

# Plateforme



## SOMMAIRE

### EN RÉGION

- 02 Le cancer du sein en Picardie
- 03 Pauvreté et précarité en Picardie
- 04 Des formations sur le système de santé
- 05 Le Creai change de nom  
La PF2S change de look
- 06 Charte Romain Jacob : signature en région



### FOCUS TRANSITION ÉCOLOGIQUE

- 07 Édito
- 08 La transition écologique et la santé
- 09 Air intérieur : les connaissances
- 10 Transition énergétique : la loi
- 11 Tribune libre

# 07

### BRÈVES

- 12 Loi de modernisation du système de santé
- Feuille de route contre la pauvreté
- Dis-moi comment tu manges, je te dirai...

### EUROPE

- 13 Interreg V est lancé

### À LIRE

- 14 Les phénomènes émergents de pauvreté entre 2010 et 2013
- Impacts des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte
- Évaluation des plans de santé publique 2007-2013

### DOC

- 15 Portraits d'adolescents
- 16 AGENDA



# 06



# 13

# LE CANCER DU SEIN EN PICARDIE

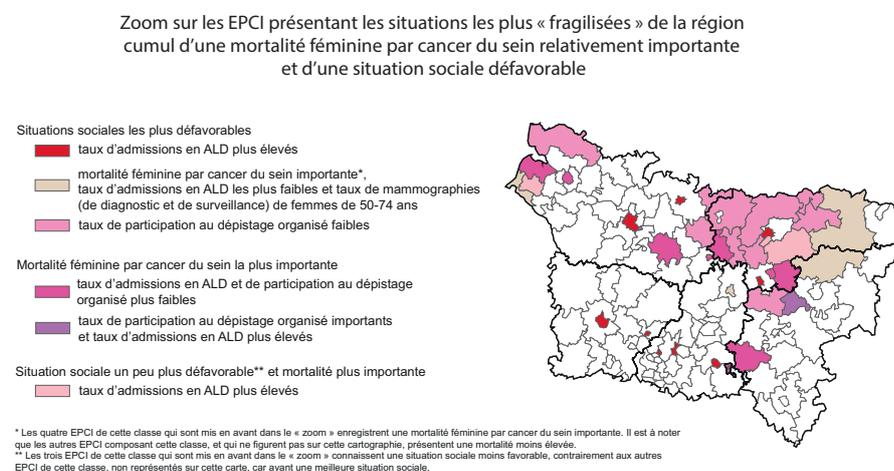
L'observatoire des maladies chroniques, objectif du schéma régional de prévention du projet régional de santé (2012-2017), a consacré son premier travail au cancer du sein.

**L**e cancer du sein reste le cancer le plus fréquent chez la femme. Du fait d'un diagnostic plus précoce et de l'élévation du risque pour les générations récentes, une augmentation du taux d'incidence de ce cancer dans l'ensemble du pays est observée de 2,2 % en moyenne par an entre 1980 et 2005. Toutefois, une diminution est observée ces dernières années de - 1,5 % par an entre 2005 et 2012.

La Picardie est au deuxième rang des régions françaises derrière le Nord - Pas-de-Calais. Pour la première fois, le différentiel de mortalité dépasse les 20 % avec le niveau national (2007-2011) alors qu'il régresse avec la région Nord - Pas-de-Calais et devient inférieur à 10 % pour la période 2006-2010.

## Une forte disparité entre le nord-est de l'Aisne et le sud de l'Oise

Pour la décennie 2001-2011, les cinq territoires de santé picards présentent désormais une surmortalité par rap-



port au niveau national, alors qu'en 1979-1989, seul le territoire de santé Oise Est était dans cette situation. Pour les nouvelles admissions en affections de longue durée (ALD), la région se situe au sixième rang des taux les plus élevés (2006-2013). À la fin de 2013, elle est troisième pour l'ensemble des bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur. Les territoires de santé Oise Est et Somme présentent les taux d'ALD les plus élevés, tandis que celui d'Aisne Sud a une valeur inférieure à la moyenne nationale. Enfin, et d'une manière générale, la participation au dépistage mammographique organisé a tendance à être plus élevée qu'en France (54,1 % vs 52,2 % en 2012-2013). L'analyse réalisée par l'observatoire vise aussi à déterminer à partir de ces constats les territoires d'action prioritaires. Ainsi, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) du territoire de santé Aisne

Nord Haute-Somme, et ceux qui en sont limitrophes, sont particulièrement concernés. Ils présentent les situations les plus fragilisées, tant en matière d'épidémiologie du cancer du sein que pour les caractéristiques sociales de la population. Une autre zone préoccupante, moins étendue, se situe à l'extrême ouest de la Somme. Dans ces zones, la faible participation au dépistage organisé n'est pas compensé par un dépistage individuel et spontané. Les villes d'Amiens et de Saint-Quentin présentent aussi des taux de mortalité et d'ALD conséquents, avec un taux de dépistage organisé « intermédiaire », même si le taux de mammographie de femmes de 50 à 74 ans réalisé en dehors de ce dépistage est élevé. Dans le sud de la région, la situation tant sociale que sanitaire en rapport avec le cancer du sein est plus favorable. □

# PAUVRETÉ ET PRÉCARITÉ EN PICARDIE

La plan régional de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a été confié par la préfète de Picardie à la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. L'Aisne et la Somme sont particulièrement concernés.

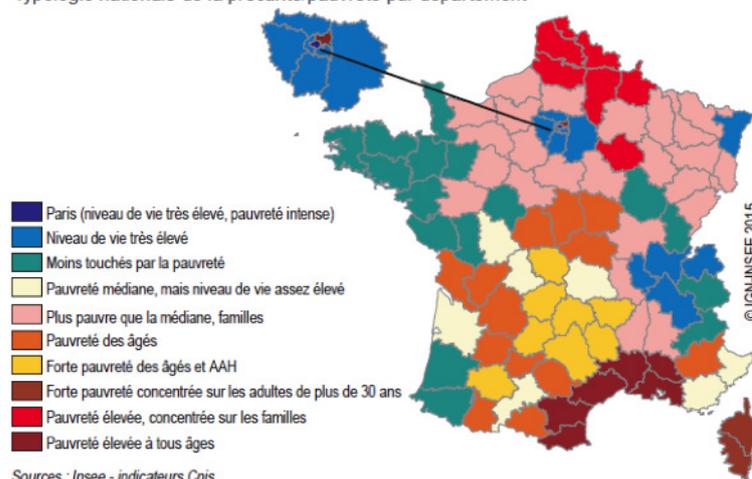


**La** lutte contre la précarité est un sujet d'actualité.

Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (PPLPIS), dit « Plan Chérèque », adopté le 21 janvier 2013 par le Gouvernement, a pour objectif de répondre à l'urgence sociale et à structurer la politique de solidarité nationale sur le long terme. Le plan national est décliné en région sous l'autorité de Madame la Préfète, qui a confié l'animation et la coordination de l'élaboration du plan à la directrice de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Afin de faciliter le suivi du PPLPIS au niveau local, il est donc essentiel de connaître les caractéristiques de la pauvreté et de les territorialiser.

Deux publications ont donc été réalisées conjointement par l'Insee et la DRJSCS de Picardie. Elles permettent de quantifier, d'analyser la pauvreté par l'intermédiaire de multiples indicateurs de nature diverse et d'identifier les territoires les plus vulnérables. Il en résulte que la Picardie est une région parmi les plus touchées par la précarité, avec 15,5 % de personnes vivant sous le seuil de pauvreté. L'Aisne (18,7 %) et la Somme (17,0 %) font partie des départements français les plus affectés, tandis que l'Oise (12,5 %) est plus préservé.

**1** Une pauvreté élevée et concentrée sur les familles dans l'Aisne et la Somme  
Typologie nationale de la précarité/pauvreté par département



Dans la région, la pauvreté touche plus particulièrement les familles monoparentales et les couples avec enfants. La pauvreté est également plus présente parmi les jeunes. Ainsi, 23 % des Picards de moins de 20 ans vivent sous le seuil de pauvreté, contre 8 % des personnes de 65 ans et plus. Par ailleurs, pour compléter ces données, l'Insee s'est intéressé au désavantage social territorial ou indice de déprivation. Cette approche prend en compte un ensemble de privations potentielles (privations de biens, difficultés sociales, difficultés financières...) qui constituent autant de facteurs de risque de pauvreté.

Cette analyse à échelle communale montre qu'en Picardie les risques de pauvreté sont plus élevés dans les pôles urbains et les zones rurales. □

**CÉDRIC VAN GERTRUY**

Responsable du service Observation DRJSCS de Picardie

Pour aller plus loin :  
[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=18&ref\\_id=22151](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=18&ref_id=22151)

[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=18&ref\\_id=22153](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=18&ref_id=22153)

# DES FORMATIONS SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

L'agence régionale de santé (ARS) de Picardie a proposé aux membres de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et des cinq conférences de territoires des sessions de formation sur l'évolution du système de santé.

L'objectif de ces formations est de permettre aux différents acteurs d'avoir une vision d'ensemble du système de santé, leur donnant la possibilité d'appréhender la politique de santé dans sa transversalité et d'exercer ainsi pleinement leur mandat. Les interventions conjointes de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et de l'ARS ont permis d'articuler les approches nationales et locales autour des thématiques suivantes : notions générales autour de la santé, regards sur le système de santé français, enjeux et perspectives dans le domaine de la santé, straté-

gie nationale de santé et future loi de santé. Les présentations sur l'état de santé des Français, puis sur celui des Picards, ont été l'occasion de revenir sur les inégalités géographiques de santé à différentes échelles, en s'appuyant sur des cartes de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) et de la *Plateforme sanitaire et sociale*, principalement issues de la treizième édition du *Croisement d'informations régionalisées - Cir*. Les échanges sont revenus avec force sur le poids des déterminants de santé et spécifiquement sur les inégalités sociales en Picardie. La question du rôle des indicateurs dans le pilotage a également

été abordée dans ses deux volets : ce sont à la fois un apport indispensable pour une bonne appréhension des situations et des données face auxquelles il faut savoir exercer son esprit d'analyse. En termes d'enjeux et de perspectives pour la Picardie, l'ARS est revenue sur les deux objectifs principaux du projet régional de santé (PRS) : améliorer la santé des Picards et préserver l'accès aux soins de proximité, détaillant les axes prioritaires des différents schémas d'organisation régionaux inclus dans le PRS et revenant sur certaines initiatives comme la mise en œuvre des parcours de santé « Obésité » (cf. illustration) et « Cancer ». Trois sessions ont pour l'instant été organisées, dans chacun des départements picards, à Amiens, Laon et Beauvais. Devant le succès de ces premières journées, de nouvelles sessions de formations pourraient être organisées au cours de l'année, notamment sur la thématique de la démocratie sanitaire. □

**GAËLLE RABOYEAU**  
ARS Picardie

**Surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent : les trois niveaux de prise en charge**

**1 Le premier niveau**

- Il est assuré par le médecin habituel du patient, en cas de surpoids ou d'obésité non compliquée, de contexte familial favorable et en l'absence de problème psychologique ou social majeur.
- La prise en charge repose sur le suivi régulier de l'indice de masse corporelle (IMC). L'objectif est d'aider le patient à changer ses habitudes alimentaires et à augmenter son activité physique.

**2 Le deuxième niveau**

- Il est indiqué en cas d'échec du premier recours, de surpoids avec ascension brutale de la courbe d'IMC, d'obésité, de contexte familial défavorable et/ou de problèmes psychologiques ou sociaux.
- Le suivi est multidisciplinaire : il est coordonné par le médecin traitant.
- La prise en charge comprend des séances avec un diététicien, des entretiens avec un psychologue et des activités de remise en forme avec un professionnel en activité physique adaptée.

**3 Le troisième niveau**

- Il est indiqué en cas d'échec du deuxième recours, de comorbidités sévères, si l'obésité génère des handicaps dans la vie quotidienne et/ou si le contexte familial est défavorable.
- Le suivi est coordonné par une équipe spécialisée (dont un médecin), en lien avec le médecin traitant.
- La prise en charge comprend des explorations fonctionnelles (biologie, imagerie), des séances d'éducation thérapeutique de groupe, des ateliers d'activité physique adaptée, voire des courts séjours en soins de suite et de réadaptation.

**Surpoids et obésité de l'adulte**

- Le généraliste prend en charge le patient.
- L'aide d'un professionnel de deuxième recours est évoquée en cas d'échec de la prise en charge de premier recours après six mois à un an, ou de reprise de poids après plusieurs régimes.
- La consultation d'une équipe spécialisée en chirurgie bariatrique est envisagée si l'IMC dépasse 35 kg/m<sup>2</sup> avec des comorbidités ou si l'IMC dépasse 40 kg/m<sup>2</sup>.

# LE CREAI CHANGE DE NOM

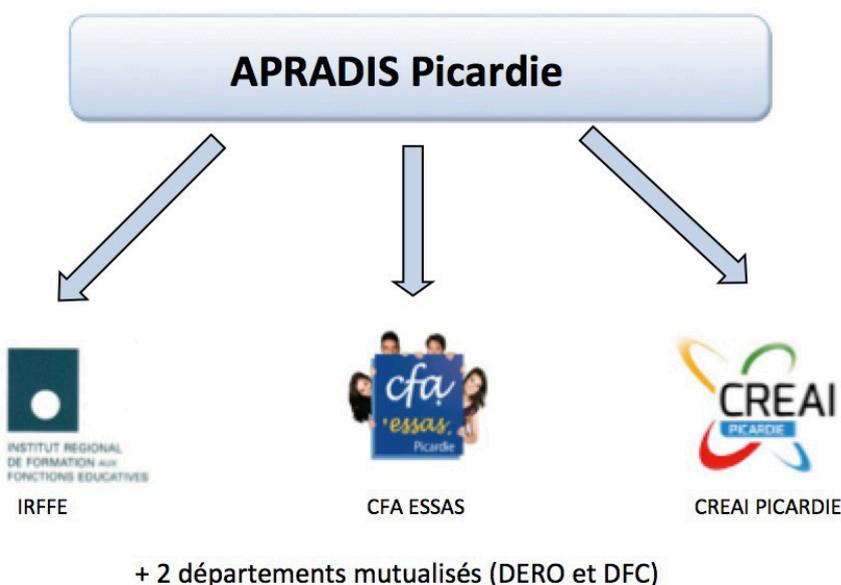
**P**ar son assemblée générale extraordinaire du 21 janvier 2015, l'association Creai de Picardie a changé de nom. Désormais, cette association gestionnaire s'appelle Apradis Picardie : Association pour la professionnalisation, la recherche, l'accompagnement et le développement en intervention sociale – Picardie. Elle est gestionnaire de trois établissements et de deux départements mutualisés :

- l'Irffe : l'institut régional de formation aux fonctions éducatives ;
- le CFA Essas : centre de formation

des apprentis de l'économie sociale et solidaire, de l'animation et du sport ;

- le Creai Services : centre régional pour l'enfance, l'adolescence, les adultes inadaptés ;
- les deux départements mutualisés :
- Dero : département d'études, de recherches et d'observation ;
- DFC : département formation continue. □

**MARIE-VÉRONIQUE LABASQUE**  
Apradis Picardie



# LA PF2S CHANGE DE LOOK

**N**ouvelle maquette pour la lettre électronique de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie et nouvelle page d'accueil pour le site internet. Une maquette plus moderne, plus lisible, des textes plus ramassés, davantage d'illustrations... ce sont les conclusions d'un groupe de travail interne de la *Plateforme sanitaire et sociale*. Le Copil de la PF2S a donc validé cette nouvelle formule de la lettre. Si les articles sont plus courts, dans la majeure partie des cas, une version longue est disponible sur le site internet de la PF2S. Un hyperlien, symbolisé par ce logo



permet d'afficher directement le texte. Une nouvelle page d'accueil du site permet de choisir le site de la *Plateforme picarde* ou *haut-normande*. □



# CHARTER ROMAIN JACOB : SIGNATURE EN RÉGION

À l'initiative de l'ARS de Picardie, une centaine d'acteurs régionaux de l'offre de soins, du médico-social et de la prévention ont signé le 13 avril la Charte Romain Jacob pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.



## « La

Picardie s'est mobilisée plus qu'aucune autre région pour la signature de la Charte Romain Jacob pour l'accès aux soins et à la prévention par le pacte social quelle que soit la condition des citoyens.» C'est par cette phrase que Christian Dubosq, directeur général de l'ARS de Picardie a ouvert la réunion consacrée à la signature de la Charte Romain Jacob. Il a rappelé que le droit à la santé est un droit fondamental dans l'exercice de la citoyenneté mais que les professionnels de santé ne sont pas suffisamment formés aux enjeux du handicap, des maladies chroniques ou invalidantes. Au-delà, l'accessibilité des lieux de soins n'est pas encore une réalité et des freins financiers demeurent encore. En Picardie, comme dans les autres régions, les ruptures dans le parcours de soins sont une réalité, tout comme la faible intégration des personnes en situation de handicap dans les programmes de prévention. Christian Dubosq a ainsi annoncé l'élaboration d'un plan régional d'accès des personnes en situation de handicap à la santé. Il sera réalisé à partir d'un diagnostic partagé sur les difficultés, les attentes et les besoins des personnes à domicile comme en établissement,



sur les ressources et attentes des professionnels de santé libéraux. Des actions concrètes d'amélioration seront mises en œuvre, notamment pour intégrer la prévention et la promotion de la santé dans les démarches. « Chacun à son niveau de responsabilité pour faire progresser le droit à la santé des personnes en situation de handicap », a-t-il conclu, affirmant que la signature de la Charte Romain Jacob constituait la première étape de ce plan. Pour Pascal Jacob, initiateur de la Charte Romain Jacob portée par l'association Handidactique sous les auspices du ministre de la santé, le premier succès de la Charte est de pouvoir faire travailler ensemble tous

les partenaires. Après une signature en décembre de la Charte par les instances nationales institutionnelles comme associatives, les signatures en région permettent de décliner les modalités de l'accès à la santé au plus près des territoires et des populations. Il a rappelé que 70 % des adultes en situation de handicap déclarent abandonner tout ou partie de leurs soins courants. Or, a-t-il souligné, l'accès aux soins, c'est la capacité de vivre ensemble. Un centre de recherche sur l'accompagnement et le soin va être créé à l'hôpital de Garches, avec réseaux dans la France entière. □



## ÉDITO

**NICOLE KLEIN**  
Préfète de la région Picardie  
Préfète de la Somme

**La** stratégie nationale de transition écologique vers un développement durable (SNTEDD) 2015-2020 a été adoptée par le Gouvernement en Conseil des ministres le 4 février 2015.

Elle fixe le cap en matière de développement durable, en dépassant les politiques sectorielles et en proposant une vision intégrée à horizon 2020.

Ses objectifs sont la lutte contre le changement climatique, la reconquête de la biodiversité, la sobriété dans l'utilisation des ressources et la réduction des risques sanitaires environnementaux. Pour y répondre, il faut agir de manière collective et coordonnée, car ces enjeux ont de multiples implications économiques et sociales.

Elle englobe la transition énergétique et la croissance verte, composante de la transition écologique. Ainsi, la stratégie offre aussi des leviers pour mettre la France sur le chemin de la croissance verte : économiser l'énergie, lutter contre le gaspillage, développer les transports propres, promouvoir l'économie circulaire, partager nos connaissances, faciliter l'innovation et générer ainsi des emplois.

À l'échelle des territoires, la SNTEDD 2015-2020 a vocation à mobiliser et accompagner les partenaires locaux. En effet, ce sont tous les acteurs, collectivités territoriales, associations, entreprises et citoyens, qui feront progressivement émerger un nouveau modèle de société qui allie progrès économique, écologique et humain.

# LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET LA SANTÉ

Quatre enjeux écologiques majeurs affectent l'ensemble des territoires et menacent notre cohésion et la vitalité de nos économies : le changement climatique, la perte accélérée de la biodiversité, la raréfaction des ressources et la multiplication des risques sanitaires et environnementaux.

**A**dopter un nouveau modèle économique et social, qui renouvelle nos façons de consommer, produire, travailler et vivre ensemble est un impératif pour répondre à ces enjeux. La stratégie nationale de transition écologique vers un développement durable (SNTEDD) porte cette nécessaire transition écologique autour d'un projet positif et fédérateur, qui suscite l'adhésion collective et ouvre de nouvelles perspectives pour l'économie et la société.

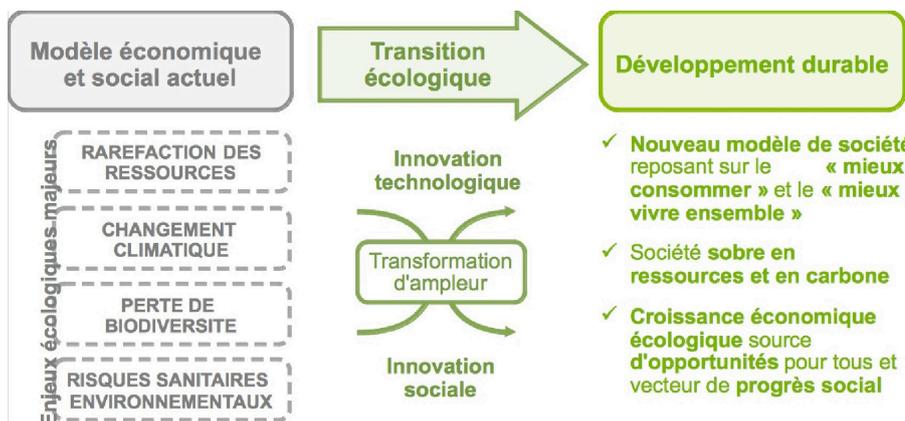
Adoptée en Conseil des ministres le 4 février 2015, la SNTEDD fixe le nouveau cap pour la France en matière de développement durable. La maîtrise de la consommation énergétique joue un rôle clef dans la maîtrise de ces enjeux liés interdépendants : l'augmentation de la consommation des énergies fossiles induit notamment des phéno-

mènes de dépendance énergétique de la France, de précarité énergétique et de pollution de l'air qui ont des impacts négatifs sur la santé et les inégalités sociales. En particulier, la combustion d'énergies fossiles pour les activités économiques, le chauffage domestique et le transport routier génèrent des pollutions atmosphériques entraînant des effets négatifs sur la santé.

La transition énergétique constitue donc l'une des composantes importantes de la transition écologique. Elle traduit le passage d'une société fondée sur la consommation abondante d'énergies fossiles à une société plus sobre en énergie et faiblement carbonée. Un tel changement de modèle énergétique suppose de travailler à la fois sur les économies d'énergie et sur l'évolution du mix énergétique, avec une part accrue des énergies renouvelables.

En 2015, la loi de transition écologique pour la croissance verte crée un élan d'écologie positive qui lève les freins, libère les initiatives et donne à chacun le pouvoir d'agir. Ce sont tous les acteurs, collectivités territoriales, associations, entreprises et citoyens qui feront progressivement émerger un nouveau modèle de société qui allie progrès économique, écologique et humain.

S'appuyant sur cette dynamique, la stratégie nationale de transition écologique vers un développement durable (SNTEDD) 2015-2020 assure la cohérence de l'action publique et facilite l'appropriation par le plus grand nombre des enjeux et solutions à apporter. La SNTEDD est un outil essentiel au service de la cohérence de l'action de l'État sur le territoire. À l'échelle des territoires, la SNTEDD 2015-2020 a vocation à être utilisée par les partenaires locaux. Les collectivités locales, avec l'appui des services de l'État, poursuivront l'élaboration et le déploiement des territoires à énergie positive pour une croissance verte, des projets territoriaux de développement durable et des Agendas 21 locaux. Les contrats de plan État-région 2015-2020 prendront en compte la transition écologique et fixeront un cadre favorable pour la mise en œuvre de la stratégie. □



NICOLE KLEIN

Préfète de la région Picardie

Préfète de la Somme

avec la contribution de la Dreal Picardie

# AIR INTÉRIEUR : LES CONNAISSANCES

Les espaces de rencontre parents-enfants n'ont été reconnus qu'en 1983 par décret des ministères des Affaires sociales et de la Justice, reconnaissant des expériences en place. Dans la Somme, l'espace rencontre de l'association Yves Le Febvre existe depuis la fin des années quatre-vingt-dix.

**De** nombreuses substances sont présentes dans nos environnements intérieurs. Il peut s'agir de composés organiques volatils (COV) comme le formaldéhyde, de composés organiques semi-volatils (COSV) comme les retardateurs de flamme ou les phtalates présents à la fois en phases gazeuse et particulaire, de gaz inorganiques (ozone, monoxyde de carbone...), ou de biocontaminants (spores de moisissures...). Les sources intérieures de ces substances sont également variées : matériaux de construction et de décoration (revêtements sols, murs...), présence d'équipements (chauffe-eau, chaudières...), ou d'ameublement (bois compressé, appareils électriques...), utilisation de produits de nettoyage (détergents, désodorisants...). Certaines sources sont de plus très liées aux activités réalisées à l'intérieur des logements : peinture, cuisine, tabagisme, feux de cheminée. Parmi ces sources, l'utilisation de produits ménagers a été étudiée dans le cadre du programme Primequal/Predit<sup>1</sup> et du projet Adoq (Activités domestiques et qualité de l'air intérieur). À partir d'une méthodologie fondée à la fois sur des essais en chambre d'émissions contrôlée et en conditions réelles (maison expérimentale Maria du CSTB<sup>2</sup>), ces travaux ont permis de caractériser les facteurs d'émission d'une cinquantaine de produits couramment utilisés. Il a ainsi été possible de mieux connaître les diffé-

rents composés émis lors de l'utilisation de produits ménagers, mais également ceux formés secondairement par réaction chimique (nommés AOS pour aérosols organiques secondaires<sup>3</sup>).

## Qualité de l'air : de 10 à 40 milliards d'euros

Ces connaissances permettent d'estimer les expositions des individus aux différentes substances et de mieux hiérarchiser et évaluer, sur la base du risque sanitaire, les substances d'intérêt. D'après les résultats disponibles, les substances susceptibles de faire l'objet d'une attention particulière sont : le formaldéhyde, l'acétaldéhyde, le propionaldéhyde, le crotonaldéhyde, l'acroléine et le benzène. En termes de gestion, quelques bonnes pratiques simples à mettre en œuvre permettent le plus souvent d'améliorer la qualité de l'air intérieur (respect des recommandations du fabricant, aération après le nettoyage...). Au-delà de ce projet, d'autres études, européennes ou françaises, ont permis dans les dernières années d'affiner les connaissances et les outils dans le domaine de l'air intérieur. Des travaux innovants en France ont, par exemple, été récemment publiés sur l'estimation du coût de la qualité de l'air (étude exploratoire du coût socio-économique des polluants de l'air intérieur rapport, avril

2014). Ce coût estimé se situe entre 10 et 40 milliards d'euros par an. Les résultats de deux projets européens sont également disponibles depuis peu et permettent de disposer de données supplémentaires sur deux environnements intérieurs : les écoles avec le projet SINPHONIE (*Schools Indoor Pollution and Health : Observatory Network in Europe*) et les bureaux avec OFFICAIR (*On the reduction of health effects from combined exposure to indoor air pollutants in modern Offices*).

L'existence de réseaux et de revues comme RSEIN (Réseau recherche santé et environnement intérieurs) ou *Pollution Atmosphérique*, ainsi que les conférences spécialisées (atelier de l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur par exemple) restent des relais importants de diffusion des connaissances et des résultats de recherche à destination des acteurs locaux en santé environnement. □

**JULIEN DALVAI**

Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris)

1. <http://primequal.suhali.net/>

2. Centre scientifique et technique du bâtiment

3. *Pollution atmosphérique, Formation d'aérosols organiques secondaires en air intérieur : le rôle des produits ménagers*, n° 213-214, janvier-juin 2012

# TRANSITION ÉNERGÉTIQUE : LA LOI

Cent-soixante-et-onze pages, cent-cinquante articles, tel est le volume de la loi pour la transition énergétique vers la croissance verte présentée par Ségolène Royal à l'automne 2014. Les impacts sur la santé restent cependant marginaux dans le texte.

**P**résentée le 18 juin par la ministre de l'Écologie, la loi sur la transition énergétique a été votée en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 octobre 2014 et le 3 mars par le Sénat, sur un texte sensiblement modifié. Les secondes lectures par le Parlement sont prévues entre mi-mai et juin avant une adoption définitive en début d'été.

Ce texte trace l'avenir énergétique de la France pour l'horizon 2025 et la trajectoire à suivre pour y parvenir. Plus de cent-cinquante articles décrivent les enjeux et les voies que la France devrait suivre pour rendre complémentaires les ressources d'énergie et réduire par deux les consommations énergétiques à l'horizon 2050.

La pollution atmosphérique et la pollution de l'air intérieur sont certaines des préoccupations mises en exergue par la loi, au-delà de la production énergétique elle-même. Le bâtiment et les transports sont directement visés, mais sans que les impacts sur la santé des populations soient clairement indiqués. De fait, la Fédération Atmo-France, fédérant toutes les associations mesurant la qualité de l'air, a demandé que dans le texte de loi soit clairement reconnu que les « utilisations énergétiques peuvent contribuer à la pollution de l'air », en ce qu'elles représentent un enjeu majeur de santé publique. Allant plus loin, Atmo-France demande que soit intégré par la loi un dispositif permettant de connaître l'évolution de la connaissance des enjeux sanitaires, et d'adapter alors les mesures décrites par la loi.

## LA TRANSITION ÉNERGÉTIQUE pour la CROISSANCE VERTE

De son côté, le collectif Les acteurs en transition énergétique a fixé six « lignes rouges » que le texte de loi à l'examen ne devrait pas franchir sous peine de le rendre caduque. Parmi ces lignes, le Collectif met en exergue la rénovation des bâtiments afin de réduire la consommation énergétique et d'améliorer la qualité de l'air intérieur.

---

### *Vers le remboursement du déplacement en vélo*

---

Crédits d'impôt et prêt à taux zéro forment dans la panoplie des mesures destinées à aider les ménages à entamer des travaux d'isolation. La précarité énergétique, qui touche onze millions de personnes en France selon l'Observatoire nationale de la précarité énergétique est aussi explicitement visée. Un chèque énergie pour les ménages à revenus modestes serait créé. Pour Atmo-France, cependant, la rénovation

thermique des bâtiments doit aussi s'attacher à la question du renouvellement de l'air dans des bâtiments (trop) bien isolés. Les conséquences sur la santé d'un air non renouvelé sont désormais bien documentées, sans que pour autant des mesures concrètes soient prises, au-delà de l'incitation à ouvrir les fenêtres chaque jour.

La loi mobilise le développement des transports propres pour améliorer la qualité de l'air et protéger ainsi la santé des populations. La loi impose que la flotte automobile de l'État des établissements publics soit formée de 50 % de véhicules propres, 20 % pour les collectivités locales, 10 % pour les loueurs de voitures et compagnies de taxi. L'auto-partage et le co-voiturage seraient favorisés par le cadre du plan d'action pour les mobilités actives et les employeurs participeront aux frais de déplacement en vélo ou vélo électriques de leurs salariés. □

PHILIPPE LORENZO  
OR2S

# TRIBUNE LIBRE

La transition écologique peut-elle se faire sans éducation à l'environnement et à la santé ?

**La** notion de développement durable est apparue il y a un peu plus d'une vingtaine d'années. Aujourd'hui, pour tendre vers le développement durable, on parle de transition écologique... pour tendre vers la transition écologique, on parle de transition énergétique... Quelle place pour l'éducation dans ces concepts qui sonnent à l'oreille de nos concitoyens comme des slogans de communication où chacun peut se retrouver...ou pas ?

Créée il y a 23 ans, l'association En Savoir Plus proposait déjà un axe d'éducation à la santé et l'environnement en proposant une exposition à destination des scolaires qui s'appelait « Échos » et traitait avant tout des nuisances sonores et des dégâts que pouvaient alors causer ces appareils baladeurs à cassettes audio ou compact-discs plébiscités par les adolescents de l'époque.

Aujourd'hui, cette exposition a grandi. Depuis quelques années, elle traite non seulement des nuisances sonores, mais également de la pollution de l'air intérieur, des ondes électro-magnétiques, signe que les temps changent.

Pouvons-nous déclarer que nous œuvrons dans le cadre de la transition énergétique ? Très certainement, étant donné que c'est une auto-déclaration, et que nous pourrions également nous prévaloir d'être « élu produit de l'année » par nos sympathisants... par une autre auto-déclaration !

L'éducation à l'environnement et à la santé existent depuis longtemps : les colonies de vacances et les classes de nature n'avaient-elles pas pour objectif l'intérêt sanitaire des participants ? Comment aller vers la transition écologique sans éduquer à la santé, à l'environnement ? Cela paraît difficile.

En novembre 2010, l'OMS déclarait « un environnement plus sain permettrait d'éviter, chaque année, près de 13 millions de morts. » Quelles sont les actions mises en place depuis cinq ans qui permettent à chacun d'avoir un environnement plus sain et de limiter le nombre de décès ?

Aujourd'hui, les chantiers prioritaires d'éducation sont ou peuvent être multiples et tous urgents : éducation à vivre ensemble, éducation à l'alimentation équilibrée, éducation à la nature, éducation à boire de l'eau, éducation à ne pas

polluer l'eau, éducation à produire sans pesticides...

En mars 2013, 1 200 personnes participaient à Lyon au 3es Assises de l'éducation à l'environnement. Soixante personnes réunies en quatre ateliers ont construit ensemble des propositions pour une « éducation à la santé environnementale ».

Et si ces propositions préfiguraient des actions pour agir ans le cadre de la transition écologique ? □

**PHILIPPE BOULOGNE**

En savoir plus

<http://www.assises-eedd.org/files/Pages/Fichiers/AN13-LivretPropo-SanteEnvir.pdf>

[http://biodiversite.reseaeucoleetnature.org/sites/default/files/users/veronique/le\\_syndrome\\_de\\_manque\\_de\\_nature-130925.pdf](http://biodiversite.reseaeucoleetnature.org/sites/default/files/users/veronique/le_syndrome_de_manque_de_nature-130925.pdf)

## Loi de modernisation du système de santé

Présenté en Conseil des ministres le 15 octobre 2014 par Marisol Touraine, le projet de loi de modernisation du système de santé a été voté le 14 avril en première lecture par l'Assemblée nationale. Le texte doit être débattu par les sénateurs avant d'être réécrit en commission mixte paritaire selon la procédure accélérée voulue par le Gouvernement. Les députés ont cependant apporté quelques modifications au texte initial du Gouvernement.

Parmi les principales mesures, ils ont entériné le paquet neutre de cigarettes, l'interdiction de la publicité pour les cigarettes électroniques et élargi l'interdiction de fumer en voiture en présence d'un mineur (16 ans dans le projet de loi). Ils ont validé l'information nutritionnelle accessible sur les emballages alimentaires et interdit les fontaines à soda gratuites. Ils ont de même instauré des sanctions contre l'incitation à la maigreur excessive et interdit l'activité de mannequin à toute personne dont l'indice de masse corporelle est inférieur à un certain seuil. Ils ont interdit l'offre ou la vente aux mineurs d'objets incitant à la consommation excessive d'alcool et ouvert l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque.

Le tiers payant chez le médecin est généralisé, les enfants de 0 à 16 ans auront un médecin traitant et le dossier médical partagé (DMP) est une nouvelle fois relancé. La coopération entre hôpitaux publics avec la création des groupements hospitaliers de territoires (GHT) est facilitée tandis que des communautés professionnelles de santé sont créées à la place du service territorial de santé au public inscrit dans le projet de loi.

Enfin, l'accès aux données de santé est ouvert pour développer de nouveaux services et faciliter la recherche et l'innovation. Les restrictions à la contraception d'urgence sont levées pour les élèves de collège et l'information et l'orientation vers les centres de planification ou d'éducation familiale sont renforcées.

## Dis-moi comment tu manges, je te dirai...

Selon une étude de l'Inserm menée en Île-de-France sur 3 000 personnes incluses dans la cohorte SIRS, qui étudie depuis 2005 les inégalités et déterminants sociaux de la santé dans le Grand Paris, cinq grandes pratiques alimentaires ont été constatées. Dans trois quarts des cas, les individus mangent trois fois par jour à des heures assez régulières, un quart ne prend que deux repas par jour.

Les trois repas sont pris de trois façons différentes. Un tiers des gens, plutôt actifs et éduqués, déjeune majoritairement à l'extérieur, sur le lieu de travail ou au restaurant avec des collègues ou des amis. Un quart prend les trois repas à la maison en famille. Ce sont ceux qui respectent le mieux la consigne des cinq fruits et légumes par jour. Enfin, pour 17 %, les repas sont également pris au domicile, mais seul, devant la télévision ou en écoutant la radio. Ces personnes, plutôt âgées, seules et aux revenus modestes, sont aussi plus impliquées dans la préparation de leurs menus.

Le quart restant des personnes mange plutôt deux repas, en omettant le petit déjeuner. Ces personnes grignotent davantage au cours de la journée, trouvent médiocre la qualité de leur alimentation et respectent le moins les recommandations alimentaires. Deux catégories de personnes suivent ce rythme : 13 % mangent chez elles, le plus souvent devant la télévision accompagnées de membres de la famille. Elles sont peu aisées, moins éduquées et plus souvent d'origine étrangère. Les autres (12 %) mangent à l'extérieur dans la convivialité, en compagnie d'autres personnes. Elles sont instruites et correspondent, d'après les chercheurs, à la caricature du « bobo parisien célibataire » !

Le quart restant des personnes mange plutôt deux repas, en omettant le petit déjeuner. Ces personnes grignotent davantage au cours de la journée, trouvent médiocre la qualité de leur alimentation et respectent le moins les recommandations alimentaires. Deux catégories de personnes suivent ce rythme : 13 % mangent chez elles, le plus souvent devant la télévision accompagnées de membres de la famille. Elles sont peu aisées, moins éduquées et plus souvent d'origine étrangère. Les autres (12 %) mangent à l'extérieur dans la convivialité, en compagnie d'autres personnes. Elles sont instruites et correspondent, d'après les chercheurs, à la caricature du « bobo parisien célibataire » !

## Feuille de route contre la pauvreté

Devant le Conseil national des politiques de lutte contre l'exclusion, en présence de Marisol Touraine et Ségolène Neuville, la feuille de route 2015-2017 du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a été présentée par Manuel Valls.

Elle s'articule autour des trois axes d'intervention : la prévention des ruptures, l'accompagnement des personnes en difficulté, l'action partenariale au plus près des territoires et des personnes.

L'accès aux droits est consacré en tant que priorité gouvernementale et constitue l'un des principes fondateurs du Plan pluriannuel par la poursuite du plan quinquennal de revalorisations exceptionnelles du RSA socle, la fusion du RSA et de l'ASS, la mise en ligne d'un simulateur des droits multi-prestations au cours du premier semestre 2015 et l'expérimentation d'un espace personnel numérique de type « coffre numérique » pour les personnes accompagnées. Le plan de lutte contre la pauvreté vise d'une part à sortir de la gestion d'urgence dans le domaine de l'hébergement, et à mettre en place des solutions pérennes de logement. Dans le champ de la santé, le plan vise à faciliter l'accès aux soins des publics les plus fragilisés et à réduire les inégalités sociales de santé par l'accès à l'aide pour une complémentaire santé (ACS), la suppression des franchises, la généralisation du tiers payant, l'accès gratuit à la vaccination dans certaines structures et la prise en charge à 100 % des actes de biologie et d'échographie pré et post IVG. Des solutions d'accueil du jeune enfant et d'accompagnement vers l'emploi pour les familles avec enfants, et notamment les familles monoparentales, sont engagées.



# INTERREG V EST LANCÉ

Le programme de coopération européenne Interreg V a été lancé en mars dans les différentes zones concernées. Il couvre la période 2014-2020.

**La** Picardie est concernée par deux programmes Interreg V : le programme France-Wallonie-Vlaanderen, entre la France et la Belgique, et France (Manche) Angleterre.

ment régional (Feder), l'enveloppe financière dédiée au programme a été augmentée. Elle soutient quatre thèmes de coopération :

- recherche, innovation et transfert de technologies ;
- compétitivité des PME ;
- patrimoine, ressources naturelles, gestion des risques ;
- cohésion sociale, santé, formation et emploi.

L'aire de coopération du programme transfrontalier, s'étend, en France, du Finistère au Pas-de-Calais et, du côté anglais, de la Cornouaille au Norfolk. Le programme se compose de quatre priorités et de cinq objectifs spécifiques, pour un total de 223 millions d'euros pour près de 24 millions d'habitants pour 130 000 km<sup>2</sup> :

- soutenir l'innovation en réponse aux défis économiques et sociétaux de l'espace FMA ;
- soutenir la transition vers une économie sobre en carbone de l'espace FMA ;
- renforcer l'attractivité des territoires de l'espace FMA ;
- assurer le développement équilibré et inclusif de l'espace FMA.

Le premier appel à projets a été lancé le 2 mars dernier et se termine le 11 mai 2015. □



Le programme France-Wallonie-Vlaanderen s'inscrit dans une volonté de favoriser les échanges économiques et sociaux entre huit régions frontalières : le Nord - Pas-de-Calais, la Champagne-Ardenne et la Picardie, en France, les provinces de Flandre occidentale, de Flandre orientale, de Hainaut, de Namur et de Luxembourg, en Belgique, soit près de onze millions habitants répartis sur 62 000 km<sup>2</sup>. Il vise à associer les compétences communes de chaque région concernée et à en valoriser les richesses. L'objectif final de cette coopération transfrontalière est de viser un bénéfice réel pour les populations. Avec 170 millions d'euros provenant du Fonds européen de développe-

Lancé officiellement les 30 et 31 mars derniers à Mons (Hainaut), un premier appel à projet est ouvert jusqu'au 8 mai 2015. Les premières actions débuteront en début d'année 2016.

De son côté, le programme France (Manche) Angleterre vise à développer les atouts naturels, maritimes, économiques et sociaux de la zone.



france (manche channel) england  
interreg

**Les phénomènes émergents de pauvreté entre 2010 et 2013**

Antoine Loubet, Drees, mars 2015



À partir de 2010, la Drees a conduit une enquête barométrique auprès d'un large panel d'acteurs de terrain. Cette démarche inédite et à portée exploratoire s'apparente au déploiement d'un système de veille sur les phénomènes de pauvreté et d'exclusion sociale.

Entre la fin 2010 et la fin 2013, environ 2 000 structures œuvrant dans le domaine social auprès de diverses populations ont été interrogées tous les six mois sur l'évolution de la fréquentation ou l'émergence de certains publics. À chaque vague d'enquête, environ un acteur de terrain sur deux déclare observer une hausse de fréquentation pour une partie de son public habituel au cours des 6 derniers mois contre un sur cinq qui observe une baisse. Dans la plupart des cas, les hausses sont considérées comme durables. Il s'agit principalement de personnes au chômage, de jeunes de moins de 25 ans, de personnes en difficulté financière, ou encore de populations étrangères. Certaines hausses de fréquentation sont plus spécifiques à une catégorie de structure. C'est notamment le cas des enfants et des familles monoparentales (structures de lutte contre la grande pauvreté), des personnes âgées, voire très âgées (structures larges), des jeunes peu qualifiés ou bien diplômés du supérieur (structures du pôle jeunesse). Autre fait notable, les structures sont de moins en moins souvent confrontées à l'émergence de nouveaux publics au fil des vagues d'enquête. Les profils de public émergents sont assez semblables à ceux des publics habituels dont les structures observent la hausse de fréquentation.



**Évaluation des plans de santé publique 2007-2013**

Haut Conseil de la santé publique,

Entre 2007 et 2013, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a ainsi évalué onze plans de santé publique, à mi-parcours ou à leur échéance. L'objectif poursuivi est la construction d'un cadre méthodologique commun d'évaluation au HCSP, et de saisir l'opportunité d'accompagner la réflexion sur l'évaluation dès la conception des politiques. Les évaluations, la recherche en santé publique a pour objectif d'améliorer le nombre de politiques publiques basées sur des preuves scientifiques. Parmi ses conclusions, le HCSP note qu'un nombre excessif de plans nuit à la politique publique et à la possibilité de recourir aux évaluations. Des méthodologies appropriées et standardisées pourraient être proposées pour évaluer la mise en œuvre par les régions de plans nationaux. L'évaluation ne peut en effet se résumer à un instrument de suivi ou de pilotage mais doit aborder la question de l'effet des mesures sur la base d'indicateurs et mieux intégrer l'approche quantitative et qualitative. Il soutient la démarche de l'IRESP qui tente de promouvoir la recherche communautaire, pour faire coproduire la recherche par les chercheurs, les organisations, les patients. Mais dans les administrations, les organisations et les agences, de moins en moins de personnes sont en mesure d'assurer l'interface avec le domaine académique et donc de soutenir de telles approches pourtant largement développées dans d'autres pays comme le Canada.

**Impacts des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte**

Association mémoire traumatique et victimologie, mars 2015

L'enquête menée par l'Association mémoire traumatique et victimologie démontre



que plus les violences sexuelles surviennent tôt dans la vie des victimes, plus les conséquences sont lourdes, et d'autant plus si l'agresseur

est un membre de la famille ou un proche. D'après l'association, les situations de violences que les jeunes endurent sont loin d'être systématiquement dépistées et les violences sexuelles dont ils sont victimes perdurent souvent pendant des années, durant lesquelles ils ne bénéficient ni de soins, ni de protection. Ils pâtissent en silence des conséquences de ces violences au risque d'en subir de nouvelles, de développer de graves troubles psychotraumatiques, voire même d'en mourir. Un certain nombre de ces enfants deviendront, hélas, agresseurs à leur tour et feront de nouvelles victimes.

L'association propose qu'une vraie politique de santé publique concernant la prévention, le dépistage, l'accompagnement et le soin des victimes de violences soit construite, avec notamment la création d'un observatoire national sur l'impact des violences, l'accompagnement et le soin des victimes, voué à la conduite de programmes de recherche et de collecte des données.

Elle demande l'amélioration des lois sur les violences sexuelles conformément à la Convention du Conseil de l'Europe et la refonte de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), afin d'améliorer la prise en charge des victimes et des agresseurs mineurs.

# PORTRAITS D'ADOLESCENTS

Coordonnée par l'Unité Inserm 1178 « Santé mentale et santé publique » et le pôle universitaire de la Fondation Vallée, cette étude dresse un portrait de la vie des adolescents.

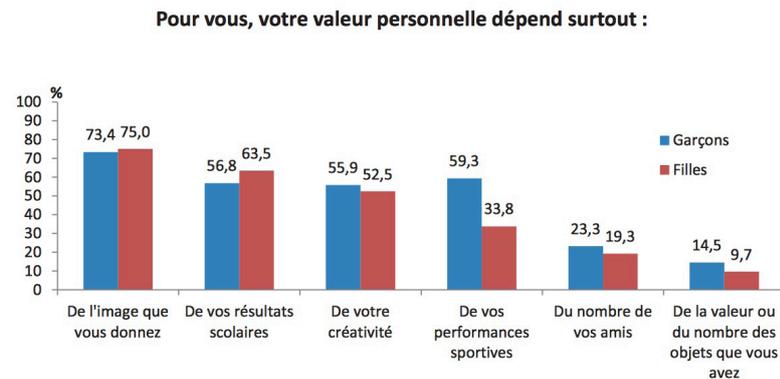


Cette enquête épidémiologique multicentrique (Hautes-Alpes, Val-de-Marne, Poitou-Charentes) s'est déroulée en milieu scolaire à partir d'un échantillon de 15 235 élèves de 13 à 18 ans, issu de 730 classes de lycées (60 %), de collèges (30 %) et de MFR (10 %).

L'étude aborde la santé physique et mentale, les consommations, les loisirs, ou encore la vie affective et sexuelle. Ses objectifs sont d'analyser « les comportements des adolescents dans leur contexte culturel en prenant compte de la qualité de leur processus d'adolescence », d'identifier des sous-groupes présentant des fonctionnements ou comportements à risque, d'identifier leur « profils » (loisirs, liens sociaux...) pour mieux repérer des stratégies de prévention adaptées.

S'ils se sentent adolescents à 13 ans (10,6 % des élèves de 13 ans ne le pensent pas), c'est à 14-15 ans qu'ils disent l'être réellement. À l'inverse, dès 18 ans, près de 50 % des jeunes ne se sentent plus adolescents. Le sentiment d'être adolescent n'est pas lié à la puberté, chez les garçons comme chez les filles mais, en concluent les auteurs, plutôt à une perception sociale.

Parmi l'ensemble des résultats, la communication par les réseaux sociaux, Facebook très largement en tête, est



utilisé par près de neuf jeunes sur dix, les filles (89,4 %) légèrement plus que les garçons (86,5 %).

Mais les jeunes sont encore « accro » à d'autres choses. Pour les filles, il s'agit du tabac (9,2 %), des relations avec leurs pairs (8,3 %), du portable (7,0 %), du sport (6 %) et de la musique (5,4 %). Pour les garçons, le sport est en première place (13,6 %), puis viennent les jeux vidéos (12 %), le tabac (7,8 %), les relations avec leurs pairs (7,8 %). Les filles se disent dix fois moins être accro aux jeux vidéos que les garçons (1,1 %), à l'inverse, les garçons sont dix fois moins accro au portable (0,7 %). À la question portant sur ce qui fait leur valeur personnelle, plus de sept garçons et filles citent « l'image donnée » ; les résultats scolaires viennent ensuite pour les filles (63,5 %) alors que les garçons privilégient les perfor-

mances sportives (59,3 %). Leur créativité est plébiscitée par plus de cinq jeunes sur dix alors que le nombre d'amis n'est choisi que par environ deux jeunes sur dix.

Près de la moitié des adolescents a confiance en l'avenir et une grande majorité se sent bien dans ses relations avec ses parents. Plus de sept adolescents sur dix estiment d'ailleurs que les adultes sont en général trop inquiets pour eux. Malgré cela, près de 40 % ont déjà pensé « que la vie ne valait pas la peine d'être vécue ».

Enfin, dans de nombreux domaines, les filles apparaissent plus tôt que les garçons plus matures et lucides ; elles sont plus inquiètes, se posent davantage de questions sur elles-mêmes et sur le monde. □

**1-2** JUIN 2015

7<sup>es</sup> rencontres santé-justice : le partage d'information(s) : quels partenariats autour de la personne placée sous main de justice ?

**ARS PICARDIE, IREPS PICARDIE**  
Contact : sonia.caillaux@ireps-picardie.fr

**4-5** JUIN 2015, PARIS

Accès aux droits, handicaps et participation sociale

**GROUPE DE RECHERCHE SUR LE HANDICAP, L'ACCESSIBILITÉ ET LES PRATIQUES ÉDUCATIVES ET SCOLAIRES (INS HEA)**

**10-12** JUIN 2014, AMIENS

Les 8<sup>es</sup> journées scientifiques du Cancéropôle Nord-Ouest  
**CANCÉROPÔLE NORD-OUEST**

**28-3** JUIN- JUILLET 2015, BESANÇON

12<sup>e</sup> université d'été francophone en santé publique

**UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ, ARS DE FRANCHE-COMTÉ**  
Contact : lara.destaing@univ-comte.fr

**29** SEPTEMBRE 2015, AMIENS

La santé dans la ville de demain  
**RÉSEAU FRANÇAIS DES VILLES SANTÉ OMS**

**13** OCTOBRE 2015, SAINT-QUENTIN

Journée annuelle de la *Plateforme sanitaire et sociale*. L'accès aux droits

Programme : <http://www.pf2s.fr/picardie/index.php/actualites/sante/362-journee-de-la-plateforme-sanitaire-et-sociale-2015>

*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*

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 : Bertrand Boixeda (conseil départemental de l'oise), Anne-Claire Boucher (conseil départemental de la Somme), Rémy Caveng (université de picardie), Émilie Fauchille (or2s), Lugdivine Godin (msa), Bruno Goethals (carsat nord-picardie), Laurent Haegemann (msa), Marie-Véronique Labasque (creai), Patrick Le Scouëzec (insee), Philippe Lorenzo (or2s), Laurence Moutiez (conseil régional de Picardie), Anna Ouattara (carsat nord-picardie), Aline Osman-Rogelet (or2s), Gaëlle Raboyeau (ars), Claude Thiaudière (université de picardie), Alain Trugeon (or2s), Cédric Van Gertruy (drjscs)

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X  
© OR2S mai 2015

