

# Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°20  
juin 2013

## SOMMAIRE

### Édito

#### On en a parlé 2

- Construction et usages des indicateurs. Pauvreté, richesse, inégalités, bien-être, performance. Colloque
- Santé-justice : prévention de la récidive

#### Actualité 3

- Rapport d'activité de la CRSA sur les droits des usagers du système de santé

#### Brèves 4

#### Entretien 5

- La gestion du risque en Picardie. Entretien avec Jean-Yves Casano, directeur de la Cpsam d'Amiens

#### Initiative 6

- « Qui me donnera quelqu'un qui m'écoute ? » Recueil de la parole des usagers du système de santé

#### Focus

- Les études qualitatives, un outil d'observation à part entière 8
- Étude sur le dopage 9
- Évaluation de la *Task force* alcool en Picardie 10
- *Génération en santé* : comprendre les habitudes de vie des Français et des Belges 11
- Non recours aux soins 12
- *Focus groups* en Thiérache 13
- Recherche collective organisée à partir d'enquêtes monographiques : la construction et les usages de statistiques sociales 14

#### Données nationales 15

- Enquête chez les Maia

#### Brev'd'Europe 16

#### Europe 17

- *Health and Environment Alliance*

#### Doc 18

- La fracture territoriale de l'accès aux soins 19

#### Tribune libre 20

- Enquêtes qualitatives : quelles enquêtes ?

#### Agenda 20

La gestion des affaires publiques demande la maîtrise de facteurs toujours plus nombreux et nécessite de pouvoir suivre en temps réel l'évolution de multiples variables. Dans nos sociétés devenues d'une grande complexité, poser les problèmes et surtout leur trouver des solutions, devient une absolue nécessité qui doit faire appel à plusieurs compétences croisant des disciplines diverses. La décision politique se doit de reposer sur une connaissance pointue de ce qui se passe dans la société, dans les populations. En partie seulement, car le décideur politique doit prendre acte de différents paramètres bien au-delà de la science. Mais la prise de décision et le débat démocratique qui l'entourent, exigent aussi d'être éclairés constamment.

Dès son apparition au début du XX<sup>e</sup> siècle, l'analyse quantitative s'est imposée aux décideurs comme un outil d'une grande précision, à tel point que certains ont pu parler, par exemple, d'une République des sondages pour en caractériser le poids. Même si cette formulation est caricaturale, il n'en reste pas moins vrai que les tableaux de bord d'indicateurs, le traitement des bases de données, issues de fichiers administratifs ou d'enquêtes spécifiques restent des atouts indéniables pour la connaissance qui accompagne toute décision.

Pour autant, les limites de l'analyse quantitative sont assez vite atteintes : le nombre n'est porteur en lui-même que d'une certaine réalité car il n'a d'existence que par le sens social, ou politique, qu'on lui donne. Il ne s'agit pas de faire dire aux chiffres ce qu'on voudrait bien leur faire dire, mais de les expliquer en les ancrant dans la réalité que vit la population au quotidien.

Ce dont a besoin en effet aujourd'hui une administration comme une collectivité territoriale, c'est de comprendre ce que vivent les gens, en l'occurrence ici les Picards, et le sens que ceux-ci donnent à leurs discours et à leurs actes. C'est pourquoi les échanges, issus de recueils qualitatifs, constituent un complément indispensable à la connaissance, et donc à la prise de décision.

C'est dans ce contexte que le conseil régional de Picardie a souhaité accompagner l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie, sur le recours aux soins dans des zones où il est manifeste qu'il n'est pas aussi accompli qu'il devrait l'être. Dans une région dont les indicateurs de santé demeurent médiocres, voire mauvais, et où le non-recours au système de santé est une réalité bien décrite par les différents producteurs de données et ceux qui les analysent, l'approche qualitative permet de cerner les raisons que les diverses populations concernées avancent. Il devient alors plus aisé et plus pertinent de mettre en œuvre des politiques ou dispositifs en partant du vécu des personnes et de leurs représentations, en les adaptant à leurs possibilités et aux réalités de la Picardie.

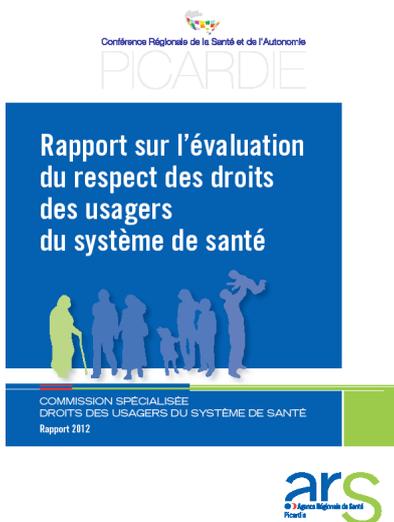
L'action publique ne pourra en sortir que renforcée et, dans une période de fortes contraintes, il convient de s'assurer de toutes les chances de réussite pour œuvrer à la bonne santé des Picards, et collectivement à leur bien-être. C'est la mission que le conseil régional de Picardie s'est donné depuis plusieurs années, et il continuera à s'y employer de manière volontariste.

**Claude Gewerc**  
Président du conseil régional de Picardie



# Rapport d'activité de la CRSA sur le droits des usagers du système de santé

La commission spécialisée sur les droits des usagers du système de santé de la conférence régionale de santé et de l'autonomie publie son rapport 2012 sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des patients et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et la qualité des prises en charge.



Ce rapport, élaboré par la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU), est le premier rapport publié en application d'un cahier des charges national qui définit l'ensemble des indicateurs à recueillir. À cet égard, un travail pluri-annuel est à mettre en œuvre pour traiter de manière exhaustive l'ensemble des objectifs définis. Ainsi ceux relatifs au secteur ambulatoire feront l'objet d'une attention particulière dans le rapport 2013.

Pour le rédiger, deux enquêtes portant sur les données 2011 ont été menées auprès des établissements de santé publics et privés, et des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées. Les résultats de l'enquête de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (Anesm) sur la bientraitance dans les établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) portant sur les données de l'année 2010 ont également été utilisés. Le rapport effectue tout d'abord, dans son chapitre premier, une analyse des orientations et des objectifs définis par le cahier des charges, au regard de quatre orientations portant sur la promotion et le respect des droits des usagers, le renforcement et la préservation de l'accès à la santé pour tous, la représentation des usagers du système de santé, et enfin le renforcement de la démocratie sanitaire.

La thématique « Promouvoir et faire respecter les droits des usagers » se décline en plusieurs objectifs. Sont ainsi étudiés la formation des professionnels sur le respect des droits des usagers, l'effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers, le droit au respect de la dignité, en particulier la promotion de la bientraitance, la prise en charge de la douleur, la rédaction des directives anticipées relatives aux conditions de la fin de vie, le droit à l'information concernant l'accès au dossier médical, et, enfin, le fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.

Le rapport reconnaît que des efforts sont réalisés concernant la formation des professionnels au respect des droits des usagers, mais que des progrès restent à faire. Il montre également que les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dans les établissements de santé et les conseils de la vie sociale dans les établissements médico-sociaux sont majoritairement en place et fonctionnent. Il remarque que la culture d'évaluation et de démarche qualité est bien ancrée dans les pratiques de ces établissements. Enfin, il constate que la prise en charge de la douleur semble pleinement intégrée dans la pratique des professionnels.

Le second chapitre porte sur des analyses adaptées aux spécificités de la région, en effectuant la synthèse des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité des prises en charge siégeant dans les établissements de santé, d'une part, et rend compte d'une étude sur l'application des droits des usagers dans les établissements accueillant des personnes handicapées, d'autre part.

Le troisième chapitre décrit la dynamique régionale de labellisation des droits des usagers en 2011.

## Réclamations par secteur d'activité (moyenne par établissement) CRSA 2012

Secteur d'activité	Etab. Public	Org. Privé Commer.	Org. Privé non Lucr.	Total général
Médecine	7	6	3	6
SLD	2	0	0	3
Chirurgie	8	10	2	8
SSR	2	2	5	3
Obstétrique	3	1	0	2
imagerie	2	3	0	2
urgences	10	5	0	9
consultations	1	7	1	2
réanimation	1	1	0	1
administration	4	6	2	4
psychiatrie	15	9	1	12
hôtellerie/restauration	0	44	1	9
pédiatrie	2	0	0	2
biologie	1	2	0	1
autres	5	11	3	5
totaux moyens	4	8	1	5

Enfin, le dernier chapitre assure un suivi des recommandations de 2010 et 2011 formulées par la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers, et émet deux nouvelles recommandations.

Tout d'abord, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie demande à ce que les listes départementales des personnes qualifiées pour aider les usagers à faire valoir leurs droits dans le secteur médico-social soient publiées. En effet, celles-ci doivent être arrêtées par département, conjointement par le préfet, le président du conseil général et le directeur général de l'ARS. Il ressort du rapport que cette liste existe pour le seul département de l'Aisne dans le secteur des personnes âgées.

La seconde recommandation repose sur le constat de la confusion de la part des personnels sur les notions de personne de confiance et de personne à prévenir en cas d'urgence. La commission recommande donc d'envisager une meilleure information sur le rôle de la personne de confiance. Fort de ces analyses, ce rapport manifeste la reconnaissance des instances de démocratie sanitaire en Picardie comme un élément d'amélioration des prises en charge des usagers.

Cette évolution doit encore être renforcée par une intensification de la formation des représentants des usagers siégeant au sein des instances du système de santé, leur permettant de mieux en appréhender la complexité.

Stéphanie MAURICE  
ARS Picardie

## Personnes accueillies accompagnées

La région Picardie est l'une des dix régions à avoir la chance de disposer d'un conseil consultatif régional des personnes accueillies accompagnées. Il est composé d'usagers et de travailleurs sociaux et est animé par la Fnars. Il a été installé le 13 décembre 2011. Amené à être mobilisé par les services de l'État dans le cadre de la participation, il a aussi vocation à s'auto-saisir de sujets concernant les résidents des structures d'accueil, d'hébergement et de logement de personnes sans abri ou mal logées. Le 6<sup>e</sup> conseil consultatif régional des personnes accueillies accompagnées a eu pour thème « *Travail social : les attentes des personnes accompagnées ?* » et s'est déroulé le 29 mai 2013 à Amiens.

Il a été suivi le 24 juin 2013 par un colloque à l'auberge de jeunesse d'Amiens intitulé « *Participation et expression de l'utilisateur en 2013 : quels enjeux pour l'hébergement social, la protection de l'enfance et le secteur médico-social ?* » co-organisé par le Creai et la Fnars Picardie.

À l'occasion des dix ans de la loi 2002-2, le Creai de Picardie a organisé en 2012 une journée sur la participation et l'expression de l'utilisateur à destination du public en situation de handicap. Aussi en 2013, suite aux retours positifs de cette journée et à de nombreuses demandes (résultats du questionnaire satisfaction), l'association a souhaité aborder cette thématique dans le secteur social à destination des publics en exclusion, en lien avec les ambitions de la loi 2002-2 et en écho cette année avec la proposition de la Commission européenne de rendre l'année 2013 « *Année européenne des citoyens* ». Cette journée est d'autant plus attendue que peu de journées de formation se déroulent sur le thème de la participation et de l'expression des usagers dans le champ du secteur social, aux côtés des professionnels.

Ce colloque s'adresse aux professionnels et futurs professionnels du secteur social et médico-social exerçant dans les CHRS, les Meacs, les IME, les foyers de vie, aux personnes accueillies, à leurs familles. Il consiste à faire participer différents acteurs, chercheurs, universitaires, professionnels, usagers pour qu'ils témoignent de leurs ressentis et de leurs expériences, afin d'échanger sur les évolutions et les involutions impulsées par la loi du 2 janvier 2002 et les nombreuses autres qui en ont découlé et permettre de réfléchir sur les enjeux et les difficultés auxquels sont confrontés aujourd'hui, les personnes autant que les services compétents, mais également les leviers et les innovations permettant à l'utilisateur d'être citoyen. Pour ce faire, les échanges seront favorisés par la mise en place d'ateliers, et l'étude de situations vécues par les participants.



## Marisol l'avait rêvé, Jean-Louis l'a fait

Marisol Touraine l'avait évoqué, le député Jean-Louis Touraine, sans lien de parenté, a déposé lors de l'examen du projet de loi *Consommation* un amendement relatif à l'interdiction de vente de la cigarette électronique, pour les adolescents. L'argument était que, si les experts sont encore divisés sur la question de la dangerosité réelle du produit, la cigarette électronique constitue une nouvelle porte d'entrée vers le tabagisme pour les adolescents. Les députés ont adopté fin juin cet amendement.

## Conférence sociale

La deuxième Grande conférence sociale s'est tenue à Paris les 20 et 21 juin 2013. Ouvert par le Président de la République et clôturé par le Premier ministre, elle a réuni plus de 300 participants, représentants des organisations syndicales, d'employeurs et des collectivités territoriales.

Six tables rondes, animées par un ou deux ministres ont contribué, à établir la feuille de route 2013 de la grande conférence sociale.

Au titre de l'emploi, l'accent est mis sur l'employabilité des jeunes et des demandeurs d'emploi, et leur formation. L'insertion professionnelle des travailleurs en situation de handicap sera aussi favorisée.

Pour la santé au travail, le comité d'orientation des conditions de travail (COCT) doit définir la démarche permettant de réaliser un bilan provisoire du plan santé au travail 2 et de préparer le plan Santé au travail 3 (2015-2019). L'un des axes majeurs de progrès est de renforcer l'efficacité du dispositif de surveillance de la santé des travailleurs.

En matière de retraites, la réforme du système de retraite pourrait reposer sur trois piliers : des mesures garantissant le financement des retraites à court terme, des évolutions permettant de garantir la pérennité du système de retraite par répartition et de redonner ainsi confiance aux jeunes et des mesures de justice visant à mieux prendre en compte certaines situations particulières (pénibilité, jeunes, femmes, polypensionnés...) dont le financement doit être assuré.

## Moi, ma santé et mes soins de proximité

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) organise un débat public portant sur le thème « *Moi, ma santé et mes soins de proximité* ». Deux questions seront soumises au débat : quel accès aux soins ? Quelle coordination des soins ?



Dans ce cadre, la CRSA invite ses membres à participer au débat sous la forme d'une contribution écrite. Ces contributions, regroupées sous la forme d'un cahier d'acteur, seront consultables sur le site internet de l'ARS. Ce cahier permettra de faire connaître au grand public les arguments de chacun des acteurs de santé et de porter à la connaissance de tous une vision de l'accès aux soins de proximité et de leur coordination. Il contribue largement à l'information des décideurs leur permettant d'orienter la politique régionale de santé. Les dates des débats seront :

- 1 octobre à Creil ;
- 3 octobre à Saint-Quentin ;
- 8 octobre à Amiens ;
- 10 octobre à Soissons ;
- 15 octobre à Beauvais.

## Pour recevoir Plateforme sanitaire et sociale de Picardie, n'oubliez pas de vous inscrire !

Désormais, les lecteurs des lettres électroniques *Plateforme sanitaire et sociale* et *Picardie en santé et bien-être* bénéficient d'une interface d'inscription unique. Pour vous inscrire ou modifier vos abonnements, il suffit de vous connecter sur la page suivante : [www.pf2s.fr](http://www.pf2s.fr)

### La journée de la Plateforme 2013 : date à réserver

En 2013, la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie organisera sa journée annuelle sur la thématique du *Bien-vieillir*. Elle se déroulera le 14 novembre à partir de 9 h 00 à Amiens (Irfte).



# La gestion du risque en Picardie. Entretien avec Jean-Yves Casano, directeur de la Cpm d'Amiens



**Plateforme sanitaire et sociale :** *Jean-Yves Casano, vous venez de prendre vos fonctions comme directeur de la Cpm d'Amiens, mais aussi coordinateur régional de la gestion du risque. Pourriez-vous définir ce que cela recouvre ?*

**Jean-Yves Casano :** Diriger une caisse primaire d'assurance maladie (Cpm), c'est d'abord veiller avec l'ensemble de mes collaborateurs à la qualité et à la régularité du remboursement des soins et arrêts de travail de nos assurés. C'est aussi améliorer en permanence notre efficacité autour de trois priorités : la qualité de service, notamment pour faciliter l'accès aux droits et donc aux soins, la gestion du risque, autrement dit "le juste soin au juste prix", et l'efficacité, c'est-à-dire le rapport entre nos coûts de gestion et nos résultats.

En tant que Directeur coordonnateur régional de la gestion du risque, je veille avec mes collègues directeurs des Cpm de l'Aisne, de l'Oise, du service médical et de la Carsat Nord-Picardie, au déploiement harmonieux de nos politiques et programmes de travail en Picardie. J'échange régulièrement à cet effet aussi avec mes collègues directeurs des autres régimes d'Assurance maladie. Je suis aidé en cela d'une cellule d'experts placée auprès de la Cpm de la Somme, qui travaille aussi en liaison avec l'agence régionale de santé (ARS) de Picardie. Je suis en effet en contact régulier avec le directeur général de l'ARS de Picardie et ses principaux collaborateurs sur les nombreux sujets qui nous sont communs, au nombre desquels dix programmes prioritaires de gestion du risque que nous conduisons ensemble pour améliorer l'accès aux soins des Picards.

**PF2S :** *Justement, comment cela s'organise-t-il sur le terrain ?*

**J.-Y. Casano :** L'Assurance maladie accorde une importance fondamentale à l'accompagnement des professionnels de santé et des assurés. Par exemple, nous tenons régulièrement informés les médecins des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) en matière de pratique médicale. Nous rencontrons individuellement les médecins, pharmaciens, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, transporteurs sanitaires, établissements... pour échanger sur leur activité à partir de profils élaborés avec nos données de remboursement. Nous les associons par ailleurs à des programmes destinés à améliorer la prise en charge de nos assurés (MT'Dents, Sophia...). Nous développons aussi une forte activité de prévention en lien avec tous ceux qui agissent dans ce domaine. Nous avons ainsi installé un

espace "Santé Active" à Amiens depuis la fin 2012 où chacun peut trouver des conseils individualisés sur la nutrition, la santé du cœur et du dos, auprès de diététiciens, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs... Ces conseils s'appuient sur des référentiels reconnus et validés par la HAS. Ils peuvent également être donnés dans des ateliers gratuits et, dès septembre prochain, par un e-coaching.

Par ailleurs, la Somme est l'un des cinq départements pilotes qui mettent en place un programme pour accompagner le retour à domicile (Prado) de patients hospitalisés suite à une insuffisance cardiaque. Actuellement, 34 % de ces patients doivent être ré-hospitalisés dans les semaines qui suivent leur sortie d'hospitalisation ! L'accompagnement que nous organisons avec le centre hospitalier, leur médecin traitant, le cardiologue et l'infirmier vise à prévenir les complications évitables qui conduisent souvent à ces réhospitalisations.

Les établissements partenaires dans la mise en œuvre de ce programme sont le CHU d'Amiens et le centre hospitalier d'Abbeville.

Nous avons également déployé le programme Sophia, actuellement consacré au diabète, dont un premier bilan montre que les patients adhérant à ce dispositif ont une meilleure propension à suivre les traitements et les recommandations médicales, sont moins hospitalisés, ou moins longtemps, et présentent moins d'aggravation de leur pathologie... Et nous faisons beaucoup d'autres choses encore avec de nombreux partenaires, dont l'ARS, pour développer le recours à la chirurgie ambulatoire, la prise en charge de l'insuffisance chronique, l'accès aux soins de suite et de réadaptation...

**PF2S :** *Concernant l'accès aux soins que vous évoquez, quelle est la politique de l'Assurance maladie sur ce sujet ?*

**J.-Y. Casano :** Améliorer l'accès aux droits est l'une de nos grandes priorités, puisque c'est la première étape pour accéder aux soins. Selon la dernière étude de l'Insee en 2010, 16,2 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. C'est le cas de 32,6 % des individus non couverts par une complémentaire. Or, le non recours ou le recours différé aux soins peuvent se traduire par l'aggravation des pathologies avec des répercussions très lourdes pour la personne, d'ordre sanitaire, social, financier... C'est pourquoi nous développons plusieurs actions à destination des assurés, notamment une aide financière à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS). Les conditions d'accès

à cette aide viennent d'ailleurs d'être étendues à partir de juillet par l'État dans le cadre du plan pauvreté.

Dans le même esprit, nous essayons de stabiliser les dépassements tarifaires et de les réduire lorsqu'ils sont excessifs. Notre Caisse nationale vient ainsi de signer avec les représentants nationaux des médecins un avenant à la convention médicale, l'avenant 8, pour favoriser l'accès aux soins en limitant les dépassements tarifaires ou en les interdisant pour les assurés relevant de l'ACS. Nous rencontrons actuellement les médecins pratiquant des dépassements d'honoraires très élevés. Quant au refus de soins par des médecins, et sans en minimiser aucunement l'importance, il est heureusement plus que marginal.

**PF2S :** *Quel est l'enjeu en Picardie de la renonciation aux soins par les patients ?*

**J.-Y. Casano :** Il est prioritaire et constitue un axe spécifique de notre projet d'entreprise. Les analyses d'un groupe national sur les "publics fragiles ou vulnérables", auquel je contribue, montrent que notre région présente des difficultés spécifiques avec un taux de chômage plus important que la moyenne nationale et des indicateurs de précarité et de santé défavorables... J'ai mis en chantier plusieurs travaux d'analyse pour bien comprendre le rôle des facteurs géographiques, sociaux, économiques...

Nous allons rapidement amplifier le travail avec nos partenaires que sont les Caf, conseils généraux, Carsat, villes, voire OR2S et *Plateforme sanitaire et sociale*... et ceci, tant au niveau national que local. Nous souhaitons en effet mieux échanger nos signalements (bénéficiaires des minima sociaux, situations de vulnérabilité, etc.) entre organismes partenaires pour prévenir tout risque d'exclusion sur les questions de droit. Nous voulons aussi pouvoir agir en temps réel au plus près des besoins et, avec les CCAS, par exemple, nous organisons des formations afin d'avoir le maillage territorial le plus précis possible. Tout ceci c'est le sens de ma mission et de celle de l'Assurance maladie.

# « Qui me donnera quelqu'un qui m'écoute ? »

## Recueil de la parole des usagers du système de santé

**Le projet, initié par le réseau du Cisspic, vise à la valorisation des publics, notamment les publics des usagers de la santé par le recueil de leur parole.**

**La** première difficulté de la prise de parole se situe dans la relation humaine à adopter pour surmonter le « vertige de la page blanche », qui peut entraîner un véritable blocage pour des patients confrontés à la solitude de la maladie.

En effet, la liberté de parole engendrée par le collège inter-associatif sur la santé de Picardie (Cisspic) est captivée par le ton du récit et le travail de restitution, entre le réalisme des témoignages, les valeurs muettes ou parlantes des malades chroniques, qui font l'esprit de vérité d'un « bon usage des maladies » et de la transmission du vécu des usagers de la santé. Entre la hantise de la douleur qui peut se profiler à l'horizon lorsque l'on est concerné par une maladie comme le cancer, et le fait de sombrer dans la douleur, dont la solitude n'est qu'un des aspects, il y a peut-être un juste milieu à trouver. Ce juste ton est de faire connaître par la parole cette façon de vivre en face à face avec sa santé prise en charge par une organisation de soins.

L'apparition d'une maladie transforme la solitude en une souffrance qui prend alors la forme d'un sentiment amer de « délaissement », voire « d'indifférence », c'est-à-dire d'un véritable fossé infranchissable entre la personne malade et son semblable, en l'occurrence sa famille, les soignants, voire entre le patient et lui-même.

Le projet de recueil de la parole des usagers porté par le Cisspic, qui a été primé par le concours du *Label régional et national Droits des usagers* du ministère chargé de la santé, propose, en partenariat avec l'université de Picardie Jules Verne, aux malades chroniques volontaires, de surmonter ce silence. En effet, ce sont surtout les mots qui manquent pour exprimer et partager ce vécu. Les transcriptions des entretiens qui seront réalisés, pourraient être un élément de référentiel dans l'information et la sensibilisation des étudiants en médecine.

Ce projet est complémentaire au droit commun de la prise en charge des malades chroniques dans leur parcours de soins, de santé ou dans leurs parcours de vie.

Son objectif est d'améliorer les pratiques des professionnels de santé et de leur donner du sens. Il se résume à synthétiser cette parole

au sein d'un recueil à destination des professionnels et des usagers de la santé et de faire témoigner des usagers devant des groupes d'étudiants en médecine.

Une journée d'étude sur les maladies chroniques pourra être organisée avec l'Université de Picardie Jules Verne en juin ou septembre 2013.

Pour la réalisation du projet, il sera fait appel à deux étudiants en Master 2 sanitaire et social pendant la durée de leur stage pratique, ainsi qu'à vingt personnes atteintes de maladie chronique, membres d'associations.

### Une parole recueillie et accueillie

Le projet se déroule selon trois phases.

Durant la phase préparatoire, de juin à novembre 2012, la création d'une trame d'entretien par les stagiaires et sa validation par le comité *ad hoc* du Cisspic ont été réalisées. Des critères de « recrutement » des usagers témoins ont été établis (maladie, âge, origine sociale, origine professionnelle, sexe). Elle s'est conclue par la construction de l'échantillon.

La phase opérationnelle, d'avril à juin 2013, a concerné le déroulement des entretiens,

leur retranscription et validation par le Cisspic, avec un retour vers la personne qui aura témoigné.

Enfin, la phase finale, à l'automne 2013 sera consacrée à l'édition d'un livret présentant une partie des témoignages recueillis et des témoignages d'usagers devant des groupes d'étudiants en médecine.

Les partenaires du projet sont les deux facultés de Philosophie et Sciences sociales et de Médecine de l'université de Picardie Jules Verne, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Picardie, qui accueillera les étudiants stagiaires, ainsi que les responsables d'associations d'usagers de la santé, en particulier celles concernant les pathologies chroniques pour le recrutement de vingt personnes prêtes à apporter leur concours.

Un partenariat privé pourrait être conclu avec Sanofi, pour le financement de l'édition du recueil.

**Henri BARBIER,**  
Président Cisspic

**Yassine CHAÏB**  
DRJSCS

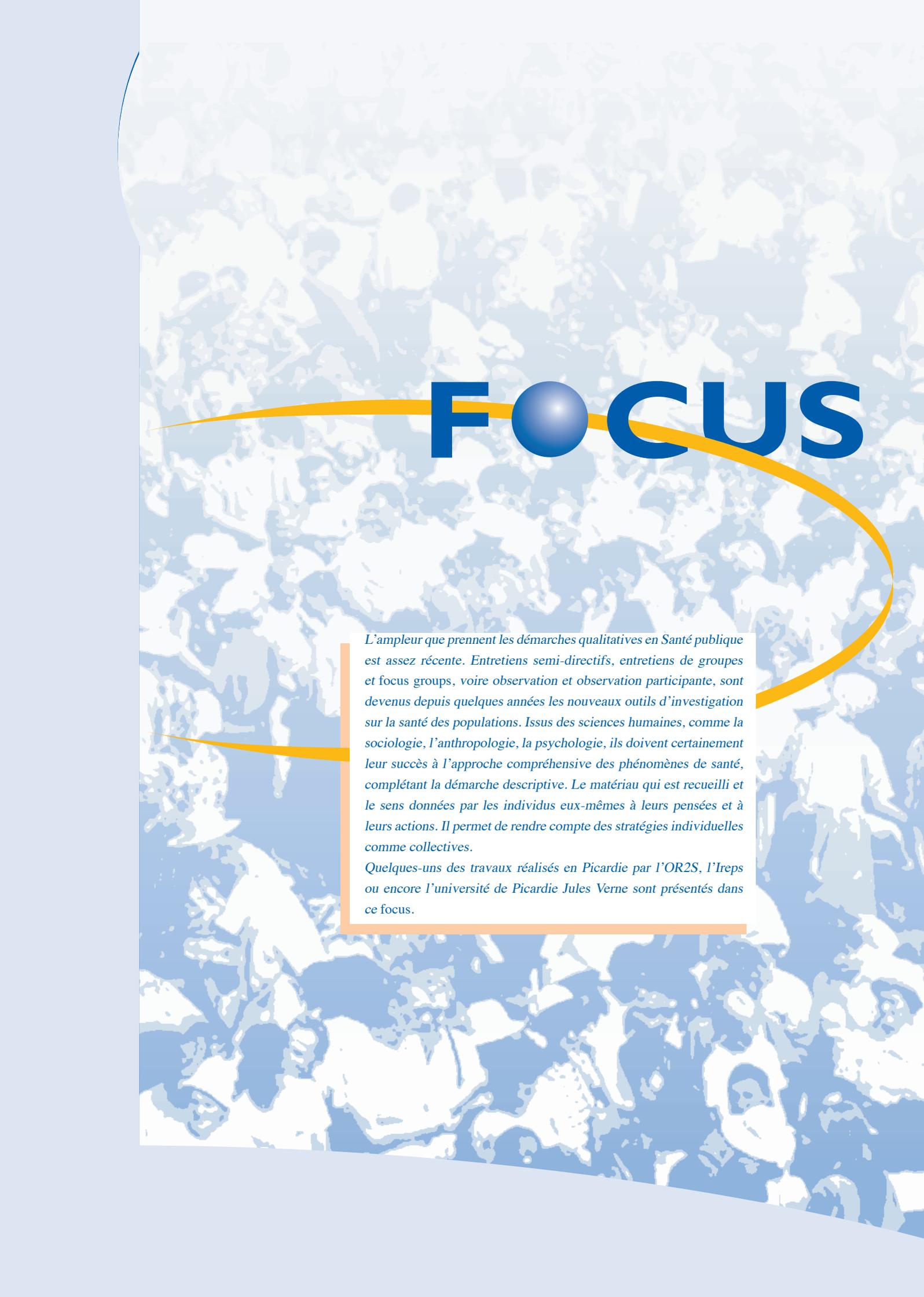
Le projet du Ciss Picardie est l'un des sept projets labellisés par l'agence régionale de santé de Picardie sur les treize dossiers reçus : cinq prix du jury récompensés d'une somme de 2 000 € chacun et deux grands prix régionaux d'une somme de 2 500 € chacun. Un grand prix régional lui a été décerné.

Les cinq prix du jury sont les suivants :

- l'Association de défense et d'entraide des personnes handicapées pour son projet « handicap, mieux connaître ses droits » ;
- le centre hospitalier d'Abbeville, pour son projet de « réunir les usagers et les professionnels de santé afin de réfléchir ensemble à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et du respect des droits des patients » ;
- le centre hospitalier universitaire d'Amiens, pour son projet de « mise en place d'une cellule de médiation » ;
- GCS HADOS de Montdidier pour son projet de « Forum sur l'aide aux aidants » ;
- la Maison prévention santé pour les « rencontres santé d'Amiens ».

Les deux grands prix régionaux sont :

- le centre hospitalier de Château-Thierry pour le projet « Entendre et regarder pour prendre en compte le handicap sensoriel » ;
- le projet du Ciss Picardie de « recueil de la parole de l'utilisateur ».



# FOCUS

*L'ampleur que prennent les démarches qualitatives en Santé publique est assez récente. Entretiens semi-directifs, entretiens de groupes et focus groups, voire observation et observation participante, sont devenus depuis quelques années les nouveaux outils d'investigation sur la santé des populations. Issus des sciences humaines, comme la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, ils doivent certainement leur succès à l'approche compréhensive des phénomènes de santé, complétant la démarche descriptive. Le matériau qui est recueilli et le sens données par les individus eux-mêmes à leurs pensées et à leurs actions. Il permet de rendre compte des stratégies individuelles comme collectives.*

*Quelques-uns des travaux réalisés en Picardie par l'OR2S, l'Ireps ou encore l'université de Picardie Jules Verne sont présentés dans ce focus.*

**Les études qualitatives constituent des outils d'observation à part entière et ils sont aujourd'hui de plus en plus utilisés dans différents domaines, y compris celui de la santé publique.**

**L**es approches « qualitatives » se différencient des approches « quantitatives » en ce sens qu'elles n'ont pas pour objectif de compter, de dénombrer ou de pondérer des éléments de la réalité par des calculs (moyennes, écarts-types...). Héritières de la sociologie, et notamment de la sociologie compréhensive (au sens d'auteurs comme Weber) et aussi de l'anthropologie et de la psychologie, les approches qualitatives ont pour objectif de comprendre pourquoi et comment s'organisent les pratiques, représentations, opinions et stratégies des individus, à la fois du point de vue extérieur du « chercheur », mais également du point de vue des personnes observées, en considérant leur subjectivité comme un pan, en soi, de la réalité. En effet, la « réalité », est un construit qui varie d'un individu, d'un groupe à l'autre : pour « observer » et comprendre ce que font et pensent les individus, il est indispensable d'analyser le sens qu'ils donnent eux-mêmes à ce qu'il vivent.

### Une complémentarité avec les études quantitatives

Les études qualitatives sont donc utilisées seules, afin d'explorer une problématique précise et de repérer et comprendre le plus finement possible tous les enjeux qui s'articulent autour de celle-ci, au plan des contraintes matérielles, des stratégies individuelles, des normes culturelles, des interactions entre individus... Les études qualitatives peuvent également intervenir en amont d'études quantitatives, au travers d'enquêtes par questionnaires, qui permettront de quantifier (volume, fréquence...) des éléments recueillis par une étude qualitative.

D'une manière générale, moins un sujet est connu, moins il est documenté, du fait de la population, de la thématique ou de l'échelle d'exploration, et plus il est pertinent, voire indispensable, de mener une étude qualitative. Par ailleurs, seules les études qualitatives permettent de faire émerger le point de vue des personnes « observées », de savoir selon quelles catégories mentales et quels critères elles « découpent la réalité ». Ainsi, ce qui fait problème pour l'observateur ne fait pas toujours problème pour l'observé et inversement : les approches qualitatives sont le seul outil qui intègre les questionnements et critères des « observés ».

Comme les études qualitatives n'ont pas pour

but de « compter », elles n'intègrent pas de ce fait la représentativité comme un critère de définition d'un échantillon de personnes à interroger. En revanche, il s'agit d'avoir accès à la plus grande diversité de profils possible par rapport à un groupe de référence donné, à une problématique donnée.

Les études qualitatives s'appuient principalement sur trois outils.

### Analyser la subjectivité des personnes

L'entretien semi-directif, centré sur une thématique, laisse toute latitude à l'interviewé pour aborder des sujets qui n'étaient pas prévus au départ, mais qui sont reliés à la thématique centrale. Construit à partir de questions ouvertes, il permet d'explorer toutes les ramifications et la structure d'un sujet, tel qu'il est perçu et vécu par l'interviewé. Le nombre d'entretiens souhaitable dépend de la problématique explorée : là encore moins le sujet ou la population sont connus, documentés, plus il faut faire d'entretiens. Cependant, généralement, sur une thématique déjà documentée, il est possible d'avoir des résultats pertinents à partir de quinze entretiens, car ceux-ci peuvent durer de une heure à deux heures et sont donc très complets.

Les entretiens de groupe, constituent une autre modalité d'interrogation très utilisée : s'ils ne permettent pas d'explorer aussi bien les pratiques, logiques et stratégies individuelles, ils permettent, du fait de la configuration groupale, de susciter le débat et de bien repérer les éléments fédérateurs ou clivants sur un sujet donné. Là encore, les interviewés doivent non pas être représentatifs, mais

le plus diversifiés possible, eu égard à leur population de référence, à la problématique traitée. Un groupe de huit à dix personnes est idéal pour recueillir des informations riches, des points de vues divers, tout en assurant à chacun la possibilité de s'exprimer.

Dernier outil, moins utilisé, car plus lourd à mettre en œuvre et à analyser : l'observation de terrain. « L'observation participante » des sociologues et anthropologues nécessite de « vivre avec et comme » les personnes observées. Très difficile à mettre en œuvre, on lui préfère, dans le cadre d'études professionnelles, l'observation de terrain qui consiste à « vivre » de manière limitée sur le terrain, pour recueillir des informations qui n'apparaissent pas toujours dans les entretiens, tant elles sont « incorporées » par les personnes observées : déambulation sur le territoire, utilisation des services et commerces, sont autant de moyens de percer les « évidences invisibles » qui ne seraient pas dites.

Enfin, les informations recueillies font l'objet d'une « analyse de contenu » : au-delà du classement thématique des informations recueillies, il s'agit de repérer les structures, modèles sous-jacents aux représentations et pratiques observées, tout en étant très vigilant à bien connaître son propre cadre de référence afin de ne pas le confondre avec celui des « observés ».

Ainsi, les approches qualitatives ont pour matériau la subjectivité, mais une subjectivité analysée et maîtrisée, c'est ce qui en fait la richesse, la pertinence, et souvent la complémentarité avec des approches quantitatives.

**Patricia MÉDINA**  
ORS Rhône-Alpes



## Le ministère des Sports a chargé la Fédération nationale des ORS de mener une étude qualitative sur les mécanismes favorisant ou freinant les comportements liés au dopage. Six ORS participent à cette étude qui vise particulièrement six sports : basket ball, cyclisme, football, gymnastique, judo et tennis.

**L**e plan de prévention du dopage et du trafic des produits dopants, présenté par le ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative en avril 2011, a pour objectif de renforcer les stratégies opérationnelles en matière d'actions de prévention du dopage, grâce notamment à la réalisation d'études qualitatives apportant des éclaircissements sur les mécanismes qui influencent les comportements liés au dopage.

Ce ministère s'est dans ce cadre rapproché de la Fnors pour la réalisation d'une étude qui vise notamment à identifier :

- les représentations, les attitudes et les pratiques des sportifs et de leur entourage (parents, encadrants, élus de clubs sportifs, professionnels de santé) vis-à-vis des « conduites dopantes » et des pratiques de dopage chez les sportifs ;
- les leviers et les freins qui peuvent exister chez ces différents publics pour développer et améliorer la prévention, compte-tenu des représentations, pratiques et systèmes de contraintes de chacun.

En effet, à ce jour, plusieurs zones d'ombre persistent sur la compréhension des comportements associés au dopage : s'alignent-ils sur ceux de l'utilisation des drogues illicites (stupéfiants) ? Ou sur ceux de la consommation des compléments alimentaires ? Ou les deux à la fois ? S'agit-il d'un comportement qui n'a rien en commun avec ces derniers ? De même, les représentations du dopage qu'ont les sportifs et leur entourage sont mal connues et ont été très peu explorées jusqu'à présent. Or, une des principales exigences pour affiner la pertinence et l'efficacité des actions de prévention est d'avoir une image la plus fidèle possible de ces représentations et de ces comportements.

L'étude qualitative exploratoire a donc pour objectif principal d'apporter une aide aux acteurs participant à la mise en place d'actions de prévention dans la lutte antidopage chez les sportifs, pour qu'ils puissent mieux orienter et prioriser les actions qu'ils souhaitent mettre en place et renforcer ainsi leur stratégie de prévention.

Les ORS de six régions ont participé à cette étude : Auvergne, Bretagne, Haute-Normandie, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes.

Les choix et répartition des sports ont été fixés par le ministère chargé des sports sur proposition des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Six sports ont été sélectionnés parmi les catégories suivantes :

- le judo pour les sports de combat et /ou sports à catégorie de poids ;
- le cyclisme et le tennis pour les sports d'endurance ;
- le football et le basket-ball pour les sports collectifs ;
- la gymnastique pour les sports à maturité précoce.

Chaque région a étudié deux sports différents, faisant que chaque discipline sportive a été prise en compte dans deux régions différentes, permettant ainsi d'avoir des points de vue divers, de repérer des enjeux et des stratégies. La Picardie a eu ainsi en charge le football et le tennis.

La méthodologie de l'étude a été basée sur un entretien de groupe par sport, soit deux par région, auprès des sportifs majeurs, des sportifs mineurs, des parents de sportifs.

De six à huit entretiens individuels ont aussi été menés en région avec :

- des élus et cadres des fédérations sportives et des comités départementaux ou régionaux (entretiens individuels),
- des encadrants dans les clubs (entraîneurs, préparateurs physiques, éducateurs, etc. - entretiens individuels),
- des professionnels de santé en charge des sportifs (médecins du sport, kinésithérapeutes, diététiciens, etc. - entretiens individuels).

Pour les sportifs et leurs parents, des entretiens collectifs ont été organisés afin d'obtenir échanges et débats entre interviewés. Ils permettent aussi d'explorer plus en profondeur les représentations collectives. Une durée d'entretien longue, de deux à trois heures, a permis d'aborder en une seule fois l'ensemble des sujets : représentations, pratiques vis-à-vis des conduites dopantes, du dopage et de leur prévention.

Des entretiens individuels semi-directifs ont été menés pour les professionnels de santé, les élus, encadrants des clubs sportifs et cadres des fédérations. Il s'agissait d'éviter les discours « officiels » et les éventuelles interactions négatives entre clubs qui se retrouvent en compétition, et donc en concurrence.

La difficulté principale, inhérente aux enquêtes qualitatives, a été le recrutement des personnes pour les entretiens, individuels comme collectifs. Il a fallu en effet trouver des personnes disponibles, pouvant accorder parfois beaucoup de temps aux enquêteurs. Cela a été particulièrement difficile pour les professionnels de santé et pour les entretiens collectifs, qui, dans cette étude, furent assez compliqués à mettre en place. Ainsi, les adhérents d'associations ou clubs furent plus difficiles à mobiliser que ne peut l'être, par exemple à titre de comparaison, une classe de lycéens.

En Picardie, les deux *focus groups* avec les parents n'ont pu avoir lieu, faute de participants, malgré les nombreuses pistes explorées, y compris en utilisant la voie des médias locaux.

Les différents publics rencontrés montrent des motivations spécifiques par rapport aux six sports étudiés, mais aussi, et peut-être surtout, par rapport aux statuts et fonctions des personnes interviewées.

Il est donc apparu essentiel de d'explorer ces motivations en fonction du statut des personnes (encadrants, professionnels de santé, parents...) afin de repérer les éléments qui fondent profondément leur intérêt pour la pratique et l'univers du sport. Ces éléments pourront ensuite être utilisés dans un argumentaire de base pour développer des messages de prévention.

Le travail s'est attachée aussi à définir des profils parmi les catégories de personnes rencontrées : permissives ou non envers le dopage ? Dans quelle mesure ? Où situent-elles les limites ?

Un rapport de synthèse en cours de rédaction présentera les principaux résultats enregistrés. Il devrait être diffusé au cours du dernier trimestre de l'année 2013.



# Génération en santé : comprendre les habitudes de vie des Français et des Belges

Plusieurs enquêtes par *focus groups* ont été réalisées tout au long du programme transfrontalier franco-belge (Interreg IV) *Génération en santé (2008-2013)*, tant auprès des publics juniors que seniors.

Une grande partie du travail réalisé dès 2010 a porté sur la mise en œuvre de *focus groups* permettant d'approcher de façon qualitative les comportements des jeunes de 15 ans face à l'activité physique et à la consommation d'alcool. Ces deux thèmes ont été sélectionnés à partir des données provenant de l'enquête quantitative transfrontalière sur la santé des jeunes en 2003-2004 (*Vers des programmes transfrontaliers de santé*). Le travail sur le terrain s'est fait à l'aide de binômes formés entre les observatoires participants (dont l'OR2S), les Ireps et les équipes des provinces belges. Lors de la constitution des *focus groups*, trois critères de différenciation ont été pris en compte :

- le genre. Pour favoriser l'expression dans les groupes, il a été décidé d'interroger séparément les filles et les garçons ;
  - le caractère rural ou urbain. L'hypothèse de départ était que l'accès aux infrastructures sportives et à l'offre de loisirs pouvait différer en fonction du type de territoire ;
  - le pays. La mise en évidence d'un éventuel effet frontière entre la France et la Belgique est un des éléments sous-jacent aux démarches d'études entreprises dans le cadre du programme Interreg IV.
- L'intérêt était alors de pouvoir comparer le discours des participants en fonction des territoires (urbain/rural), des pays (France/Belgique) et du genre (filles/garçons). Les participants ont été recrutés dans des établissements scolaires en section professionnelle en France, technique de qualification en Belgique. Afin de répondre aux objectifs de l'étude, le public recruté devait répondre aux critères suivants : avoir environ 15 ans, provenir d'un enseignement professionnel/de technique de qualification, et être externe. Au total, onze *focus groups* ont permis de rencontrer cent-treize adolescents. Les résultats

de l'étude ont fait l'objet d'un rapport écrit mais également d'une bande-dessinée destinée aux jeunes et aux établissements scolaires enquêtés. Cette bande-dessinée reprenait de façon ludique les grandes idées énoncées par les jeunes eux-mêmes et mis en scène par des personnages fictifs.

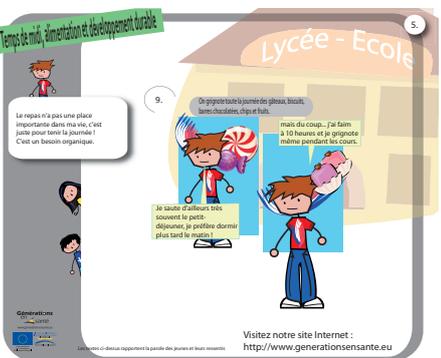
En 2011, l'approche qualitative a de nouveau été déployée, mais cette fois auprès d'un public seniors âgé de 50 à 74 ans. Trois grands thèmes ont été dégagés : la santé physique, la santé mentale et la santé sociale. Chaque groupe de seniors a été réuni trois fois dans le but d'appréhender ces trois thèmes le plus finement possible. Au préalable, une typologie des seniors avait été réalisée sur la base d'une revue de littérature à partir de laquelle ont été montés les *focus groups* sur les territoires :

- Thiérache : les seniors « traditionnels » ;
  - Ardennes : les seniors « fragilisés » ;
  - Hainaut : les seniors « libérés actifs » ;
  - Lille Eurométropole : les « jeunes » seniors.
- Au total, vingt-et-un *focus groups* ont été réalisés de part et d'autre de la frontière franco-belge. Les résultats de cette enquête ont fait l'objet d'un rapport écrit ainsi que d'un poster synthétisant les résultats.

Enfin, en 2012 s'est tenu une troisième enquête qualitative par *focus groups* auprès de jeunes âgés de 15 à 17 ans autour de la thématique du temps du midi et de la pratique d'activités physiques durant ce temps (choix alimentaires, activités pratiquées le midi, développement durable, etc.). Cette enquête s'est déroulée dans cinq lycées professionnels de Picardie. Elle a été menée parallèlement en Hainaut avec une extension au Québec, hors projet *Génération en santé*.

Quinze groupes ont été constitués (six en Belgique, cinq en France et trois au Québec). Au total, vingt-huit *focus groups* ont été réalisés entre novembre 2011 et mars 2012 dans la province de Hainaut et les régions de Picardie et de la Capitale-Nationale, ce qui représente au total cent-quarante jeunes de 16 ans en moyenne. Là encore, les résultats ont fait l'objet d'une publication écrite ainsi que d'une bande-dessinée à destination des jeunes.

Émilie FAUCHILLE  
OR2S



**Génération en santé**  
www.generationensante.eu

**La santé des seniors : enquête qualitative franco-belge**

**MÉTHODE**

- Une approche qualitative a été privilégiée afin de mieux cerner les représentations et enjeux des différentes populations étudiées. L'étude s'est plus précisément appuyée sur l'analyse de focus groups.
- Un groupe de seniors a été recruté de façon aléatoire de la frontière dans chacune des quatre zones d'étude. Pour la zone Ardennes un seul groupe de cinq jeunes a été recruté. Chaque groupe senior est de huit à douze personnes et doit être mixte, chaque participant étant lié à une thématique (la santé physique, la santé mentale et la santé sociale).
- Au total, 21 focus groups ont eu lieu en Belgique et neuf en France ont été réalisés.

**RÉSULTATS**

**Santé physique**  
La santé physique est fortement liée à la santé psychologique pour les seniors. Ainsi le moral, aller de l'avant, se braver, avoir la santé, garder des contacts sociaux sont autant de points communs qui ont émergé lors des quatre ateliers. Tous pratiquent la marche pour garder la forme.

**Santé Mentale**  
Le bonheur, c'est la famille et principalement les enfants et petits-enfants. C'est avoir la santé et des occupations permettant de se réaliser et d'être l'acteur et le bricoleur de son destin. Cependant, il est aussi pour une certaine philosophie de vie pour être heureux et épanouir son bonheur.

**Santé Sociale**  
Trois types de relations influent sur la vie des seniors : la vie de couple, les relations familiales (enfants, petits-enfants) et amicales (amis, voisins, etc.). Mais la maladie et les défis des proches (aidés âgés) créent par les seniors traditionnels et fragilisés une certaine tension, une situation de solitude souvent mal vécue. Enfin, les temps libres sont particulièrement importants face aux problèmes de santé et à la dépendance financière liée au vieillissement (prix des médicaments, retraite et aide pour la dépendance de leurs enfants).

**POPULATION**

- La santé, c'est un concept de la génération dite « sandwich » (50 à 74 ans). Ils s'inscrivent à la fois d'un quart de siècle et de deux autres. Les points essentiels :
  - Les jeunes seniors (génération proche de la retraite, en fin de carrière professionnelle) ;
  - Les libérés actifs (génération retraités mais encore fortement actifs dans la société) ;
  - Les seniors traditionnels (génération retraités avec activités traditionnelles pour passer leur temps) ;
  - Les seniors fragilisés (génération retraités au pré-retraités socialement fragilisés par cause de maladie ou de handicap) ;
  - Les quatre groupes types de seniors ont été répartis sur les quatre zones de proximité de manière équilibrée, ce qui ne varie pas dans l'ensemble des personnes âgées de 50 à 74 ans des quatre zones.

**CONTEXTE**  
Le programme Génération en santé (Interreg IV) porte sur l'observation et la promotion de la santé, du bien-être et de la qualité de vie. Une enquête sur la santé des seniors a été réalisée sur le site de proximité de la province de Lille-Eurométropole, Hainaut, Thiérache et Ardennes. Ces quatre zones incluent en partie les régions françaises du Nord - Pas-de-Calais, de Picardie et de Champagne-Ardenne et les provinces belges de Hainaut, de Namur et de Luxembourg.

**© 2012, tous droits réservés. Ce document est une œuvre de l'Union européenne.**

**Le non-recours aux droits, et notamment aux soins, est un problème de plus en prégnant parmi la population. Dans ce contexte, l'OR2S a proposé au conseil régional une étude auprès de la population et des professionnels de trois pays picards : Chaunois, Grand Creillois et Santerre.**

Les diagnostics territoriaux de santé des pays picards effectués avec le conseil régional de Picardie, ont mis en évidence que certaines populations, malgré des indicateurs sanitaires très défavorables, n'avaient pas recours aux soins ou au dépistage organisé des cancers. Comprendre ces comportements est un enjeu de santé publique de premier ordre qui pourrait permettre de dégager des pistes d'action afin de faciliter l'accès au système de santé.

L'OR2S a ainsi mener une étude qualitative auprès de la population et des professionnels de santé de trois pays picards : le Chaunois dans l'Aisne, le Grand Creillois dans l'Oise, et le Santerre - Haute Somme dans la Somme. Les questions de recherche interrogent le non-recours aux soins en situation de santé précaire et la non-participation aux campagnes de dépistages des cancers organisés.

Deux types d'entretien ont été menés : des entretiens collectifs et des entretiens individuels. Des entretiens collectifs semi-directifs avec la population ont permis de construire une dynamique de groupe permettant d'approcher des sujets précis, de les approfondir et d'élaborer une idée commune du non recours aux soins grâce aux débats que ce type d'entretien peut susciter.

Deux groupes collectifs de cinq à douze personnes pour les trois zones ont été constitués, soit trente-quatre personnes au total. Pour

chaque zone, un groupe masculin et un groupe féminin ont été constitués afin de pouvoir aborder sans gêne des sujets personnels ou de santé liés au genre (suivi gynécologique, cancer du sein ou de la prostate...). Sur les six focus groups prévus, un seul n'a pas été tenu (hommes du Grand Creillois), faute de participants. Néanmoins, les discours ont été suffisamment riches avec les autres groupes pour décrire les problématiques rencontrées par les populations et pour comprendre les mécanismes du non recours aux soins.

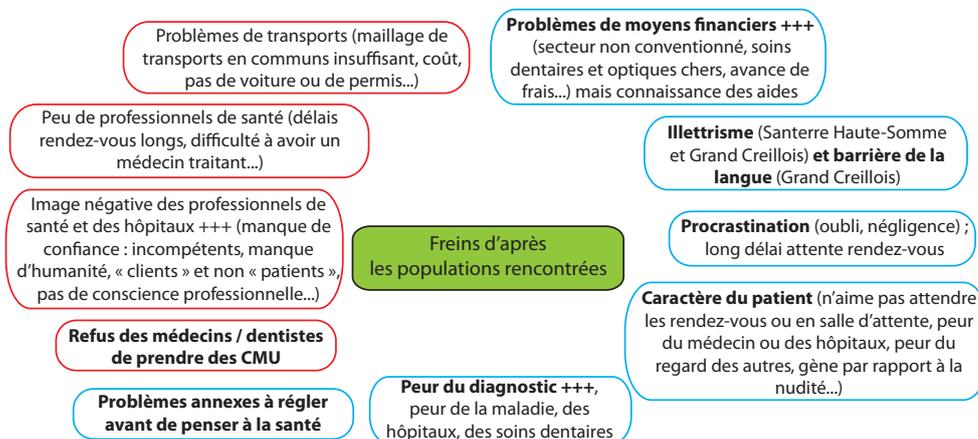
Par ailleurs, des entretiens individuels avec les professionnels de santé ont été réalisés. Il s'agissait ici de comprendre le ressenti des professionnels de santé à propos de leur population et non pas de construire une idée, ni de débattre. Trois professions ont été privilégiées pour cette recherche :

- les médecins généralistes, pour leur approche globale (« généraliste ») du patient et comme interlocuteurs de santé privilégiés et de premier recours de la population ;
  - les médecins de centres de prévention et d'examen de santé (CPES), pour leur population souvent en difficulté et spécifique, et pour leur regard particulier sur l'approche de la santé de leurs usagers ;
  - les responsables d'associations de dépistage organisé des cancers, pour l'aspect particulier de la prévention et du dépistage des cancers.
- Au total, quatorze professionnels de santé ont

été interviewés, soit, par zone, deux généralistes (trois dans le Santerre – Haute-Somme), un responsable d'association de dépistage organisé (niveau départemental) et un professionnel de centre de prévention et d'examen de santé.

Le non recours aux soins peut être défini par deux facteurs principaux. Les facteurs intrinsèques, qui regroupent ce qui est inhérent à chaque individu, ce qui lui est propre et le pousse à agir d'une certaine façon. Il s'agit donc ici des raisons individuelles pour ne pas recourir aux soins sans qu'une pression ou des difficultés extérieures ne viennent influencer la décision. Les facteurs exogènes regroupent, de leur côté, les raisons extérieures à l'individu qui le contraignent dans ses choix et l'excluraient, malgré lui, du recours aux soins. Certains freins ont été évoqués à la fois par les professionnels de santé et les populations rencontrées : les moyens financiers, la peur du diagnostic (ces deux freins étant les plus souvent cités), le refus par certains médecins de soigner des personnes bénéficiant de la CMU, le caractère des patients, les problèmes d'illettrisme et de barrière de la langue et les problèmes annexes que les personnes doivent gérer au quotidien (emploi, logement, nourriture, enfants...).

Anne LEFÈVRE  
OR2S



Facteurs intrinsèques  
Facteurs exogènes

En gras : freins évoqués à la fois par les professionnels de santé et les populations

## En 2011, la sous-préfète de Vervins impulse la création d'un comité de pilotage pour réfléchir à la question des grossesses adolescentes. Cinq groupes de travail en sont issus dont l'un sur la prévention qui monte une étude qualitative sur le sujet.

Les maternités à l'adolescence en Thiérache préoccupe les pouvoirs publics à la fois sur le volet de la prévention, sur celui de l'accompagnement ou encore de l'insertion. Le comité de pilotage, réuni par Éléodie Sechs, alors sous-préfète de l'arrondissement de Vervins, rassemble l'ensemble des partenaires concernés autour de cinq groupes de travail :

- agir auprès des familles ;
- prévention ;
- accompagner les jeunes scolaires et les jeunes en insertion ;
- accompagner les mamans et les bébés ;
- accompagner les professionnels de santé et des travailleurs sociaux.

Afin de donner un cadre aux travaux des groupes, un projet territorial a été rédigé avec l'enjeu de réduire le nombre de maternités à l'adolescence sur l'arrondissement de Vervins.

Le groupe *Prévention* est ainsi composé du conseil général de l'Aisne, de l'Éducation nationale, de la direction départementale de la cohésion sociale de l'Aisne, de la mission locale de Thiérache et de l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Picardie. Ce groupe s'inscrit dans l'objectif d'informer et d'éduquer sur la vie affective et sexuelle et dresse un premier état des lieux en compilant les données et indicateurs chiffrés disponibles. Il préconise alors une démarche d'enquête compréhensive par *focus groups* afin de recueillir des données d'ordre qualitatif. Membre de ce groupe de travail, le lycée Dolto de Guise a déposé un projet en ce sens dans le cadre de l'appel à projets de l'ARS en 2012.

Quinze *focus groups* ont donc été prévus dans cinq lieux de vie des jeunes de 12-25 ans dans l'arrondissement de Vervins. Quatre sont des établissements scolaires : le lycée d'enseignement général d'Hirson, le lycée professionnel de Guise, le collège de Vervins, la maison familiale et rurale de La Capelle, et le cinquième est une structure hors milieu scolaire. Dans chacune de ces structures, la méthodologie définie en commun entre les partenaires est de créer trois *focus groups* réunissant entre huit et quinze jeunes, l'un composé uniquement de filles, un autre uniquement de garçons et le troisième de participants des deux premiers groupes.

Les *focus groups* ont été animés par les pro-

fessionnels du secteur directement impliqués par la question des grossesses à l'adolescence : infirmières et assistantes sociales scolaires, puéricultrice et psychologue du service de la protection maternelle et infantile de l'unité territoriale d'action sociale de Thiérache, déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité de l'Aisne. Une formation de deux jours a été animée par l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Picardie en octobre 2012. Le premier jour a permis de se familiariser avec la technique et l'animation des *focus groups*, le deuxième jour étant consacré à la définition des objectifs de la recherche et à la rédaction du guide d'entretien.

### Ce que grossesse veut dire pour les adolescents

Deux guides d'entretien ont été rédigés : un pour les groupes filles et garçons et un pour les groupes mixtes. Ils ont abordé les thématiques de l'amour en tant que sentiment, de la perception du corps, d'avoir un bébé à l'adolescence, de la projection d'être parent avec un bébé et des représentations des actions d'éducation affective et sexuelle et les informations délivrées durant la scolarité. Afin de faciliter les échanges avec les jeunes, l'animation a reposé sur la manipulation d'outils et pas uniquement sur un jeu de questions-réponses. Il s'est agi par exemple de faire discuter les jeunes à partir de photos, de la lecture d'un article de presse ou bien encore d'avoir une position à partir d'affirmations. Chaque *focus group* a duré entre une heure et une heure trente et a été intégralement enregistré.

Auparavant, le guide d'entretien avait été testé sur un groupe de filles et un groupe de garçons du lycée d'enseignement général d'Hirson en février 2013. Après les retours des premiers *focus groups*, le guide a été validé et les autres *focus groups* ont pu être réalisés dans les établissements scolaires entre mars et juin 2013.

Le groupe d'animateurs a été vigilant à ne pas aller sur l'animation d'un *focus group* dans un établissement où les jeunes les connaissent.

Les *focus groups* dans le cadre extra-scolaire

restent toutefois à réaliser.

Les *focus groups* déjà réalisés se sont bien passés. Les animateurs ont apprécié ces moments d'échange qui furent très riches. Les jeunes ont bien participé avec un discours plus riche, notamment chez les garçons. Que ce soient les filles ou les garçons, tous étaient volontaires pour revenir lors du *focus group* mixte car ils ont vraiment apprécié d'avoir été écoutés et de pouvoir échanger sur un tel sujet. L'analyse des *focus groups* va se dérouler durant l'été. Elle servira de base de réflexion au groupe de travail *Prévention* qui devra *in fine* établir des plans d'action qui seront ensuite proposées aux différents acteurs travaillant en Thiérache. Ces plans d'action devraient permettre de répondre au mieux aux besoins et demandes des jeunes du territoire en matière d'éducation affective et sexuelle ; mais aussi de répondre aux attentes des professionnels en la matière. Un second projet a été réfléchi mais avec une réalisation différée dans le temps car sa mise en œuvre est plus délicate. Il s'agit, toujours à partir d'une étude qualitative, mais cette fois basée sur des entretiens individuels semi-directifs voire biographiques, de mieux apprécier ce qu'est une grossesse puis une maternité à l'adolescence, du point de vue des jeunes filles et des jeunes hommes qui ont connu cette situation. Le projet actuel, mené sur le territoire de l'arrondissement de Vervins, va être étendu à la Thiérache belge. En effet, la problématique des grossesses adolescentes est aussi une préoccupation de l'autre côté de la frontière. Profitant du contrat local de santé Thiérache, et du projet européen transfrontalier *Thiérache santé prévention*, des *focus groups* vont être menés dans des établissements scolaires belges. Une restitution franco-belge sera proposée en début d'année 2014 et permettra d'envisager des collaborations entre les partenaires français et belges.

Laurette PANNIER  
Ireps Picardie

**Plusieurs dispositifs de recherche sont mis en œuvre au sein du Curapp-ESS de l'Université de Picardie Jules Verne intégrant des approches qualitatives comme les entretiens, les monographies ou observations participantes.**

La notion d'« indicateur social » a connu un certain succès dans les années soixante et soixante-dix au sein de différentes institutions, comme l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) ou le Commissariat général du Plan en France (avec le travail mené par Jacques Delors sur *Les Indicateurs sociaux*, fin des années soixante). Une perspective proche est développée par Bernard Perret au début des années deux mille (cf. B. Perret, *Les indicateurs sociaux. État des lieux et perspectives*, Cerc, janvier 2002). Cet intérêt pour les indicateurs sociaux est née de l'insatisfaction d'experts, de chercheurs et d'acteurs sociaux face à la domination des grandeurs « économiques » dans l'espace public : produit intérieur brut, taux d'inflation, déficit commercial, déficit budgétaire, dette publique, taux de prélèvement obligatoire, taux de chômage...

Après avoir perdu en visibilité dans le contexte de la crise économique de la deuxième moitié des années soixante-dix, la notion d'indicateur social connaît depuis quelques années un fort regain d'intérêt. Alors que le Programme des Nations unies pour le développement (Pnud) promeut depuis 1990 la notion de « développement humain » ainsi que divers indicateurs permettant de l'évaluer (comme l'indicateur de développement humain, IDH), l'OCDE publie depuis 2001, sous le titre *Panorama de la société*, ses propres « indicateurs sociaux ». Plus récemment, le rapport Stiglitz-Sen-Fitoussi en 2009 a fait des indicateurs de « qualité de la vie » un des moyens de rénover profondément la statistique publique. Il existe également des dispositifs militants qui, comme le *Baromètre inégalités et pauvreté* (Bip 40), cherchent à proposer des « contre-indicateurs » aux mesures institutionnelles. Or, la multiplication de ces dispositifs a pour effet de diversifier les critères de mesure et ne fait qu'accroître les débats sur la pertinence des variables et indicateurs mis en œuvre.

C'est dans ce contexte que, depuis trois ans, une équipe composée de chercheurs de l'Université de Picardie-Jules Verne (du Centre universitaire de recherches sur l'action publique et le politique : Curapp-ess, centre de recherche CNRS/UPJV) et de statisticiens de l'OR2S s'est engagée dans une recherche de long terme d'analyse critique de la production d'indicateurs sociaux avec trois objectifs.

1. Actualiser régionalement le baromètre national Bip 40 en proposant une synthèse cri-

tique des indicateurs de mesure des inégalités sociales et de la pauvreté (revenus, éducation, justice, logement, santé, etc.) avec vingt-cinq variables de base.

2. Parallèlement, des enquêtes sont menées sur les usages institutionnels et professionnels des statistiques sociales.

3. Enfin, une équipe de recherche a organisé une étude monographique dont l'objet et la problématique sont de rendre compte des enjeux locaux que peut recouvrir la question des indicateurs sociaux : enjeux sur le rapport aux institutions politiques et administratives ; interrogations sur les usages locaux de ces statistiques, mais surtout sur ce que ces indicateurs sociaux ne mesurent pas et laissent ainsi dans l'invisibilité sociale. C'est-à-dire toutes les formes d'inégalités et de précarité qui n'ont aucune existence politico-administrative.

### Interroger les statistiques

Les deux derniers objectifs de cette recherche collective reposent sur la mise en œuvre « d'enquêtes qualitatives » (utilisons cette notion même si elle ne fait que consacrer des représentations du sens commun). On préférera parler « d'enquête de terrain » ou de « monographie » ou encore « d'observation participante ». Ainsi, Rémy Caveng étudie les conditions dans lesquelles la municipalité d'Amiens et les responsables du centre communal d'action social mettent en place un observatoire local d'analyse des besoins sociaux. Il s'agit d'analyser les débats qui, nécessairement, apparaissent entre les acteurs de cette création, pour produire un cadre commun de quantification. Quels objets sociaux sont à mesurer ? Quels indicateurs ? Cette étude cherche également à rendre compte des modalités d'articulation entre production statistique locale et action publique locale. L'enquête repose sur la participation du chercheur aux réunions de travail, sur des entretiens avec les acteurs de ce projet mais aussi sur une étude fine des méthodes statistiques utilisées et ce que celles-ci produisent ou peuvent produire.

Parallèlement, Claude Thiaudière mène une étude comparative des conditions d'accès à certaines prestations sociales (RSA, AAH, etc.). Les dossiers d'attribution de ces prestations constituent des données utilisées pour construire des statistiques nationales qui

mesurent, indirectement, certaines formes de précarité. Et, par là-même, elles produisent une représentation statistique, donc légitime, de la « pauvreté » mais rejettent, de fait, ceux qui ne répondent pas à ces critères administratifs. L'étude est à la fois documentaire (voire archiviste) et procédurale (sur les pratiques administratives qui constituent la chaîne de production statistique), mais elle repose aussi sur des entretiens auprès de professionnels du travail social et de demandeurs de prestations. Sur de tous autres terrains et problématiques, d'autres chercheurs de l'équipe ont organisé une étude monographique concernant l'histoire économique et sociale d'une région picarde, le Vimeu. Ce projet de long terme mériterait d'être précisé. Il s'agit, ici, de présenter les principaux éléments. Initiée par deux sociologues, Nathalie Frigul et Pascal Depoorter, cette recherche s'est d'abord intéressée aux processus (historiques et sociaux) de désindustrialisation à partir d'une monographie d'une entreprise qui a fait l'objet judiciaire en 2009 : conditions de fermeture, conditions de reclassement des salariés, organisation de mouvements collectifs de revendications, etc. Cette première investigation s'est élargie pour proposer une recherche beaucoup plus large sur les relations qui existent nécessairement entre les différentes dimensions économiques, éducatives, culturelles des inégalités sociales. C'est-à-dire réinsérer les enjeux politiques dans leur environnement institutionnel et social. À partir de cette problématique, l'équipe s'est donnée une perspective intellectuelle sur le long terme : reconstituer une histoire sociale et économique de la région. Les liens qui se sont tissés progressivement avec des acteurs sociaux, intéressés par cette recherche (professionnels du travail social, syndicalistes, militants associatifs, etc.) rendent possible ce projet qui, à partir d'un objet précis, se trouve ainsi engagé dans un travail collectif de valorisation culturelle et sociale d'un territoire. Une autre facette de la recherche en sciences sociales.

**Claude THIAUDIÈRE**  
Curapp-ESS, CNRS/UPJV

L'équipe pluridisciplinaire est composée de sociologues, politistes, statisticiens du Curapp-ESS (CNRS/UPJV) et de l'OR2S : Rémy Caveng, Pascal Depoorter, Nathalie Frigul, Florence Gallemant, Frédéric Lebaron, Patrick Lehingue, Philippe Lorenzo, Nicolas Brusadelli, Christophe Baticle, Claude Thiaudière.

## Enquête chez les Maia

**Suite à une première étude en 2010, l'Inpes a mené une seconde étude en 2012 sur l'évolution des perceptions et de la satisfaction des aidants professionnels dans le cadre du dispositif des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia).**

L'objectif général de cette deuxième étude, outre le fait de mesurer les éventuels écarts avec celle de 2010, est de recueillir les discours de professionnels (cf. encadré) autour de trois enjeux de la maladie d'Alzheimer : le travail à domicile, la prise en charge institutionnelle, la qualité de prise en charge future.

Concernant le premier enjeu, l'étude aborde le regard porté par les professionnels sur la maladie d'Alzheimer. Depuis 2010, ce regard ne s'est pas modifié. D'après les auteurs, la « charge anxigène » et le sentiment d'impuissance restent très prégnant. Tous s'accordent à dire que la maladie d'Alzheimer est le fléau du XXI<sup>e</sup> siècle. Cependant, le tabou de la démence semble s'estomper, du fait du plus grand nombre de patients mais aussi à la médiatisation de la maladie, qui reste cependant assimilée à la perte de mémoire. Pour tous les intervenants, le maintien à domicile le plus longtemps possible est préférable à l'entrée en institution, assimilée à un mouvoir. En jeu, une meilleure qualité de prise en charge par des stimulations pour préserver l'autonomie et par une plus grande humanité de l'accompagnement. Les personnes interviewées s'accordent aussi à penser qu'à domicile, la personne est mieux prise en compte dans sa globalité, intégrant de la sorte les aidants familiaux. Mais ils « s'érigent contre l'acharnement » : le placement en Ehpad doit intervenir tôt ou tard quand la maladie atteint un stade avancée.

Sur le travail au domicile, les intervenants maintiennent la nécessité d'un accompagnement préservant ou favorisant l'autonomie du patient le mieux et le plus longtemps possible. En l'espèce, la relation entre le professionnel et le patient dépend de plusieurs facteurs. Le savoir-être est une posture cruciale dans la prise en charge, permettant d'établir une relation de confiance, respectant les désirs de la personne. Les professionnels estiment en revanche que la relation qui est de travail ne doit pas se transformer en une relation affective. L'expérience professionnelle participe donc de cette nécessaire mise à distance, tout comme elle permet une relation de meilleure qualité. Les auxiliaires de vie, les aide-

soignants spécialisés en gérontologie et les gestionnaires de cas, insistent sur l'évolution de leur pratique, grâce à des formations diplômantes spécifiques. Mais les aidants professionnels dépeignent une réalité où cohabitent un sentiment de grande satisfaction à faire son travail, à être utile, et un sentiment d'épreuve à la fois physique et morale.

En ce qui le concerne, l'entourage est perçu comme un acteur clé du maintien à domicile. Les professionnels ressentent fortement la souffrance des aidants familiaux, qui est au cœur des discours en 2012 comme elle l'était en 2010. Cependant, les auteurs de l'étude mettent en exergue que les relations avec l'entourage continuent à échapper à toute règle générale, et que les aidants peuvent selon les cas être « facilitateurs » ou « empêcheurs ». L'accompagnement des aidants forme une piste d'action importante pour l'avenir.

Sur le volet de la prise en charge institutionnelle, l'ensemble des personnes interviewées dit reconnaître le bien-fondé du plan Alzheimer et l'avancé dans la prise en charge dont il a été porteur. Depuis 2010, elle est mieux structurée grâce à une professionnalisation du secteur et au développement rigoureux des structures de terrain. La formation, d'autant quelle est diplômante, est donc l'un des enjeux forts de l'avenir. Trois sujets sont



néanmoins identifiés comme n'ayant pas progressé : la recherche médicale, la gestion dans l'urgence du placement en institution et le financement dont le défaut creuse les inégalités sociales face à la maladie et risque de créer une prise en charge à deux vitesses. Reste aussi l'épineux problème de la coordination des acteurs qui ne semble pas aller de soi, avec des médecins généralistes considérés absents et des infirmiers débordés.

Enfin, les Maia restent les grandes inconnues. Peu de professionnels connaissent leurs missions, voire les connaissent tout simplement. Pour autant, le travail en équipe que ce dispositif est censé coordonner et amplifier est au cœur des préoccupations des professionnels.

### Méthodologie d'enquête

Réalisée par l'Ifop, cette étude s'est déroulée sur dix des quinze Maia initiales dans les départements de l'Ain, des Bouches-du-Rhône, du Cher, du Gers, de la Gironde, de la Haute-Loire, de la Meurthe-et-Moselle, du Pas-de-Calais, du Haut-Rhin et du 20<sup>e</sup> arrondissement de Paris.

L'étude a consisté en une série d'entretiens semi-directifs en face à face, d'entretiens téléphoniques et d'entretiens en mini-groupes. Chaque type d'entretien a correspondu à des axes de recherches différents et des populations différentes ont été interviewées.

Les entretiens individuels semi-directifs en face à face ont été réalisés auprès des dix pilotes du dispositif Maia, afin de recueillir leur perception et mieux comprendre la mise en œuvre du dispositif sur le plan stratégique et institutionnel.

Les entretiens téléphoniques ont permis de recueillir les discours d'une cinquantaine de professionnels largement répartis sur les territoires de l'étude : gestionnaires, responsables de structures de soins à domicile, infirmiers coordinateurs de services de soins infirmiers à domicile, infirmiers salariés en SSIAD ou libéraux, aides-soignants, auxiliaires de vie.

Six mini-groupes se sont déroulés à Bordeaux (infirmiers, auxiliaires de vie), Marseille (aides-soignants, auxiliaires de vie) et Paris (infirmiers, aides-soignants). L'objectif était de rechercher les évolutions, des axes d'optimisation, de idées nouvelles pour travailler sur les enjeux d'avenir.

## Financez la santé européenne

*Génération en santé*, regroupant une dizaine d'opérateurs français et belges, a lancé une Motion pour la santé lors de son forum en fin d'année 2012 et a ouvert une page Facebook pour suivre l'actualité de son action de lobbying. Cliquez J'aime sur facebook.

## Open data

Les chefs d'État du G8 réunis au Sommet de Lough Erne en Irlande du Nord ont signé le 18 juin 2013 une Charte du G8 pour l'ouverture des données publiques (*G8 Open Data Charter*).

Le club des huit pays les plus riches du monde estime ainsi que l'accès aux données publiques permet aux individus et aux organisations d'acquérir de nouvelles connaissances, de mettre au point des innovations améliorant la qualité de vie de chacun. Il contribue aussi à une meilleure diffusion de l'information à l'échelle d'un pays et entre les pays et accroît la transparence de l'action des gouvernements et des pays.

La charte est forte de cinq principes :

- données ouvertes par défaut ;
- de qualité et en quantité ;
- accessibles et réutilisables par tous ;
- ouvrir les données pour améliorer la gouvernance ;
- ouvrir les données pour encourager l'innovation.

Les chefs d'État se sont cependant accordés sur l'existence de motifs légitimes justifiant la non-diffusion de certaines données.



© UK Government



## Territoires étoilés pour un vieillissement actif et en bonne santé

Trente-deux villes et régions européennes ont été récompensées pour avoir mis au point de nouveaux moyens d'aider les personnes âgées. Les collectivités lauréates, qui ont mis en place des solutions techniques, sociales ou structurelles afin de renforcer l'efficacité des systèmes de soins de santé et de protection sociale, se sont vu remettre de une à trois étoiles par la vice-présidente de la Commission européenne, M<sup>me</sup> Neelie Kroes, chargée de la stratégie numérique. Le partenariat d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé lancé par la Commission comporte six catégories : observance des traitements médicamenteux, prévention des chutes, fragilité et malnutrition, intégration des soins, autonomie et, enfin, adaptation des environnements de vie aux personnes âgées.

Pour la France, les régions Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire et le département du Bas-Rhin ont reçu respectivement deux étoiles pour la première région, et une étoile pour les autres territoires.

Pour découvrir les projets, cliquez sur ce lien.

## Tabac : le compromis des ministres

Réunis au sein du Conseil Emploi, Politique sociale, santé et Consommateurs (Epsco), les ministres de la santé des États membres de l'Union européenne ont approuvé le 21 juin à Luxembourg la nouvelle proposition de directive pour lutter contre le tabagisme. Pour l'Union, il s'agit de rendre moins attractifs les produits du tabac, en renforçant les règles de leur production, présentation et ventes.

Deux grandes dispositions forment la nouvelle directive : interdiction de vendre des cigarettes aromatisées (chocolat, menthol...), et obligation de couvrir 65 % de l'emballage des paquets de cigarettes (face et dos) de messages d'avertissement (textes et images) sur les méfaits du tabac, ou encore l'interdiction de mention telles que « naturel » ou « biologique ».

Les ministres de la santé allemand, italien, grec, portugais ou encore bulgare se sont particulièrement distingués en tentant de faire passer une vision négative pour l'emploi de cette future directive et ont réussi à faire baisser de 75 % à 65 % les messages sur les paquets de cigarettes. Le document est désormais entre les mains du Parlement.

## Effet de crise (suite)

La crise économique n'est pas sans conséquence sur l'état de santé des populations et la cohésion sociale. Un article du *Huffington Post* remet à l'ordre du jour ces liens déjà observés il y a un siècle par le fondateur de la sociologie française Émile Durkheim.

Le tableau dressé par les auteurs de l'article est sans appel : le nombre de suicides progresse en Italie (+ 40 % entre 2008 et 2010 pour les personnes au chômage) selon l'Institut public de recherches économiques sociales, + 56 % par an, contre 10,2 % en 2007 selon une étude du P<sup>r</sup> Marmott. En Grèce, avec les restrictions budgétaires du système de santé, le paludisme reprend sa propagation après avoir disparu pendant 40 ans. La mortalité des nouveau-nés, après 42 ans de diminution constante de la mortalité néonatale, enregistre un pic qui correspond à une augmentation de 32 % entre 2008 et 2010.

Et Giovanna Marisco de conclure : « Mettre la santé au centre des réflexions communes, repenser les politiques publiques en fonction de la santé des citoyens sont des obligations majeures pour nos États. »



Présidence lituanienne  
du Conseil de l'Union  
européenne 2013

## Priorité lituanienne de santé

Le ministre lituanien de la santé, Vytenis Povilas Andriukaitis, a présenté les priorités de santé de la présidence lituanienne du Conseil de l'Union européenne au cours du semestre de son exercice. La directive sur les produits du tabac, le travail sur les systèmes de santé durables, la poursuite des efforts engagés par la présidence irlandaise sur une approche générale des essais cliniques sur l'utilisation des produits médicaux chez l'homme, et la médiation des discussions sur les règlements des dispositifs médicaux et les dispositifs médicaux diagnostiques *in vitro*, seront au rang de ces priorités.

# Health and Environment Alliance

Créée en 2003, la **Health and Environment Alliance (Alliance pour la santé et l'environnement)** est une ONG basée à Bruxelles forte de soixante-dix membres de la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé.

L'Alliance pour la santé et l'environnement (HEAL) est une organisation non-gouvernementale internationale qu'a pour objectifs d'améliorer la santé via les politiques publiques qui font la promotion d'un environnement plus propre et plus sûr.

L'Alliance poursuit deux objectifs : sensibiliser le public au fait que protéger l'environnement contribue à améliorer la santé publique et participer à l'amélioration des politiques communautaires en la matière. Dans cette optique, elle relaie les avis d'experts et de professionnels de santé pour qu'ils soient pris en compte dans les processus de prise de décision.

HEAL est un réseau regroupant plus de soixante groupes de dimensions internationale, européenne, nationale et locale : professionnels de santé, mutuelles de santé publique, patients, citoyens, femmes, jeunes et experts de l'environnement. Elle apporte une expertise indépendante et des bases scientifiques à la communauté de la santé publique pour différents processus décisionnels. Quatre organisations françaises en sont membres parmi lesquelles Générations futures, dont François Veillerette, vice-président du conseil régional de Picardie, est le porte-parole, ou encore le Réseau environnement santé, dont le président est André Cicoella. L'*Association for Research on Treatment against Cancer* (Artac) et le C2DS (Comité pour le développement durable en santé) rassemblant un consortium d'hôpitaux publics et privés, sont les deux autres membres français.

Depuis 2003, l'Alliance facilite la participation des citoyens et des experts dans les débats et les processus de prise de décision en matière d'environnement et de santé, tant au niveau de l'Union européenne que de l'OMS-Europe. Cinq missions principales forment le socle de son intervention :

- la surveillance des politiques au sein des institutions de l'Union européenne, afin d'identifier les menaces et les opportunités dans le domaine de la santé et de l'environnement ;
- l'organisation de campagnes de soutien et de promotion, afin de porter la voix des experts et des professionnels de santé auprès des décideurs ;
- le suivi des recherches sur les politiques concernées, en rendant ces recherches accessibles au public ;
- la facilitation de la participation du public et des parties intéressées ;



Health and Environment Alliance

SEARCH

About us News Members Policies Resources Contact us



You are here: Home page » Policies » Environment & health

Many diseases and conditions are linked to contaminants in our environments. The science on the health impacts of environmental pollution is growing. This environmental burden of disease could be prevented or limited by stronger policy action.

#### News on our policy work

##### EEA report outlines environmental risks for people's health

The European Environmental Agency's assessment underlines how EU environmental policies contributed to better health but also warns that work still needs to be done to address pollutants and new environmental health risks, and environmental health inequalities. [Read more...](#)

##### HEAL participates at the 18th International Conference on Environmental Health in Children

HEALer Julia Huscher participated at this conference in Poland to provide an overview on the effects of emissions from coal power plants on children's health. [Read more...](#)

##### Road traffic noise increases risk of diabetes

The body of evidence on health impacts of noise is growing. After links to heart disease and children's impaired learning, a new Danish study shows how noise may be associated with an increased risk of diabetes. [Read more...](#)

#### In this section:

- Media coverage
- HEAL's action on environment and health
- Environment & health and WHO Europe
- Children's health
- Choosing our future
- Cancer and the environment
- Health affected groups

#### Subscribe to our news

- le renforcement des capacités, par le biais de publications, conférences, ateliers et formations. L'Alliance porte, entre autres, le projet *Chemicals Health Monitor* qui vise à s'assurer d'une application stricte du règlement européen en matière de substances chimiques (REACH). Parallèlement, son initiative *Right to Know* aide les citoyens à identifier des produits de consommation qui contiennent des substances chimiques susceptibles d'être toxiques. Cette initiative plaide en faveur de l'accélération du processus actuel d'abandon progressif des substances chimiques réglementé par REACH.

Du côté scientifique, HEAL transmet aux décideurs et au public des données scientifiques significatives, pertinentes et indépendantes, d'une façon adaptée à leurs besoins. Ainsi, les membres et les partenaires de HEAL réalisent des veilles documentaires propres et du suivi des politiques communautaires. Les derniers rapports scientifiques publiés par l'Alliance portent sur les recherches les plus récentes concernant le rôle des perturbateurs endocriniens (substances chimiques qui dérèglent le système endocrinien) en matière

de cancer et d'infertilité. Une recherche analytique quantifie les bienfaits pour la santé de politiques communautaires plus strictes sur le changement climatique, une autre rend compte des risques sanitaires générés par l'exposition aux pesticides chez les groupes les plus vulnérables.

L'Alliance contribue de plus à des projets de recherche de l'Union européenne. HEAL est reconnue comme expert officiel auprès des comités consultatifs du *Consortium to Perform Human Biomonitoring on a European Scale* (COPHES), de New Generis, d'ERA NET, coordination des programmes de recherches nationaux et régionaux, d'INTERASE... Elle représente des organisations non gouvernementales sanitaires au sein du Comité



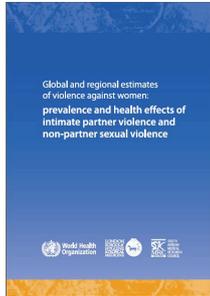
Health and Environment Alliance

<http://www.env-health.org>

## Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes

OMS, 2013

Ce rapport, établi par l'Organisation mondiale de la santé, la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et le Conseil sud-africain de la Recherche médicale, est le premier à présenter une analyse et une synthèse systématiques mondiales des données scientifiques sur la prévalence de deux formes de violence à l'encontre des femmes : la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire.



Il donne, pour la première fois, des estimations mondiales et régionales agrégées de la prévalence de chacune d'elles, calculées en utilisant des données de population du monde entier qui ont été compilées de manière systématique. Il rend également compte des conséquences de la violence sur la santé physique, sexuelle, génésique et

mentale des femmes.

Parmi les conclusions, les auteurs mettent en exergue qu'à l'échelle mondiale, la plupart de ces actes sont des violences du partenaire intime : presque un tiers (30 %) de toutes les femmes ayant eu une relation de couple ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime. Dans certaines régions, 38 % des femmes ont subi des violences de leur partenaire intime.

Plusieurs problèmes de santé importants se manifestent dans une proportion plus élevée chez les femmes ayant subi des sévices physiques ou sexuels de leur partenaire comme le risque d'avoir un enfant de faible poids de naissance majoré de 16 %. Elles sont deux fois plus susceptibles de se faire avorter, ont presque deux fois plus de risque de connaître une dépression et, dans certaines régions, ont 1,5 fois plus de risques de contracter le VIH par rapport à des femmes qui n'ont pas subi de violences de leur partenaire.

Lire la suite sur [pf2s.fr](http://pf2s.fr)



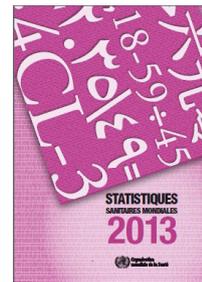
**Accès aux soins : quels outils pour les territoires ?**

Drees, *Études et statistiques*, juin 2013

Les Actes de ce colloque organisé en octobre 2012 par la Drees, reprennent les communications et débats sur les questions de la garantie d'un accès satisfaisant à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire est une priorité de santé publique, sur la mesure de l'accès géographique aux soins, sur les indicateurs à disposition des acteurs locaux et sur l'utilisation des outils statistiques pour contribuer à une meilleure prise en compte de la santé dans les politiques locales.

On retiendra de ce colloque la présentation d'un kit rassemblant des outils d'analyse de l'accessibilité des services de santé en ville ou en établissements sanitaires. Réalisé par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), cet outil a été testé sur le terrain par les agences régionales de santé et les directions régionales de l'Insee de Bretagne et du Limousin qui ont été leur partenaires de terrain.

Ce kit propose des outils, classiques ou novateurs, pour caractériser l'organisation spatiale et le recours au système de soins avec une méthode homogène sur l'ensemble du territoire. Il permet ainsi de mener des comparaisons entre les régions, à une échelle commune de restitution : région, département, territoire de santé, bassin de vie, commune ou encore des zonages nés du regroupement de plusieurs communes.



**Statistiques sanitaires mondiales**

OMS, 2013

Compilation de plusieurs sources de données, l'édition 2013 de *Statistiques sanitaires mondiales* de l'Organisation mondiale de la santé se veut dresser un portrait

le plus fidèle possible de l'état de santé de la population mondiale, pour chacun des 194 États membres. Ce portrait permet d'évaluer si les objectifs santé du Millénaire pour le développement ont été ou non atteints.

À l'échelle mondiale, des progrès importants ont été obtenus dans la réduction du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Entre 1990 et 2011, le taux de mortalité dans cette tranche d'âge a baissé de 41 % – passant de douze millions de décès à 7 millions. Vingt-sept pays ont atteint la cible des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé avant l'échéance de 2015, parmi lesquels cinq présentaient des taux très élevés de mortalité de l'enfant en 1990. La prématurité reste la première cause de mortalité dans le monde, soit un million de décès néonataux. Les enfants nés de mères adolescentes représentent approximativement 11 % du nombre total de naissances dans le monde et 95 % des naissances chez des adolescentes interviennent dans des pays en développement.

La malnutrition est un fardeau majeur pour la santé mondiale. La dénutrition et le surpoids en sont les deux expressions. Près d'un individu sur dix est diabétique.

Si en 2011, trente-quatre millions de personnes vivent avec le VIH, ce chiffre est en augmentation par rapport aux années précédentes et continuera d'augmenter avec l'accès au traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Au cours de l'année 2011, le nombre de personnes dans le monde nouvellement infectées par le VIH a été estimé à 2,5 millions, soit une baisse de 20 % par rapport à 2001.

L'objectif des OMD de diviser par deux, par rapport à 1990, le nombre de personnes privées d'accès à une eau de boisson sans risque sanitaire a été atteint dès 2010, mais de fortes disparités existent encore entre les régions : seul un tiers des ménages des zones rurales d'Afrique sub-saharienne y a accès. La couverture mondiale des installations sanitaires est à peine de 64 % et la cible des OMD ne sera pas atteinte en 2015. Ainsi, 2,5 milliards d'individus continueront donc à vivre dans des conditions sanitaires indignes. Enfin, l'accès aux médicaments reste hors de portée pour les populations des pays à revenu faible ou intermédiaire, y compris les médicaments génériques. L'accès universel à des traitements pour les maladies chroniques n'est pas plus une réalité pour les ménages à faible revenu. Les auteurs de ce rapport insistent aussi sur la grande disparité pouvant exister à l'intérieur même des pays, pour l'accès au système de santé, à la contraception, aux soins durant la grossesse et l'accouchement.

Les statistiques sont présentées par région de l'OMS, par groupe de revenu des pays, éventuellement par tranches d'âge.

# La fracture territoriale de l'accès aux soins

**Dans la foulée d'un avis rendu par les participants à une conférence de citoyens sur le système de santé, le *think tank* Institut Montaigne publie un rapport pour en finir avec la fracture territoriale de l'accès aux soins.**

T enue à l'automne 2012, la conférence de citoyens a réuni vingt-cinq personnes, non professionnelles de la santé, pour qu'elles débattent des enjeux du système de santé. Une formation, des débats avec des acteurs de santé publique, leur ont permis de rendre un avis circonstancié sur l'évolution et le financement du système de santé futur. Paru en mai dernier, le rapport *Pour en finir avec la fracture territoriale de l'accès aux soins*, s'appuie sur les conclusions de cette conférence de citoyens, mais aussi sur des publications scientifiques, des recommandations d'agences de santé ou encore des sondages auprès de la population.

**Au titre des constats**, l'Institut Montaigne montre que les Français ont une vision pessimiste du système de santé actuel et de son évolution : ils jugent les médecins en nombre insuffisant (Jaima-Ifop, 2011), même si 71 % trouvent l'accès aux soins facile (Deloitte/Harris Interactive, 2013). L'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), dans son rapport 2008-2009, estime que le nombre de médecins va décroître d'ici 2020 avant de remonter. Pour l'Irdes (2011), 95 % de la population a physiquement accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes, et à des soins hospitaliers en moins de quarante-cinq minutes. Cependant les disparités territoriales existent : selon l'ONDPS, 85 % des médecins sont installés dans un pôle urbain, la part des médecins installés en zone rurale décroissant pour atteindre 6 % en 2030. S'appuyant sur les données de l'Organisation mondiale de la santé, les auteurs du rapport mettent aussi en évidence un retard important en matière de prévention et de diffusion de l'information relative à la santé par rapport à d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE, 2010). Ils rappellent que la Haute Autorité de santé (HAS) souligne que l'accès à l'information sur la qualité des soins, tout comme celui sur la qualité et les protocoles de soins en sont au stade embryonnaire. Le demande d'information serait cependant forte, obligeant la HAS à lancer un programme de certification des sites à vocation médicale.

Dans son avis, la conférence de citoyens constate une certaine confiscation de l'infor-

mation sur le système de santé. Les vingt-cinq citoyens militent pour que l'*open data* soit une réalité pour les données concernant les coûts, le fonctionnement ainsi que les résultats du système de santé.

Reprenant des constats déjà dressés il y a près de vingt ans par le Haut Comité de la santé publique dans ses rapports successifs sur l'état de santé de la population française sur un système de santé devenu archaïque, fortement cloisonné, avec des liens ville-hôpital faibles, les auteurs renchérissent en pointant le vieillissement de la population et la transition épidémiologique due à la prédominance des maladies chroniques.

## Huit propositions pour réformer le système de santé

L'avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie du 22 mars 2012, demande ainsi la création d'une médecine de parcours, combinant des soins de premiers recours populationnels et une médecine de spécialité et de plateau technique, interventionnelle. Enfin, ils constatent que l'exercice professionnel classique devient un frein à l'évolution du système de santé. Il faut entendre par là, le principe de liberté d'installation des médecins et le faible attrait de l'exercice libéral - 9,5 % des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins sont en exercice libéral, 69 % en salarial (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2012).

L'utilisation des nouvelles technologies reste marginale. Enjeu crucial de l'organisation du système de soins, le dossier médical personnel n'avait conquis que 158 000 patients en juillet 2012. La Cour des comptes (2013) dresse une critique sévère à son égard : coûteux, peu efficace, mal pilotée, non évalué... Intégrée dans la législation par la loi HPST, la télésanté est encore au stade de l'expérimentation : une étude de la Fédération des industries électriques et l'Asip Santé (2011) montre que les projets sont mis en œuvre sur des populations réduites (15 000 patients maximum), et qu'il serait pertinent de disposer, entre autre, d'une structure de pilotage.



**Au titre des propositions**, l'Institut Montaigne considère que l'organisation du système de santé doit être décloisonnée, régionalisée et construite autour du parcours de soins centrés sur les besoins des patients.

Huit propositions sont ainsi présentées, regroupées en quatre catégories.

La première catégorie, *Mettre en place le DMP, ouvrir l'accès aux données de santé, évaluer la qualité des soins*, est formée de trois propositions. Le DMP doit être un outil au service de la coordination des soins et de l'information des patients et des professionnels (proposition 1). La logique de l'*open data* permettrait d'améliorer la performance globale du système de santé (proposition 2). L'évaluation de la qualité des soins reposerait sur l'obligation pour tout établissement et tout professionnel de santé de publier leurs résultats sur la base d'indicateurs définis par la HAS (proposition 3).

La deuxième catégorie, *Faciliter le regroupement des professionnels de santé et la coordination des soins*, ne contient que la seule proposition d'encourager le regroupement des professionnels de santé et de veiller à une meilleure répartition des tâches (proposition 4). Dans la troisième catégorie, *Diversifier le profil des médecins et leur faire connaître l'exercice libéral*, les propositions en appellent à la diversification des profils de médecins (proposition 5), à la suppression du *numerus clausus* (proposition 6) et à faire connaître l'exercice libéral et la médecine générale aux étudiants en médecine (proposition 7).

Enfin, dans la dernière catégorie, *Avoir une approche décentralisée de l'accès aux soins*, il est proposé l'établissement de budgets différenciés entre les régions en fonction des besoins de chaque territoire et la fongibilité des enveloppes hospitalières et de ville pour faciliter les liens entre ville et hôpital.

## Claude Thiaudière, Université Picardie Jules Verne

### Enquêtes qualitatives : quelles enquêtes ?



#### 12 septembre 2013, Abbaye de Fontenay

3<sup>e</sup> États généraux de la santé en région  
Organisés par les États généraux de la santé en région  
Contact : <http://www.etatsgenerauxsanteregions.fr/>

#### 16-17 septembre 2013, Paris

Santé publique et environnements de vie : transports-mobilité, déplacement, aménagement de l'espace  
Organisé par la Société française de santé publique en partenariat avec la SRSP Languedoc-Roussillon  
Contact : Flore Lecomte - [fa@sfsfp.info](mailto:fa@sfsfp.info)  
Isabelle Génovèse - [ig@sfsfp.info](mailto:ig@sfsfp.info) - Tél. 03.83.44.94.11

#### 17-20 septembre 2013, Lille

Université d'été Alzheimer, éthique et société - Vouloir savoir - Anticiper, diagnostiquer, mobiliser.  
Organisé par Espace éthique Alzheimer  
Contact : <http://www.espace-ethique-alzheimer.org/universitedete2013.php>

#### 2-4 octobre 2013, Genève

13<sup>e</sup> Conférence Internationale sur l'Évaluation d'impact sur la santé - Du local au global : l'évaluation d'impact sur la santé pour relever les nouveaux défis  
Organisé par l'université de Genève  
Contact : [infoeis-hia2013@unige.ch](mailto:infoeis-hia2013@unige.ch)

#### 1<sup>er</sup> au 15 octobre 2013, Picardie

Débats publics : Moi, ma santé, mes soins de proximité  
Organisé par l'ARS de Picardie  
Creil (1<sup>er</sup> octobre), Saint-Quentin (3 octobre), Amiens (8 octobre), Soissons (10 octobre), Beauvais (15 octobre)  
Contact : [stephanie.maurice@ars.sante.fr](mailto:stephanie.maurice@ars.sante.fr)

#### 17-19 octobre 2013, Bordeaux

Congrès Adelf-SFSP « Santé publique et prévention »  
Organisé par l'Adelf et la SFSP  
Contact : [adelf@isped.u-bordeaux2.fr](mailto:adelf@isped.u-bordeaux2.fr)

#### 14 novembre, Amiens

Journée de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie, Bien vieillir  
Organisée par la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie, l'OR2S, l'Union départementale des CCAS de la Somme  
Contact : [plateforme@or2s.fr](mailto:plateforme@or2s.fr)

Après avoir connu une déconsidération au nom de leur manque de scientificité, les enquêtes dites « qualitatives » connaissent, depuis une dizaine d'années, un regain d'intérêt aussi bien dans le champ académique que dans les différents champs institutionnels, politico-administratifs essentiellement, qui ont un intérêt pour les sciences sociales. Avec une situation bien paradoxale : l'intérêt croissant pour ces méthodes scientifiques n'empêchent nullement le soupçon quant à leur objectivité, poursuivant la querelle, fort ancienne, des méthodes. Mais de quels intérêts parle-t-on ? Et en quoi sont-elles devenues plus dignes d'attention pour les chercheurs tout autant que pour des acteurs sociaux (professionnels, militants, responsables administratifs ou politiques) ?

De la monographie à l'étude par entretiens (par récits de vie, *focused group*, etc.) en passant par l'enquête de terrain, reposant sur l'observation participante ou l'ethnographie, la notion d'enquêtes qualitatives recouvre un ensemble de pratiques de recherche dont le point commun est d'accéder à des données empiriques difficilement observables par d'autres techniques, notamment quantitatives : des pratiques, des discours (des points de vue), des processus sociaux, etc. C'est-à-dire des informations qui nécessitent fondamentalement que le chercheur se déplace pour observer une réalité empirique.

L'intérêt essentiel de ce type de recherche se trouve dans son objet général : expliquer l'expérience des acteurs sociaux, en décrire les logiques et les processus et comprendre quelles sont les conditions sociales dans lesquelles se déploient les activités et les pratiques. Ainsi, l'approche monographique offre la possibilité d'articuler des données subjectives (celles liées aux expériences individuelles et collectives) aux caractéristiques objectives des acteurs (positions sociales, conditions d'existence, appartenances institutionnelles, etc.).

Pour réaliser une enquête de terrain toute technique d'observation peut être utilisée, voire même doit être utilisée : l'entretien, mais aussi l'archive pour un travail historiographique, l'observation de réunions ou une ethnographie d'un espace institutionnel (mairie, commerces, etc.), et, pourquoi pas, la passation d'un questionnaire pour des données statistiques. L'unité de lieu que confère ce type d'enquête rend possible le croisement de ces techniques de recueils de données.

Mais, contrepartie non négligeable à cet intérêt scientifique : s'engager dans une enquête de terrain nécessite un long investissement. En effet, sa réussite repose sur un engagement dans le temps qui ne convient pas toujours à l'agenda de ceux qui peuvent être « intéressés » par l'analyse qualitative : professionnels, décideurs, administrateurs, militants, etc. La synchronisation des temporalités de la recherche et de l'actualité est une chimère. Il faut du temps pour faire émerger des données innovantes qui dépassent les interprétations du sens commun. Et bien souvent, les études qualitatives menées rapidement, avec quelques bouts d'entretien ou quelques observations

rapidement menées, ne font que redoubler les discours les plus convenus sur « les problèmes de société » ou les « vécus (*sic*) de la population (*sic*) ». De telles pratiques participent à la disqualification de ces recherches au profit du « chiffre » toujours considéré comme rationnel et donc objectif.

D'ailleurs, au-delà de la diversité des méthodes d'enquête et d'analyse qualitative, on peut se demander si ce qui rassemble les différentes « méthodes qualitatives » n'est pas uniquement leur opposition (technique, méthodologique) aux enquêtes et analyses quantitatives. Comme si leurs différences relevaient de divergences théoriques ou de conceptions interprétatives. Il faut dépasser ces antinomies peu fondées sur le plan scientifique. Sur un même objet de recherche, méthodes quantitatives et méthodes qualitatives devraient se combiner pour proposer des recherches aux finalités plus ambitieuses.

Or, une telle représentation des oppositions entre méthodes scientifiques ne fait que refléter des divisions sociales : entre le haut et le bas ; le macro (le quantitatif) et le micro (le qualitatif), etc. Ces divisions placent, plus ou moins inconsciemment, l'analyse quantitative « au-dessus » et les enquêtes de « terrain », sur le terrain, « en-dessous », proche des « populations » (*sic* : la notion de « population » étant une notion d'origine statistique mais aussi une catégorie de l'activité administrative, sa « matière sociale »). Il s'agit d'un effet de l'organisation de la recherche en sciences sociales. La réalisation d'enquêtes statistiques nécessite des moyens économiques et techniques qui ne sont disponibles que dans de grandes institutions, souvent « nationales » (Insee, organismes administratifs ou parapublics) ou proches de collectivités territoriales. Ainsi, ces institutions cumulent le capital technique et budgétaire avec la proximité d'instances politico-administratives (décideurs et souvent commanditaires de ces analyses statistiques). À l'inverse, monographies ou enquêtes par observation participante (*fieldwork* pour reprendre la notion anglo-saxonne) sont généralement associées « au terrain » : la proximité, la réalité empirique, l'événementiel, le concret, etc.

Alors quels sont les apports de l'analyse qualitative pour des « décideurs » si, eux-mêmes, disposent d'institutions *ad hoc* ? Sûrement pas d'apporter quelque « humanité » à la froideur des chiffres, ni à l'inverse contrevenir à l'analyse quantitative. L'expérience montre que la demande en enquêtes qualitatives a principalement deux origines : rendre compte de ce qui est « inobservable » statistiquement, d'une part ; ouvrir de nouvelles problématiques qui n'ont pas encore fait l'objet d'une formalisation mesurable par l'analyse quantitative, d'autre part.

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

Directrice de publication : Dr Élisabeth Lewandowski (or2s)

Comité de rédaction : Anna Boulinguez (carsat nord-picardie), Danièle Bourgerie (conseil régional de Picardie), Lætitia Cecchini (gestion du risque assurance maladie), Yassine Chaïb (drjcs), Rémy Caveng (université de picardie), Émilie Fauchille (or2s), Bruno Goethals (carsat nord-picardie), Christine Jaafari (drjcs), Éric Moreau (conseil général de l'oise), Marie-Véronique Labasque (creai), Gaëtan Deffontaines (msa), Philippe Lorenzo (or2s), Anne-Marie Poulain (conseil général de la Somme), Aline Osman-Rogélet (or2s), Yvonne Pérot (insee), Gaëlle Raboyeau (ars), Claude Thiaudière (université de picardie), Alain Trugeon (or2s).

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S juin 2013

Plateforme  
SANITAIRE & SOCIALE