertion a une vision exhaustive du parc de logements et favorise la transition de l'urgence vers l'insertion dans le cadre de la nécessaire fluidité vers le logement adapté. Cela nécessite une coordination des acteurs locaux de l'hébergement et du logement et leur collaboration active. Le SIAO insertion s'adresse en priorité aux personnes sans abri ou risquant de l'être, mal logées, quelle que soit leur situation et nécessitant la construction d'un parcours adapté. Il a donc mis en place des permanences téléphoniques et une commission étudie chaque semaine les demandes d'hébergement, leur éligibilité et acte les préconisations d'hébergement et d'orientation. Traitées par ordre chronologique, le SIAO de l'Aisne a déterminé un certain nombre de critères de priorité des demandes, comme les personnes victimes de violences conjugales ou familiales, bénéficiant d'un contrat de travail, sortant de Cada en ayant obtenu le statut de réfugié, orientées par la commission Daho, bénéficiant de droits de



**Pour continuer à recevoir
Plateforme sanitaire et sociale,
Inscrivez-vous sur pf2s.fr et retrouvez
toutes les actualités et brèves
au jour le jour**

Je m'inscris sur pf2s.fr

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 site : www.or2s.fr / www.pf2s.fr
Mél : plateforme@or2s.fr

Directrice de publication : Dr Élisabeth Lewandowski (or2s)
Comité de rédaction : Anne-Claire Boucher (conseil général de la Somme), Sylvia Carette (ars), Lætitia Cecchini (gestion du risque assurance maladie), Rémy Caveng (université de picardie), France Culie (drjcs), Émilie Fauchille (or2s), Lugdivine Godin (msa), Bruno Gøethals (carsat nord-picardie), Laurent Haegemann (msa), Marie-Véronique Labasque (creai), Patrick Le Scouëzec (insee), Philippe Lorenzo (or2s), Laurence Moutiez (conseil régional de picardie), 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), Cédric Vangertruy (drjcs)

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S décembre 2014

