

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°8

Octobre 2010

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé

- 15^e rapport annuel sur l'état du mal-logement en France - Fondation Abbé Pierre 2

Actualité

- Plateforme sanitaire et sociale de Picardie, nouvelle formule 3

Brèves

Entretien

- Inégalités sociales de santé, entretien avec Thierry Lang 4

Initiative

- Schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des personnes et des délégués aux prestations familiales 5

Focus

- Agence régionale de santé de Picardie 8
- Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale 9
- Santé et territoires : la région Picardie agit pour l'égalité de l'accès aux soins 10

Données nationales

- Modes de vie et inégalités de santé 11

Brev'd'Europe

Europe

- Commission : programme de travail 2010 12

Doc

- États généraux du logement : 15 propositions pour renouveler la politique du logement 13

Tribune libre

- Construction des usages des indicateurs sociaux : pauvreté et inégalités en Picardie : Baromètre inégalités et pauvreté Picardie (Bipp) 14

Agenda

16

L'observation sanitaire et sociale en Picardie

Observer conjointement le sanitaire et le social est une pratique de longue date en Picardie puisque c'est au cours des années quatre-vingt-dix que s'est mis en place l'observatoire social de Picardie. À l'époque, le but était déjà de tirer partie des données de ces deux champs d'intervention et de promouvoir une approche globale des informations et des politiques publiques.

La gestion de l'observatoire social de Picardie (OSP) par l'observatoire régional de la santé (ORS) puis la fusion de l'OSP dans l'ORS donnant ainsi naissance en Picardie en 2006 à l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S), que la préfecture et le conseil régional de Picardie avaient appelé de leurs vœux, a été une réelle avancée dans la mutualisation des ressources et la qualité des documents édités.

C'est donc tout naturellement que l'animation de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie a été confiée à l'OR2S. Des productions, telles que le Croisement d'informations régionalisées ou encore la lettre d'information Plateforme sanitaire et sociale, sont les manifestations d'une organisation poussée dans la recherche, la vérification et la compilation des données.

L'élargissement du champ de compétence aux données médico-sociales, sous la conduite du centre régional pour l'enfance, l'adolescence et les adultes handicapés et inadaptés (Creai) de Picardie montre, s'il le fallait, la nécessité de disposer en région d'un dispositif unique d'observation au service des acteurs locaux et des politiques publiques.

Cet engagement pris précédemment doit être désormais renouvelé. Le paysage de la santé, du social et du médico-social s'est considérablement modifié en l'espace de quelques mois. La Plateforme sanitaire et sociale doit s'ajuster aux nouvelles données régionales. Mais, bien plus, l'enjeu de la réduction des inégalités sociales, notamment en termes de santé revêt plus encore qu'il y a une décennie, une priorité absolue.

Devant cette vérité objective, les institutions doivent faire face et prendre les mesures d'équité et de pérennité les plus à même de combler le fossé sanitaire et social qui se creuse entre les populations. Mal situées sur l'échelle du pays à cause d'indicateurs par trop négatifs, les inégalités qui se marquent entre les territoires nécessitent une action d'ampleur dans tous les domaines : prévention, promotion de la santé, accès et recours aux soins... mais aussi accès à l'emploi, aux loisirs, au logement, à la formation tout au long de la vie, etc.

La Plateforme sanitaire et sociale de Picardie est un lieu d'observation partagée par l'agence régionale de la santé (ARS), le conseil régional, la préfecture de région avec la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et toutes les institutions partenaires. Sa nouvelle organisation devrait aussi en faire un lieu de convergence des politiques publiques, de débats et de réflexions au service des populations.

Michel Delpuech

Préfet de la région Picardie
Préfet de la Somme

Claude Gewerc

Président
Conseil régional
de Picardie

Christophe Jacquet

Directeur général
Agence régionale
de la santé de Picardie

15^e rapport annuel sur l'état du mal-logement en France - Fondation Abbé Pierre

Le 15^e rapport sur l'état du mal-logement en France, édité par la fondation Abbé Pierre a été présenté en février dernier. Il met en avant l'accroissement des inégalités sociales.

Le rapport sur l'état du mal-logement souligne l'ampleur de la crise du logement et pointe la nécessité d'une intervention politique majeure. Par ailleurs, il met en évidence la situation des enfants «victimes collatérales» du mal-logement.

La première partie du rapport définit en quoi le logement est un creuset des inégalités. La crise économique et financière a fragilisé de nombreux ménages, la pauvreté et la précarité qui affectent la société n'épargnent pas le domaine du logement. Dix millions de personnes en France (dont 3,5 millions de mal logés) sont touchées par la crise. La progression du coût du logement est une problématique d'actualité puisque le «reste à vivre» ne permet pas une vie décente. La difficulté à se loger devient ainsi un obstacle à l'accès à l'emploi et à la formation. Dans la deuxième partie, la Fondation Abbé-Pierre fait des propositions qui visent à résorber ces situations. Elles reposent sur quatre piliers :

- produire des logements à loyer accessible ;
- rendre le coût du logement acceptable ;
- permettre au secteur de l'hébergement de jouer pleinement son rôle ;
- tarir les sources d'exclusion sociale et territoriale.

Quelques propositions concrètes :

- il s'agirait d'imposer un quota minimum de logements à loyer accessible (30 %) pour tout programme immobilier de plus de dix logements ;
- la Fondation propose d'encadrer les coûts des loyers afin d'empêcher les bailleurs de les augmenter librement. Il s'agit également de lutter contre la précarité énergétique ;
- adapter l'hébergement en habitat individuel et digne, en créant de nouvelles places conformes à la loi Dalo ;
- adopter une politique volontaire et offensive de prévention des expulsions, par la mise en place d'un moratoire dès cette année 2010.

Enfin, le mal-logement fait aussi des victimes parmi les enfants. La Fondation Abbé Pierre affirme que la situation agit sur eux comme « une double peine ». Le mal-logement les pénalise aujourd'hui mais également pour leur vie future.

Les conséquences sont d'ordre psychologique entraînant des lacunes et des retards dans le développement socio-cognitif (absence de repère, de lieu sécurisant, honte et peurs).

Les conséquences peuvent également toucher la santé (saturnisme, pathologies respiratoires, accident domestique, manque d'hygiène) et la



Photos Fondation Abbé-Pierre

scolarité (manque d'espace pour travailler). Le quotidien a un fort impact sur la vie relationnelle familiale du fait que l'enfant peut avoir une vision dévalorisée de l'adulte dans l'exercice de son rôle parental.

La situation est grave, mais la Fondation Abbé Pierre - qui tire la sonnette d'alarme depuis 15 ans déjà dans ses rapports - refuse tout fatalisme.

Aline OSMAN-ROGELET
OR2S



Extraits

“ Dans une société où les inégalités de revenus, de consommation ou de patrimoine sont profondes, le logement en présente évidemment le reflet, que l'on considère ses caractéristiques, sa localisation ou sa valeur. Mais s'il en est le miroir, il est aussi à l'origine d'un accroissement des inégalités, quand il ne contribue pas à en créer de nouvelles. Il en est ainsi lorsque l'élévation continue du coût du logement pénalise les ménages les plus modestes ne disposant que de faibles possibilités d'arbitrage entre des dépenses toutes nécessaires et se retrouvent avec un reste à vivre de misère, une fois payées les dépenses contraintes et indispensables. Il en est ainsi également quand on examine les destins résidentiels des ménages qui ne sont pas tous polarisés par l'accession à la propriété — que l'on érige en modèle — et y conduiraient-ils, il serait profondément injuste de fonder la sécurité face à l'avenir sur la détention d'un patrimoine dont la valeur est très inégalement répartie entre les catégories sociales. ”

Pour en savoir plus, le rapport annuel 2010 est disponible et gratuit, à commander à :
L'Artésienne
Z.I. de l'alouette
62802 Liévin cedex
contact : Janine Kowalski :
jkowalski@artésienne.com

Plateforme sanitaire et sociale de Picardie, nouvelle formule

La Plateforme sanitaire et sociale de Picardie entre dans une nouvelle dynamique après la création de l'agence régionale de la santé et de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. L'OR2S en assure l'animation générale tandis que le Creai s'intéresse au secteur médico-social.

La *Plateforme sanitaire et sociale* est un dispositif piloté par le ministère de la Santé et des Sports. En Picardie, son animation a été confiée à l'OR2S, dans la continuité des travaux et dispositifs précédents, notamment de l'observatoire social de Picardie (OSP). L'OSP, qui a été intégré en 2006 à l'observatoire régional de la santé, devenu ainsi OR2S, avait été créé en 1995 par la Drass avec les Caisses d'allocations familiales et d'assurance maladie, et l'Urssaf. L'observation et la prévention des situations d'exclusion et l'amélioration des réponses aux populations les plus démunies constituent alors ses attributions.

En 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), et la réforme générale des politiques publiques (RGPP), ont largement modifié le paysage de la santé, du social et du médico-social, supprimant des entités, en créant de nouvelles, ou portant modification aux attributions d'autres. Dans ce contexte, l'objectif général de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie est donc d'organiser le recueil, l'analyse des données et les travaux dans les domaines croisés du sanitaire, du social et du médico-social. Elle est un outil d'observation et d'aide à la décision pour appuyer les politiques publiques de lutte contre les exclusions et les inégalités sociales de santé. Elle s'inscrit dans la démarche, développée par l'ensemble des partenaires, d'œuvrer pour le bien-être de la population picarde. Elle conforte ainsi et amplifie le réseau partenarial existant en s'appuyant notamment sur une information opérationnelle produite par et pour les acteurs, proche de leurs préoccupations et utile notamment pour leurs actions de proximité et de prévention.

Sous l'expertise de l'OR2S, la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie fournit une méthodologie qui assure la cohérence et la fiabilité scientifique des informations recueillies et traitées. Elle vise à éviter tout dispositif d'information redondant qui obligerait les partenaires à réinvestir des champs existants. Une Charte de partenariat vient d'ailleurs consolider la place et le rôle des instances parties prenantes de la *Plateforme sanitaire et sociale*. Celle-ci est ainsi une instance de veille qui permet :

- d'améliorer la connaissance de l'évolution sociale et de l'état de santé des populations de la région ;
- de mener des études thématiques selon les besoins dans les champs sanitaire, social, médico-social et de l'addictologie ;
- de connaître l'évolution des institutions et acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de l'addictologie.

La dynamique d'une information directement utilisable par les acteurs

La *Plateforme sanitaire et sociale* s'attache aussi à développer des outils de connaissance quantitatifs et qualitatifs. Elle travaille à l'émergence d'outils d'information partagés en s'appuyant sur ceux déjà existants et non exclusifs et en les développant ;

- la base territoriale des indicateurs (BTI), consultable via le site internet de l'OR2S ;
- le *Croisement d'informations régionalisées* (CIR), publication d'informations de nature socio-économique, sanitaire, sociale et médico-sociale au niveau infradépartemental ;
- les données médico-sociales du pôle d'observation du médico-social animé par le Creai de Picardie ;
- la lettre d'information *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie (trois numéros par an) ;
- des rapports de recherches et d'études *ad hoc* ;
- des journées thématiques, séminaires et autres colloques...

Cette dynamique de travail repose sur le postulat que l'information publiée doit être directement utile aux professionnels et être facilement

mobilisable par eux. Leur appropriation des indicateurs devra être la garantie de la pérennité du partage de l'information.

Le Copil et le Groupe projet en sont les instances politique et technique

La *Plateforme sanitaire et sociale* associe différents partenaires, représentant les services déconcentrés et les agences spécialisées de l'État, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les associations sociales et médico-sociales, les observatoires existants, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, l'université et les instituts de formations sociales et éducatives, les unions professionnelles du champ sanitaire, social et médico-social.

Elle est composée d'un Comité de pilotage et d'un Groupe projet. Il revient au Comité de pilotage de définir les orientations stratégiques de la *Plateforme sanitaire et sociale* et d'organiser les assemblées plénières, lieux d'échange et de débat avec l'ensemble des acteurs participant à l'observation sanitaire, sociale et médico-sociale. Il est co-présidé par le préfet de région avec le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, le directeur général de l'ARS et le président du conseil régional.

À côté du Copil, le Groupe projet, piloté par l'OR2S, est composé au plus de douze membres techniciens provenant des différents partenaires signataires. Il propose les orientations de travail au Copil et met en œuvre les objectifs et actions développés par la *Plateforme sanitaire et sociale*. Il a dans ses attributions la fonction de comité de rédaction de la lettre d'information *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie et les actions de communications (notamment la préparation des journées thématiques). Il peut se saisir de toute autre fonction et créer d'autres instances spécialisées en son sein pour mener à bien son action.



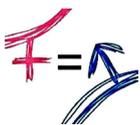
Conférence régionale de la santé et de l'autonomie : mise en place le 29 juin 2010

Inscrite dans la loi Hôpital, patient, santé, territoire (HPST du 21 juillet 2009), la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) a succédé le 29 juin 2010 à la conférence régionale de la santé. Cette nouvelle instance consultative a une envergure plus importante que la CRS car elle épouse les contours de l'agence régionale de la santé.

Ainsi, la Loi HPST a donné comme champs de compétence à la CRSA, l'offre de soins, en ville et à l'hôpital, le médico-social et la prévention. La CRSA se substitue ainsi à la CRS mais aussi au comité régional d'organisation sanitaire (Cros) et au comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms). Elle est formée de huit collègues et de quatre-vingt-quatorze membres titulaires et suppléants pour un mandat de quatre années renouvelable une fois. À ces membres, s'ajoutent les membres consultatifs.

La CRSA a élu son président et a constitué la commission permanente et les quatre commissions spécialisées (prévention, organisation des soins, prise en charge et accompagnement médico-sociaux, droits des usagers du système de santé). C'est le Pr Jean-Pierre Canarelli qui en est le premier président, assurant ainsi une certaine continuité avec la conférence régionale de santé qu'il présidait depuis plusieurs années. L'une des premières décisions de la CRSA a été de rendre un avis favorable sur les territoires de santé proposés par l'ARS permettant le passage à l'étape suivante : l'installation des conférences de territoire. La mise en place des déclinaisons régionales de la politique de santé se fera au niveau des cinq territoires de santé (Aisne Nord - Haute-Somme, Aisne Sud, Oise Est, Oise Ouest et Somme - voir carte page 8) avec les conférences de territoire rassemblant les différents acteurs de proximité du système de santé.

Égalité professionnelle hommes/femmes : en faire une réalité



Lors du Conseil des ministres du 23 décembre 2009, le ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville a présenté une communication relative à l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes. Depuis 1972, six lois et un accord national interprofessionnel conclu

le 1^{er} mars 2004, ont œuvré pour l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes inscrite dans les textes..., mais pas toujours dans la réalité. Le gouvernement a remis aux partenaires sociaux un document d'orientation les invitant à examiner trois axes en matière d'égalité professionnelle : simplifier les règles, favoriser une meilleure place des femmes dans l'entreprise et se donner les moyens d'appliquer la loi.

Une négociation se tiendra entre les partenaires sociaux, suite aux réunions de concertation, sur tout ou partie des sujets évoqués par le document d'orientation, notamment le travail à temps partiel, le temps partiel familial et la mise en place d'un entretien de conciliation entre vie personnelle et professionnelle, les conditions de la négociation collective sur ce sujet et la représentation des femmes dans les instances représentatives du personnel. À l'issue des négociations qui se sont achevées au printemps, le Gouvernement sera en mesure de présenter un projet de réforme.

Enquête Conditions de vie des étudiants

La sixième enquête Conditions de vie des étudiants de l'Observatoire de la vie étudiante (OVE) est lancée. Réalisée tous les trois ans de 1994 à 2006, cette enquête a recueilli lors de chaque édition près de 25 000 réponses.

Elle a été élargie au printemps 2010 à un échantillon représentant plus de 80 % de l'enseignement supérieur puisqu'elle intégrera pour la première fois, en plus des universités et classes supérieures de lycée, les écoles d'ingénieurs et de management, les instituts de formation en soins infirmiers et les écoles culturelles et artistiques du ministère de la Culture et de la Communication.

Les premiers résultats de cette enquête en ligne par questionnaire sont prévus début 2011.

Garde d'enfants

Pour encourager la natalité et favoriser la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, le Gouvernement s'est fixé comme objectif la création de 200 000 nouvelles offres de garde d'enfant d'ici 2012. La secrétaire d'État chargée de la Famille et de la Solidarité, Nadine Morano, a présenté une communication en Conseil des ministres, le 16 novembre 2000, faisant le bilan et traçant les perspectives du programme de développement de la garde d'enfant. Les mesures prises en faveur du développement de l'accueil individuel commencent à porter leurs fruits. Ainsi, plus de 15 000 enfants supplémentaires ont été accueillis entre juin 2008 et juin 2009 chez les assistantes maternelles, soit une augmentation de 3 % en un an. Les projets d'ores et déjà examinés par la Cnaf montrent qu'environ 60 000 places de crèche pourront être créées sur cette période. En outre, une meilleure occupation des places de crèche permettra de proposer 40 000 places de crèche supplémentaires. Au total, avec le développement des jardins d'éveil et des micro-crèches, ce sont plus de 103 000 places d'accueil collectif qui seront créées d'ici à 2012.



Le Pr Jean-Pierre Canarelli,
président de la CRSA

La Conférence nationale de santé et la révision de la loi de santé publique

Dans un avis adopté le 10 décembre 2009, la conférence nationale de santé propose six critères pour réviser la loi de santé publique :

- identifier clairement les principes pérennes et les priorités pluriannuelles de la politique de santé publique ;
- clarifier les outils de l'action publique ;
- articuler plus lisiblement les programmes nationaux et les programmes régionaux ;
- renforcer les structures de coordination et opérationnelles en santé publique ;
- adapter les procédures de décision en santé publique pour garantir plus de transparence ;
- avoir un volet financier pour tout plan ou programme national ou régional.

Défenseur des droits



Le Conseil des ministres du 9 septembre 2009 avait décidé de la création par un projet de loi organique d'une nouvelle fonction : le Défenseur des droits, dans la ligne droite de la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008. Ce projet de loi a été voté par les sénateurs le 3 juin dernier. Pour le gouvernement, il s'agit de renforcer les possibilités de recours non juridictionnel dont dispose tout citoyen pour assurer la défense de ses droits. Les attributions du Défenseur des droits recouvriront celles exercées par le Médiateur de la République, le Défenseur des enfants et la Commission nationale de déontologie de la sécurité. Le Défenseur des droits sera assisté de deux collègues composés chacun de trois personnalités qualifiées.

Le Défenseur pourra être saisi directement par toute personne s'estimant lésée dans ses droits et libertés par le fonctionnement d'une administration.

Il est nommé pour un mandat de six ans non renouvelable par le Président de la République après accord des commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat.

Inégalités sociales de santé, entretien avec Thierry Lang

Président d'un groupe de travail au Haut Comité de la santé publique (HCSP), Thierry Lang a coordonné un rapport sur les inégalités sociales de santé paru en fin d'année 2009.

Plateforme sanitaire et sociale : M. Thierry Lang, pouvez-vous nous dire quelle a été la commande du HCSP pour établir ce rapport ?

Thierry Lang : Le Haut Comité de la santé publique a pour mission d'évaluer les politiques de santé. Il était donc légitime qu'il s'intéresse aux inégalités sociales de santé qui sont un enjeu majeur de la santé publique actuellement. Le mandat que nous nous sommes donné a été de faire le bilan de la situation en matière d'inégalités sociales de santé, tant en France qu'en Europe, et de faire des propositions sur les indicateurs à mettre en place et les actions à réaliser pour les réduire.

PFSS : Quels ont été l'angle d'attaque et la méthodologie de travail que vous avez privilégiés ?

T. L. : Plus que l'angle d'attaque, je parlerai volontiers des préoccupations qui nous ont animés. Ainsi, la question des inégalités de santé est assez bien documentée en France depuis une cinquantaine d'années. Paradoxalement, elle est peu présente dans les politiques publiques. La loi de 2004 se préoccupe très certainement des inégalités de santé et met l'accent sur les interventions vers les populations en précarité. Cependant, elle occulte complètement un indicateur comme le gradient de santé qui est très présent dans la littérature. Avoir une politique globale sur les inégalités, revient à trouver un équilibre entre les interventions vers les personnes en précarité et une réflexion, par exemple sur ce gradient de santé.

La deuxième de nos préoccupations porte sur les déterminants socio-économiques qui ne sont pas dans le champ de la santé alors qu'ils ont un impact démontré sur l'état de santé. Il ne s'agit pas pour autant d'écarter le problème plus traditionnel d'accès au soins, surtout dans une période où les coûts de santé pourraient de plus en plus reposer sur les ménages. Mais en France, on accuse un certain retard dans la prise en compte des facteurs socio-économiques.

La troisième et dernière de nos préoccupations fut de nous questionner sur ce retard, qui en dit peut-être long sur ce paradoxe qui existe en France, où, d'un côté, on se plaît à mettre en avant la fraternité, la justice, la liberté et où de l'autre, on ne prend pas la pleine mesure des facteurs qui les rendent impossibles à réaliser... Ce retard dans la compréhension des inégalités sociales de santé

traduit finalement une contradiction entre les textes fondateurs de notre pays et la réalité vécue au quotidien. L'accroissement global de l'état de santé et l'augmentation parallèle des inégalités de santé montrent que les politiques publiques n'ont eu qu'un succès relatif et qu'il faut aller plus loin.

PFSS : Avez-vous mis en lumière un certain nombre de facteurs décrivant ou expliquant les inégalités de santé auxquels on ne s'attendait pas forcément ?

T. L. : Pour les experts que nous avons audités, la littérature était assez bien connue. Nous avons surtout voulu mettre en évidence ce qui nous semblait nouveau, c'est-à-dire le poids des déterminants sociaux de santé. La chose est connue dans la littérature internationale mais c'est une véritable révolution de pensée en France dans le débat sur la santé.

Le deuxième élément, qui est moins pensé en France qu'ailleurs, c'est que les comportements individuels ne sont finalement pas si individuels que cela. Fumer, faire un exercice physique, etc., sont certes des comportements décidés par un individu, mais dans un contexte plus ou moins favorable. Les actions de santé publique ne peuvent donc pas se dédouaner de cela. Cette composante est assez bien prise en compte dans de nombreux pays européens, mais très peu en France car l'on s'attache beaucoup plus au comportement individuel. Je crois que chez nous, la représentation de la santé est fortement liée au système de santé lui-même. Notre modèle est, que si vous êtes en bonne santé, c'est parce que vous avez accès à un médecin et que vous disposez d'une assurance maladie. L'essentiel du débat depuis des décennies porte là-dessus. Le modèle plus large intégrant les facteurs socio-économiques n'a pas été un enjeu des débats. On pourrait dire que cela se superpose à la thématique bien connue de la faiblesse de la santé publique dans notre pays.

Enfin, la connaissance elle-même des inégalités sociales de santé pose un certain nombre de problèmes. Nous avons beaucoup d'informations, mais qui sont issues de la recherche ou d'études intéressantes mais tout à fait ponctuelles. Nous devrions travailler à créer un système statistique en routine qui pourrait mieux alimenter les réflexions et les politiques publiques, et donc les interventions à mettre en œuvre. Ce déficit nous a beaucoup interrogé.

PFSS : Ce rapport a été publié en 2009. Quelles sont les suites qui lui ont-été données ?

T. L. : Dans ce rapport, nous avons établi une quinzaine de recommandations et fait part de nos préoccupations. Le groupe de travail qui l'a rédigé continu toujours à travailler et reste en contact régulier avec la direction générale de la santé (DGS) et l'Institut de recherche en santé publique (Ireps). Ce lien entre la recherche, l'expertise, la DGS, mais aussi la Conférence nationale de santé (CNS), témoigne de synergies qui existaient peu auparavant. L'autre point important, et tout à fait nouveau, est que la France a déposé sa candidature pour faire partie d'une action européenne sur les inégalités sociales de santé et pour être présente dans deux groupes de travail, l'un sur les politiques publiques pour réduire les inégalités, où siègerait la DGS, et l'autre sur la mise en réseau des expertises et des réseaux scientifiques et prospectives dans le domaine de la recherche sur les inégalités sociales de santé, dans lequel serait le Haut Comité. Il est significatif que, jusqu'ici, la France n'avait jamais participé à des actions européennes sur le sujet. On notera aussi que dans le groupe de travail OMS sur les inégalités sociales de santé, il n'y avait aucun expert français.

Enfin, la ministre de la Santé, dans le cadre de la révision de la loi de santé publique, a affirmé la volonté de son ministère que les inégalités sociales de santé en soient un objectif explicite, avec une déclaration d'intention sur l'amélioration du système statistique. Tout cela est donc un très grand progrès.



Propos recueillis par
Philippe LORENZO
OR2S

Schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales en Picardie (2010-2014)

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs prévoit l'élaboration de schémas régionaux des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales, avec pour objectif, de rationaliser l'offre et d'améliorer la qualité des prestations.

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs fait entrer les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs dans la catégorie des établissements sociaux et médico-sociaux. Ils sont donc soumis aux mêmes règles et obligations que l'ensemble des services médico-sociaux.

Il revient au préfet de région d'élaborer le schéma d'organisation sociale et médico-sociale de ces services. Le schéma étant opposable, il constitue un outil important d'aide à la décision en vue d'adapter l'offre de service à la diversité et à l'évolution des besoins aux niveaux régional et infra-régional.

L'instruction des demandes d'autorisation des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) ou délégués aux prestations familiales (DPF) comme les demandes d'agrément de personnes physiques exerçant à titre individuel, s'appuie sur les objectifs et les besoins définis par le schéma. Ses orientations peuvent aussi déterminer la répartition des crédits d'État entre les départements dans le cadre des dotations limitatives et permettre

d'estimer les besoins prévisionnels de financement (article L 314-4).

L'enjeu du schéma, vise deux objectifs :

- améliorer la qualité des prestations rendues par les opérateurs, dont la qualification des professionnels ;

- rationaliser le secteur : acteurs moins nombreux, mieux répartis, mieux formés.

En Picardie, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) a conduit les travaux d'élaboration du schéma dans le cadre d'une large collaboration associant les services de l'État (Justice et directions départementales de la cohésion sociale), les départements (conseils généraux), les opérateurs (services tutélaires, représentants des mandataires privés et préposés d'établissements), les représentants des usagers, les organismes de protection sociale, et les organismes de formation.

Le Préfet de la région Picardie, a arrêté le 26 mars 2010 le schéma régional 2010-2014 des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales.

Le schéma est révisable à échéance de deux ans compte tenu des évolutions en matière :

- de données d'activité ;
- du nombre et du type de mandataires ;
- de caractéristiques de la population.

Christine JAAFARI
DRJSCS

Le schéma régional décline quatre actions

• Harmonisation des pratiques aux niveaux régional et départemental

Constitution d'un réseau d'échange de pratiques professionnelles

• Coordination des opérateurs

Formalisation et mise en œuvre des modalités de coordination entre les acteurs

• Harmonisation des procédures aux niveaux régional et départemental

Élaboration d'une trame de certificat médical circonstancié

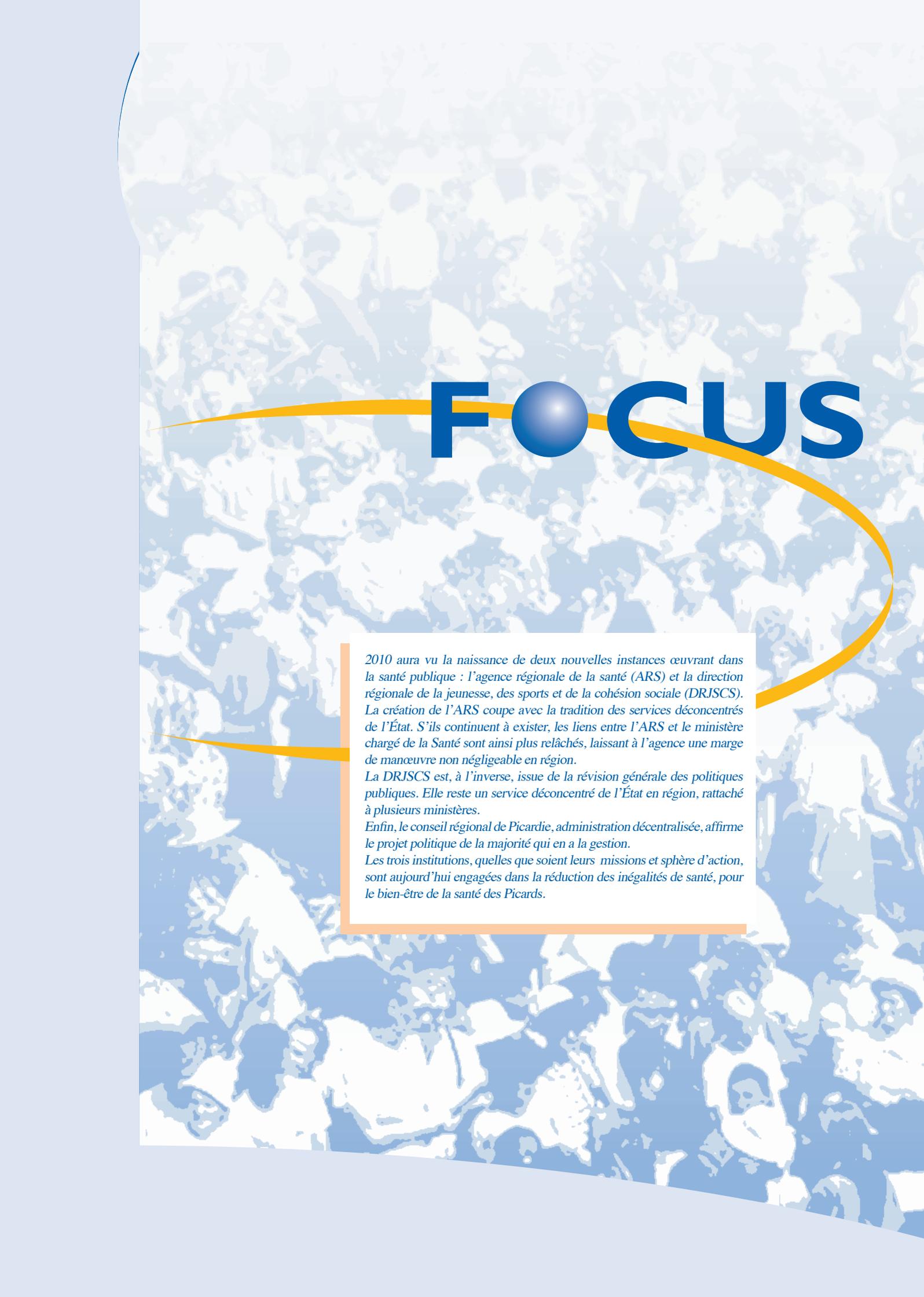
Création d'un référentiel de visite à domicile

Le schéma est consultable à :

http://www.drdjs-picardie.jeunesse-sports.gouv.fr/documents/mandataires_judiciaires_de_Picardie.pdf

Nouvelles mesures selon le type de service mandataire en 2007 et 2008

	Services		Familles		Privés		Préposés	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
<i>Aisne</i>	392	367	305	306	44	57	103	36
<i>Oise</i>	394	267	341	252	9	24	45	19
<i>Somme</i>	442	381	288	258	2	8	20	16
<i>Picardie</i>	1 228	1 015	934	816	55	89	168	71



FOCUS

2010 aura vu la naissance de deux nouvelles instances œuvrant dans la santé publique : l'agence régionale de la santé (ARS) et la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). La création de l'ARS coupe avec la tradition des services déconcentrés de l'État. S'ils continuent à exister, les liens entre l'ARS et le ministère chargé de la Santé sont ainsi plus relâchés, laissant à l'agence une marge de manœuvre non négligeable en région.

La DRJSCS est, à l'inverse, issue de la révision générale des politiques publiques. Elle reste un service déconcentré de l'État en région, rattaché à plusieurs ministères.

Enfin, le conseil régional de Picardie, administration décentralisée, affirme le projet politique de la majorité qui en a la gestion.

Les trois institutions, quelles que soient leurs missions et sphère d'action, sont aujourd'hui engagées dans la réduction des inégalités de santé, pour le bien-être de la santé des Picards.

L'agence régionale de la santé (ARS) de Picardie est l'opérateur public local pour tous les champs de la santé. Créée le 1^{er} avril 2010 par la loi HPST (*Hôpital, patients, santé et territoires*), l'agence régionale de santé est chargée de piloter, au niveau régional, la politique de santé publique. Elle assure également la régulation de l'offre de la santé dans le secteur ambulatoire, hospitalier et médico-social.

L'efficacité de notre système de santé est remise en cause par les différentes évolutions structurelles et conjoncturelles : déficit croissant, vieillissement de la population, déserts médicaux... La loi HPST du 21 juillet 2009 permet de réorganiser en profondeur et de moderniser l'ensemble de notre système de santé pour plus de simplicité et d'efficacité. Présente dans chaque région, l'ARS est la clé de voûte de cette nouvelle organisation. Sa création est l'aboutissement de la plus grande réforme de notre système de santé depuis 1945.

L'ARS unifie le service public de la santé. Elle se substitue aux pôles santé des directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass), à l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), à l'union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), à la mission régionale de santé (MRS), aux pôles organisation des soins de la caisse régionale d'assurance maladie (Cram) et de la direction régionale du service médical (DRSM) et au groupement régional de santé publique (GRSP).

L'ARS est l'opérateur public local pour tous les acteurs régionaux de la santé

L'ARS rassemble et coordonne les forces de l'État et de l'Assurance maladie dans la région. Avec ses services spécialisés et ses interlocuteurs identifiés, elle est l'opérateur public local pour tous les acteurs régionaux de la santé. Sa mission globale est donc de piloter la politique de santé publique dans toutes ses composantes afin d'améliorer la santé de la population et d'accroître l'efficacité de notre système de santé.

Pour cela, l'ARS mène ses travaux en étroite collaboration avec les partenaires de santé et les institutionnels au travers de ses instances de pilotage et de concertation. Le conseil de surveillance, présidé par le préfet de région, émet un avis sur les orientations stratégiques de l'agence et évalue ses résultats. La CRSA (conférence régionale de la santé et de l'autonomie) participe à la définition de la politique régionale de santé.

Deux commissions de coordination associent les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents. Elles veillent à la cohérence et à la complémentarité des actions menées dans les domaines de la prévention, de la prise en charge des soins et de l'accompagnement médico-social. Et enfin, les conférences de territoire réunissent tous les acteurs sociaux de la santé. Elles aident à identifier les besoins locaux et à déterminer les actions prioritaires à mettre en œuvre.

Dirigée par Christophe Jacquinet (nommé en Conseil des ministres le 31 mars 2010), l'ARS de Picardie compte 270 collaborateurs. Son siège se situe à Amiens et elle dispose de délégations territoriales départementales à Laon, Beauvais et Amiens.

Conformément aux priorités nationales de santé, l'ARS de Picardie s'est engagée sur neuf objectifs de santé pour la région. Dans les trois ans à venir, ils permettront d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé des Picards, de promouvoir l'égalité devant la santé sur le territoire et de développer un système de santé de qualité, accessible et efficient. Pour cela, l'agence mobilise tous les acteurs du système de santé et agit sur quatre leviers : la démographie médicale, la coopération entre les services et les établissements médico-sociaux, la stratégie de groupe entre les établissements hospitaliers et le renforcement des actions de prévention.

Après à peine deux mois d'installation, l'ARS a lancé en juin 2010 la réflexion autour de la définition des territoires de santé, comme la loi HPST le prévoit. Outre la garantie de cohérence globale du projet régional de santé dans les domaines de la prévention, des soins de premiers secours, des soins ambulatoires et hospitaliers et de la prise en charge médico-sociale, ces territoires de santé seront aussi le périmètre d'organisation des conférences de territoires, instances incontournables de la démocratie locale.

Avec le concours de l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S), l'ARS a soumis, à la concertation régionale, le 8 juillet dernier, un projet de cinq territoires de santé. Le 8 septembre, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie a informé l'ARS de son avis favorable. Le préfet de région et les trois présidents des conseils généraux ont fait de même.

Forte de ces cinq avis favorables, l'ARS de Picardie a donc arrêté cinq territoires de santé. Les conférences de territoire vont pouvoir s'installer courant novembre 2010 et les travaux autour de territoires de proximité vont s'engager parallèlement à ceux du projet régional de santé.

Pour plus d'informations, consultez le site internet de l'ARS de Picardie : www.ars.picardie.sante.fr

Les territoires de santé de Picardie



Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)

La mission observation et contrôle de gestion de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale a une fonction importante dans la prévision des besoins futurs, dans le pilotage stratégique des politiques à mettre en place et dans le relevé d'indicateurs de performance. Entretien avec Yassine Chaïb, responsable de la mission d'observation.

Plateforme sanitaire et sociale : Yassine Chaïb, vous dirigez la mission observation et contrôle de gestion au sein de la DRJSCS. Elle a été créée dans le cadre de la de révision générale des politiques publiques (RGPP). Pouvez-vous nous en décrire les contours ?

Yassine Chaïb : Dans le cadre de la révision générale des politiques publiques, l'organisation de l'administration territoriale de l'État doit être davantage adaptée aux attentes des citoyens et faciliter un dialogue efficace avec les élus locaux. En matière de cohésion sociale, cette volonté se concrétise par le regroupement des trois directions de la jeunesse et des sports, de l'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) et de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) pour la partie sociale. La mission observation et contrôle de gestion s'inscrit donc dans le cadre de la création de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Elle a un mandat de transversalité pour aider à la connaissance, à l'aide à la décision, et pour que les finances publiques soient en adéquation avec les besoins, et permettent d'atteindre les performances.

La fonction d'observation revêt un enjeu majeur qui réside dans la nécessité d'anticiper l'évolution des besoins et d'assurer un pilotage stratégique des politiques sociales et de santé. Les missions, tant des DRJSCS dans le cadre des politiques sociales, sportives, de jeunesse, de la vie associative et de l'éducation populaire que des ARS dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de santé publique dans le champ de l'observation sont rappelées par les textes en vigueur.

PFSS : Quelle est alors votre définition de l'observation ?

Y. C. : Notre mission s'effectue au service de la performance et de l'efficacité des politiques publiques. L'échelon régional qui est le nôtre devient le niveau de coordination et de pilotage des politiques de l'État. Notre mission est le « savoir-faire », le « faire » revenant au niveau départemental qui met en œuvre ces politiques quand l'aspect stratégique revient au niveau national. Je conçois l'observation comme une entre-

prise de connaissance visant à la lisibilité des politiques publiques et à l'aide à la décision. Il s'agit en quelque sorte de créer une grille de lecture des politiques de l'État pour améliorer ensuite l'intervention sur le terrain.

PFSS : Quels sont l'organisation et le mode fonctionnement de la mission observation et contrôle de gestion ?

Y. C. : Le directeur régional a opté pour une organisation particulière en confiant la mission d'observation conjointement aux huit référents du domaine jeunesse et sports et cohésion sociale dans chaque pôle, ce qui m'amènera à fonctionner sur la base d'un management fonctionnel avec les référents.

Ce choix d'organisation s'explique à la fois par la nouveauté de la DRJSCS et de notre service et par l'absence d'un service d'études au sein des trois directions qui viennent d'être regroupées.

Le responsable de la mission observation et contrôle de gestion travaille avec deux autres personnes : un géomaticien chargé de l'aspect cartographique et une collaboratrice en charge du contrôle de gestion, plus particulièrement du suivi des budgets opérationnels de programme (Bop).

PFSS : Quelles sont les attentes en ce qui concerne le programme de travail et les résultats ?

Y. C. : Nous devons répondre à un double enjeu : mettre en place les fonctions d'observation dans tous les champs d'intervention de la DRJSCS et veiller à la pertinence de la mise en œuvre des politiques publiques à travers les indicateurs de performance.

La difficulté majeure sera de mener un travail collectif avec des personnels provenant de trois réseaux différents ayant chacun leur culture et leur savoir-faire professionnel. Il revient donc à la mission observation et contrôle de gestion d'accompagner les référents, d'élaborer avec eux un programme



d'études et d'enquêtes et donc de développer une culture de travail commune. À cet effet, nous nous servirons des fiches territoriales de travail mises en place par le secrétariat général des affaires régionales (Sgar) comme d'un outil que nous espérons fédérateur.

J'espère aboutir à une véritable aide à l'évolution des pratiques et à une réponse aux besoins du public sans nous cantonner à un état des lieux ou à de la cartographie.

Je tiens également à ce qu'on œuvre à améliorer la qualité de l'observation et de la performance sans rompre le lien avec le volet sanitaire qui n'est plus dans le périmètre d'intervention de la DRJSCS mais dans celui de l'ARS. Mais ne nous voilons pas la face ! Notre difficulté majeure est de ne pas disposer de budget propre.

PFSS : Quelques mots en guise de conclusion ?

Y. C. : Je formule le vœu que l'observation remplisse vraiment son office. À l'heure où je sens que la notion de veille est parfois négligée, je souhaite que notre observation ne soit pas uniquement une réponse en matière de budget et d'économies à réaliser, mais qu'elle serve réellement à guider les politiques publiques et à répondre aux besoins des territoires et du public. Pour ma part, je considère que la bonne dépense repose sur une bonne observation des besoins.

L'article 2 du décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des DRJSCS prévoit que sous l'autorité du préfet de région, et sous réserve des compétences des préfets de département, la DRJSCS exerce les missions d'observation et d'évaluation des politiques dans le champ de la cohésion sociale, de la jeunesse, de l'éducation populaire, des sports et de la vie associative. Elle contribue ainsi à l'observation et à l'analyse des besoins sociaux des populations défavorisées, en particulier dans les domaines de l'hébergement et du logement social.

Santé et territoires : la région Picardie agit pour l'égalité de l'accès aux soins

Depuis 2004, la région développe une politique de santé volontariste destinée d'une part, à accompagner les actions de prévention, notamment auprès des jeunes et, d'autre part, à assurer l'accès de tous les Picards à une offre de soins de qualité.

L'enjeu est primordial car la Picardie est une des régions où la densité médicale est la plus faible avec de mauvais indicateurs de santé.

Aussi le conseil régional a-t-il financé la réalisation de diagnostics territoriaux de santé, réalisés par l'OR2S pour chacun des pays de Picardie. Douze forums territoriaux de santé¹ ont été organisés par la région, depuis l'automne 2008, pour présenter aux élus, associations et professionnels de santé les conclusions de ces études. Des ateliers ont permis de discuter des problématiques spécifiques de chaque territoire : prévention et dépistage des cancers, santé des jeunes, accompagnement des personnes âgées, conduites addictives, offre et permanence de soins... Des priorités partagées ont ainsi pu être retenues à l'issue de chacune de ces journées.

À la fin 2011, la région Picardie aura organisé des forums dans chacun des pays de Picardie. Sans attendre la fin des concertations, elle a décidé, lors de sa session du 24 septembre, de la création d'un Fonds « prévention santé et territoires ». Ce fonds permettra de soutenir

les actions de prévention engagées en cohérence avec les priorités territoriales.

Une conclusion commune aux premiers forums : la nécessité de créer des maisons médicales pluridisciplinaires de proximité pour pallier les problèmes de démographie médicale, et mieux répondre aux besoins des populations les plus isolées.

La région Picardie participe au financement des investissements immobiliers, réalisés par les communes ou leurs groupements, pour la création de ces maisons médicales pluridisciplinaires. Situées en milieu rural, elles ont vocation à regrouper en leur sein des professionnels médicaux (médecins, dentistes), paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes), sociaux (assistantes sociales), de service (portage de repas, aide à domicile), un centre local d'information et de coordina-

tion (Clic)... Leur création s'appuie sur des projets communs d'action en direction de la population : prise en charge coordonnée des soins, prévention, éducation du patient...

À ce jour, six communes ou groupements de communes ont bénéficié de subventions régionales pour la création de maisons médicales, pour un total de près de 400 000 euros : Condé en Brie, Flesselles, Bernaville, Chézy-sur-Marne, Beaulieu-les-Fontaines et Miraumont.

¹ Le dernier vient de se tenir à Beauvais le 11 octobre 2010 sur le Grand Beauvaisis.



La base des acteurs de prévention accessible via les sites internet du conseil régional, de l'Ireps et du pôle de compétence en éducation pour la santé

<http://cr-picardie.fr/Les-acteurs-de-prevention-sante>

Modes de vie et inégalités de santé

Les résultats de l'enquête santé protection sociale 2006 menée par l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) viennent d'être rendus publics. L'étude montre qu'une partie des inégalités des chances en santé est expliquée par l'influence du milieu d'origine, par les conditions de vie dans l'enfance, et l'adoption de modes de vie délétères (tabac, nutrition, obésité).



Vivre en milieu défavorisé, avoir connu des épisodes de précarité, avoir des parents de faible niveau scolaire, avec des comportements à risque ou des parents en mauvaise santé, sont autant de facteurs explicatifs des inégalités de santé à l'âge adulte. Ces événements vécus durant l'enfance conditionnent les modes de vie des enfants devenus adultes et influencent leur état de santé à long terme. Pour arriver à ces résultats, les auteurs ont basé leurs analyses sur deux modèles de santé appelés *Probit dichotomiques*.

Le premier modèle étudie les inégalités des chances en santé en partant de l'association entre les conditions de vie dans l'enfance et la probabilité de déclarer un mauvais état de santé à l'âge adulte. Le second modèle étudie l'effet des conditions de vie dans l'enfance, sur les probabilités d'avoir un niveau d'éducation faible (inférieur ou égal aux diplômes du premier cycle du second degré (BEPC, CAP...)), et d'adopter un mode de vie délétère comme fumer quotidiennement, être obèse ou encore ne pas manger de légumes quotidiennement. Ce second modèle permet d'étudier les mécanismes de transmission des inégalités des chances en santé et notamment de valider l'hypothèse d'une transmission par le niveau d'éducation.

Les résultats montrent que quelque 80 % des personnes enquêtées déclarent que leurs parents avaient un bon ou très bon état de santé mais que leur père avait très fréquemment des comportements à risque : pour 63 % il fumait, pour près d'un tiers il avait un problème avec l'alcool. Plus d'un quart (27 %) des personnes interrogées déclare être en mauvaise santé, et l'analyse corrèle ce mauvais état de santé perçu, aux conditions de vie connues dans l'enfance. La corrélation de la santé entre les générations serait ainsi validée : la probabilité d'avoir un mauvais état de santé perçu est supérieure de 12 % chez les personnes déclarant que leur mère avait un mauvais état de santé. Les personnes affirmant que leur père avait un problème avec l'alcool et,

dans une moindre mesure, qu'il était fumeur, déclarent également plus fréquemment être en mauvaise santé.

Les auteurs confirment l'importance des inégalités, selon le niveau d'éducation des personnes enquêtées, que ce soit pour la consommation de tabac, le risque d'obésité ou le fait d'avoir un régime alimentaire déséquilibré. Mais ils révèlent surtout que ces modes de vie sont également très différenciés selon les caractéristiques des parents des enquêtés.

Il y a un effet direct du milieu d'origine sur l'état de santé à long terme

Déclarer que son père et sa mère fumaient durant son enfance augmente respectivement de 8 % et 6 % la probabilité d'être fumeur au moment de l'enquête. À l'inverse, le risque d'obésité est réduit de 5 % par la scolarisation de la mère. Le risque d'obésité est par contre plus élevé chez les personnes dont les parents sont décédés prématurément ou qui jugent que leurs parents n'avaient pas un très bon état de santé lorsqu'ils avaient 12 ans. Avoir un régime alimentaire déséquilibré est corrélé au tabagisme du père et à la consommation d'alcool de la mère, ce qui, pour les auteurs, suggère l'existence d'une transmission de normes globales de santé.

Le second modèle de santé permet de confirmer qu'une partie de la corrélation entre l'état de santé et le milieu d'origine est expliquée par les conséquences de ce dernier sur le niveau d'éducation et les modes de vie de l'enquêté. Il confirme également l'existence d'un effet direct du milieu d'origine sur l'état de santé à long terme, indépendamment des effets de reproduction sociale et de la transmission des normes de santé.

L'état de santé est ainsi directement marqué par le niveau d'éducation de la mère, le fait d'avoir vécu dans un foyer confronté à des

difficultés financières et d'avoir connu au moins un épisode de précarité pendant l'enfance. L'analyse confirme l'existence d'un fort gradient de santé lié au niveau d'éducation : les personnes ayant un niveau d'études supérieures ont une probabilité réduite de près de 14 % d'être en mauvaise santé par rapport aux personnes ayant un niveau d'éducation primaire. Enfin, l'obésité est le facteur de risque le plus déterminant, sa contribution au risque de mauvaise santé perçue étant deux fois plus élevée que celle du fait d'être actuellement fumeur ou de ne pas consommer de légumes tous les jours.

Ces résultats viennent donc à l'appui de l'hypothèse d'une transmission des normes de comportements liés à la santé entre les générations. *In fine*, l'analyse souligne l'importance des caractéristiques des mères dans la transmission intergénérationnelle des inégalités de santé, quel que soit le mécanisme de transmission considéré.

Un peu de méthode...

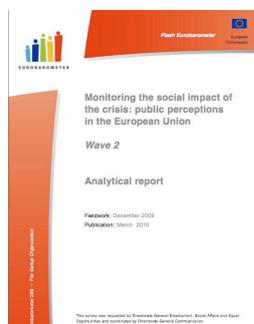
L'Enquête santé protection sociale 2006 a intégré un module «Descendance» qui décrit le milieu d'origine et les conditions de vie du répondant principal de chaque ménage lorsqu'il avait 12 ans.

Les questions concernent les adultes qui élevaient l'enquêté lorsqu'il avait 12 ans et abordent le milieu d'origine et les conditions de vie durant l'enfance à travers trois types de facteurs : le statut économique et social des parents de l'enquêté, leur état de santé et leur mode de vie, complété par l'appréciation subjective de l'enquêté sur la situation financière de ses parents.

La personne enquêtée devait aussi apprécier l'état de santé de ses parents, connaître leur statut tabagique et les éventuels problèmes avec l'alcool qu'ils pouvaient avoir lorsque l'enquêté avait 12 ans.

Plus de six mille répondants principaux ont répondu à ce module.

Eurobaromètres



Perception de la crise

Cette enquête fait suite à celle de juillet 2009 sur l'impact social de la crise économique mondiale. Les résultats étaient alors plus positifs, avec un pourcentage élevé de répondants confiants dans le fait de maintenir leur emploi, et plus de la moitié pensant que la situation financière serait stable ou s'améliorerait au cours des douze prochains mois. Plus de la moitié estime aujourd'hui que la pauvreté a augmenté aux niveaux local, national et européen, et un cinquième des personnes interrogées a eu des difficultés avec les factures des ménages. En ce qui concerne les pensions, une grande proportion pense qu'elle aura à épargner davantage, qu'elle recevra des pensions plus faibles, ou devra prendre sa retraite plus tard que prévu dans l'Union européenne.

Alcool

Les trois quarts des citoyens européens (76 %) ont consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois, tandis que 24 % affirment s'être abstenus. Parmi les consommateurs, 88 % ont bu une boisson alcoolisée au cours des trente derniers jours. Les pourcentages les plus élevés de consommateurs se trouvent dans les pays du nord de l'Europe : Danemark (93 %), Suède (90 %), Pays-Bas (88 %) ; les plus faibles sont enregistrés au Portugal (58 %), en Italie (60 %) et en Hongrie (64 %).

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont plus susceptibles (25 %) de boire cinq verres ou plus, une fois par semaine, que les personnes âgées de 55 ans et plus (11 %). Les plus jeunes courent ainsi plus de risque de subir les méfaits du « binge drinking ».

Tabac

Pratiquement un tiers des citoyens européens (29 %) fume actuellement des cigarettes, des cigares ou la pipe. Près de la moitié (49 %) des Européens affirme ne jamais avoir fumé, tandis que les 22 % restants ont arrêté de fumer.

La plus grande proportion de fumeurs se rencontre en Europe du sud (Grèce où elle excède 40 %). Les proportions de fumeurs sont ensuite les plus élevées dans les pays de l'est de l'Europe. À l'inverse, c'est en Suède et en Finlande que l'on rencontre les proportions de fumeurs les plus faibles, respectivement 16 % et 21 %.

En moyenne, trois fumeurs sur dix dans les pays de l'UE ont essayé d'arrêter de fumer au moins une fois au cours des douze derniers mois (28 %).

Conférence

des réseaux transfrontaliers de villes européennes

La Conférence des réseaux transfrontaliers et interrégionaux de villes européennes (CECICN) a été lancée le 23 avril 2010, à Saint-Jacques de Compostelle en Espagne. Forte de plus de 500 villes et de 200 millions d'habitants, situées dans des espaces frontaliers européens, la Conférence rassemble six réseaux : le Réseau ibérique des entités transfrontalières (RIET), la Mission opérationnelle transfrontalière (Mot), la Conférence des villes de l'Arc Atlantique (CVAA), le Forum des villes adriatiques et ionniennes (FAICT), Medcities et l'Union des villes de la Baltique (UBC).

Selon son président, Xosé Sanchez Bugallo, maire de Saint-Jacques de Compostelle, les villes situées aux périphéries et aux frontières de l'Union européenne sont, plus que tout autre espace, des lieux de proximité où « se forge l'identité européenne des citoyens ».

L'un des objectifs du CECICN est de devenir un interlocuteur privilégié de la Commission européenne sur les questions de coopération territoriale impactant les villes dans le cadre de la politique de cohésion post-2013, à l'instar du rôle de l'Association des régions transfrontalières européennes (ARFE) pour les régions frontalières et transfrontalières. La conférence vise également à promouvoir de nouvelles actions de coopération transfrontalière et interrégionale dans des domaines clés comme le développement durable, le développement économique, la cohésion sociale et culturelle. Elle pourra de plus favoriser les échanges d'expériences et de bonnes pratiques entre les villes et les réseaux membres afin de permettre aux citoyens européens de se rapprocher des institutions européennes.

CECICN : Conference of European Cross-border and Interregional Cities Networks

Prix du film sur les lieux de travail sains 2010



Pour la deuxième année consécutive, l'agence européenne

pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) a poursuivi sa coopération avec le festival DOK Leipzig (18-24 octobre 2010). Le prix sur les lieux de travail sains, doté de 8 000 €, récompense le meilleur documentaire consacré aux questions en rapport avec le monde professionnel et, plus précisément, à l'homme au sein d'un monde professionnel changeant.

Commission : programme de travail 2010

La Commission européenne, Commission Barroso II, a adopté ses priorités stratégiques pour 2010. Dénommé *Le moment d'agir*, ce programme de travail veut inaugurer une nouvelle ère pour l'Europe...

Dès sa mise en place, la Commission Barroso II a adopté son programme de travail pour 2010. De l'avis de son président, le Portugais José Manuel Barroso, ce programme traduit la volonté de la Commission de sortir l'Europe de la crise économique et de mettre en œuvre des politiques qui procurent des avantages directs aux citoyens. La Commission a adopté trente-quatre priorités stratégiques (annexe 1 du programme) qui seront mises en application avant la fin de l'année. Elle a aussi établi une autre liste comportant deux-cent-quatre-vingt grandes propositions (annexe 2) qui doivent être examinées en 2010 mais aussi au-delà, car le programme de travail fixe le cadre des principaux engagements stratégiques auxquels la Commission souscrira dans les années à venir.

Créer une plateforme contre la pauvreté

La nouvelle Commission articule ainsi ses travaux autour de quatre grands axes :

- lutter contre la crise et défendre l'économie sociale de marché européenne (notamment en renforçant la surveillance budgétaire, en élaborant des propositions pour remettre sur les rails les marchés financiers, en faisant progresser les cinq initiatives phares énoncées dans «Europe 2020» et en agissant sur les blocages et les chaînons manquants de l'Europe) ;

- élaborer un projet pour les citoyens plaçant ces derniers au cœur de l'action menée par l'Europe (au moyen, notamment, d'un plan



d'action mettant en œuvre le programme de Stockholm, de droits procéduraux pour les citoyens, de l'exécution des décisions en matière civile et pénale, de la révision de la directive relative au temps de travail, d'un livre vert sur l'avenir des pensions, d'une nouvelle stratégie en matière de biodiversité et de la capacité de réaction de l'UE en cas de catastrophe) ;

- mettre en place un programme de politique extérieure ambitieux et cohérent revêtant une dimension mondiale (notamment en établissant le *Service européen pour l'action extérieure* - «ministère des Affaires étrangères européen» -, en élaborant une stratégie commerciale pour l'Europe à l'horizon 2020, en guidant le processus d'élargissement, en adoptant un plan d'action dans la perspective du sommet des objectifs du Millénaire pour le développement de 2015 et en renforçant les relations bilatérales avec les principaux partenaires) ;

- moderniser les instruments et les méthodes de travail de l'UE (notamment par une meilleure prise en compte des principes de la réglementation intelligente et en adaptant le cadre financier de l'UE aux priorités politiques au moyen du réexamen du budget).

Une initiative stratégique recouvre le domaine du social. L'objectif de la Commission est de présenter des propositions en vue de la création d'une plateforme contre la pauvreté et d'annoncer les modifications à apporter à la méthode ouverte de coordination (MOC) sociale pour contribuer à la réalisation de cet objectif. La Commission examinera les progrès accomplis dans le domaine social et présentera un programme en vue de susciter un engagement et une visibilité politique accrus, ainsi qu'une interaction positive plus forte avec d'autres politiques. L'accent sera placé tout particulièrement sur l'inclusion active et la pauvreté des enfants.

Du côté de la santé, les dispositifs actuels en cours sont repris, comme les plans de santé publique, la lutte contre les produits du tabac, l'impact du changement climatique sur la santé, etc.

Ce programme de travail instaure ainsi un cadre politique prévisible pour le Parlement

« Nous avons à présent défini nos priorités et on a mis en place une liste indicative d'initiatives pour les années à venir. Le moment est venu d'agir. On ne saurait faire comme si rien ne s'était passé. Le programme de travail qui a été adopté aujourd'hui représente un programme de résultats ambitieux mais réaliste. J'espère que le niveau d'ambition des États membres et des autres institutions de l'UE sera à la mesure du nôtre »

Déclaration de José Manuel Barroso, président de la Commission, lors de l'adoption du programme de travail de la Commission. (31 mars 2010)



européen et le Conseil, ainsi que pour les parties prenantes. Ces initiatives visent, d'une part, à répondre aux défis immédiats et à produire des résultats rapides et, d'autre part, à esquisser l'avenir de l'Europe, et à servir ainsi les intérêts à long terme des citoyens. En portant ce projet, la Commission indiquera dans quelle direction elle entend faire évoluer l'Union européenne au cours de la prochaine décennie, comme elle l'a exposé dans sa stratégie *Europe 2020* et dans les travaux en cours d'élaboration du budget de l'UE.

Ce programme comporte plusieurs nouveautés qui le distinguent des précédents. Il est ainsi pluriannuel, ce qui accroît la prévisibilité de l'action de la Commission et facilite la coopération avec les autres institutions. La Commission réexaminera son programme de travail chaque année et, à l'issue de ce réexamen, elle fixera de nouvelles initiatives stratégiques annuelles et adaptera le volet pluriannuel, s'il y a lieu, à la lumière de l'évolution de la situation, et notamment des résultats des travaux préparatoires et de l'examen de la mise en œuvre.

Le programme de travail est disponible à l'adresse suivante : http://ec.europa.eu/atwork/programmes/index_en.htm

Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité

Partant du constat que les inégalités sociales de santé se creusent au sein de la population française en dépit des politiques publiques de santé qui se sont succédé depuis quelques décennies, Thierry Lang a coordonné pour le Haut Conseil de la santé publique un rapport qui souligne le rôle majeur des déterminants socio-économiques et formule une série de propositions en termes d'objectifs, de plans ciblés intersectoriels tant au niveau national que local. Il préconise aussi une réelle pratique de suivi et d'évaluation.

Haut conseil de la santé publique.

Lire aussi en page 5 l'interview de Thierry Lang



Réduire les inégalités sociales de santé, Actes du colloque du 11 janvier 2010, ministère de la Santé et des Sports

Ce colloque avait pour objectif d'avancer des pistes d'action pour réduire les inégalités sociales de santé dans le cadre de l'élaboration de la politique nationale de santé publique et de la mise en place des agences régionales de la santé, en s'appuyant sur les connaissances acquises en France et au niveau international dans ce domaine.



Sir Michael Marmot, qui a présidé la Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que de nombreux chercheurs, responsables politiques et administratifs et représentants de la société civile ont participé à cette journée, dont la conclusion a été donnée par la ministre de la Santé et des Sports.

Le dossier contenant le programme, les actes du colloque, les présentations des intervenants et un diaporama de colloque sont téléchargeables sur : <http://www.iresp.net/index.php?goto=valorisation&rub=cs>

Comment la population est-elle recensée ?



Les Nations unies recommandent aux États membres de procéder à un recensement de population au moins tous les dix ans. La majeure partie des pays l'a organisé sous la forme dite classique d'un recueil d'informations

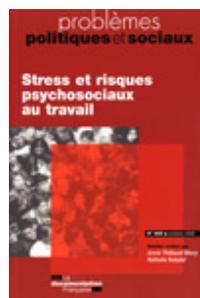
auprès de chaque personne ou de chaque foyer, mais cela entraîne un coût très important, et des contraintes de temps malgré une bonne acceptabilité de la population. Diverses alternatives ont alors été mises en place. Sur quarante pays européens, cinq appuient leur recensement sur les registres de population (notamment Scandinavie, Autriche), vingt-et-un poursuivent la formule classique (Russie, pays de l'Est et du Sud-Est de l'Europe, Royaume-Uni, Irlande, Grèce, Portugal sont ainsi à mentionner), treize combinent les registres à d'autres sources (enquêtes...). La France a sa propre méthode depuis 2004 : le recensement tournant.

http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1506/

Stress et risques psychosociaux au travail (Problèmes politiques et sociaux, n° 965, octobre 2009)

Le mal-être au travail est une des questions les plus médiatisées à l'heure actuelle, succédant par exemple à celle du « burn out » des cadres des années quatre-vingt, quatre-vingt-dix. En corrolaire, le mal-être fait tout autant écho au harcèlement moral ou sexuel qu'aux nouvelles techniques managériales issues de l'ère néo-libérale, accentuées par la mondialisation de l'économie. L'organisation du travail s'en trouve donc très substantiellement modifiée, et impacte sur les conditions de travail.

C'est ce panorama qu'explorent et analysent les auteurs de ce dossier, en décrivant la montée des risques psychosociaux dans divers groupes d'actifs : infirmières, cadres, ouvriers, opératrices de renseignements téléphoniques... Ils mettent aussi en perspective



la manière dont les instances européennes ou nationales, actrices du monde du travail, s'emparent de ce problème de début de siècle. Ainsi, bien que n'ayant pas compétence en la matière, l'Union européenne en prônant une approche globale du bien-être au travail et s'inquiète de ces « nouveaux risques émergents » et propose des accords cadres sur le stress, le harcèlement et la violence au travail. Le gouvernement français, de son côté, met l'accent sur les risques psychosociaux dans le cadre des plans Santé au travail, s'attache à la production d'indicateurs et vient d'annoncer un plan d'action d'urgence contre le stress alors qu'augmentent les suicides sur le lieu de travail dans certaines grandes entreprises.

porte sur 10 000 personnes âgées de 18 à 79 ans. 8 % des 18 à 79 ans, vivent en couple mais... séparément ! À 40 ans et au-delà, ils sont un tiers à choisir ce mode de vie ! Chez les 18-25 ans, ils sont 28 % à choisir cette situation.

Les auteurs s'interrogent plus généralement sur les mariages, dont le nombre baisse. Le mariage ne correspondrait plus à une nécessité sociale, mais à un choix, surtout devant l'alternative du Pacs : on dénombre un Pacs pour deux mariages. Enfin, les auteurs notent des conséquences sur le plan socio-économique des transformations de la structure familiale, comme la pauvreté ou la précarité. Ainsi, l'allongement des études et l'absence de stabilité professionnelle ont tendance à différer l'engagement conjugal, quelle qu'en soit la forme.



Portraits de familles, Arnaud Régnier-Loilier (sous dir.)

La publication par l'Ined de Portraits de famille fait suite à une importante enquête internationale (Erfi) réalisée dans seize pays, relative à l'étude des relations familiales et inter-générationnelles. Cette enquête est connue dans le monde anglo-saxon sous le sigle de GGS (Generations & Gender survey). Réalisée en 2005 par l'Ined et l'Insee, l'étude

États généraux du logement : 15 propositions pour renouveler la politique du logement

Organisés le 4 mai 2010 par un collectif d'institutions, de fédérations et d'associations œuvrant dans le secteur de l'habitat, les États généraux du logement se sont donné comme objectif une refondation de la politique du logement.



Les participants de ces États généraux du logement ont d'emblée dénoncé l'instabilité des politiques et des financements. Ils ont souhaité et fortement réclamé une loi de programmation pluriannuelle sur les aides à la pierre, ainsi qu'une loi d'orientation foncière, visant à lutter contre la spéculation foncière. Tous se sont accordés sur la nécessité de conserver le logement comme un enjeu national et pour faire d'une grande politique du logement un choix de société dans un modèle républicain avec un «pacte de responsabilité».

Le logement : marqueur des inégalités sociales

Trois objectifs ont cerné les débats :

- permettre à tous, aujourd'hui et dans l'avenir, de se loger dans des conditions décentes ;
- la promotion du «vivre ensemble», de la mixité et de la diversité sociale et urbaine ;
- une dépense publique et une gouvernance adaptées et efficaces.

Les acteurs des États généraux du logement se sont mis d'accord sur 15 propositions qu'ils ont remises au secrétaire d'État, Benoist Apparu. Ils ont rappelé la nécessité que l'État soit le garant d'une politique du logement, mais que les intercommunalités ou les départements en milieu rural en soient les pilotes au plan local

La notion de «besoins en logements» a été discutée en ce qu'elle est une notion qui reste floue et difficile à appréhender. La demande en logements nouveaux oscillerait ainsi entre

320 000 et 500 000 selon l'hypothèse choisie. Selon les critères de la loi Dalo, entre 500 000 et 700 000 ménages seraient logés dans de mauvaises conditions.

Les États généraux ont aussi mis en évidence la complexité de la demande sociale en matière de logement, portant notamment sur les éléments de confort imposés par le législateur, les exigences des consommateurs sur l'intérieur du logement, sa localisation, son environnement, notamment en ce qui concerne les services proposés.

Les inégalités sociales auront aussi été au cœur des débats. Les États généraux pointent à la fois une baisse relative de la pauvreté dans la société mais un accroissement du nombre de travailleurs pauvres, travaillant à temps partiel et dans une précarité certaine. Ils estiment à 15 % la part relative de ce groupe social. En réalité, et pour l'ensemble des groupes sociaux, le poids du budget consacré au logement (environ 23 %) devient de moins en moins supportable, d'autant que s'ajoutent au loyer ou aux remboursements d'emprunts, les charges, les assurances, la téléphonie et l'accès à internet.

Enfin, la «parole habitante» a aussi été mise en exergue, comme contributive d'une expertise dans les processus décisionnels et l'amélioration du «vivre ensemble».

Trois axes ont alors structuré les propositions des États généraux :

- promouvoir une organisation mobilisatrice à hauteur de la priorité que doit être le logement, bannissant les gaspillages ;
- combler le déficit numérique de logements abordables et en augmenter la qualité ;
- solvabiliser les ménages, les sécuriser dans leur parcours résidentiel, prévenir les phénomènes de ségrégation.

Les 15 propositions

1. Réaffirmer le rôle de l'État, garant de la solidarité nationale et de l'équité territoriale avec un chef de file local des politiques de l'habitat, l'intercommunalité ou le département.
2. Mettre en place un système partagé d'observation des besoins en logement et des demandes en cours, ainsi que des prix de vente et des loyers.
3. Associer les habitants et l'ensemble des acteurs locaux de l'habitat à l'élaboration et au suivi du programme local de l'habitat.
4. Consacrer 2 % du PIB à l'effort en matière de logement.
5. Refonder une politique du 1 % dans un cadre conventionnel entre les partenaires sociaux et les pouvoirs publics.
6. Faire une loi d'orientation foncière urbaine (Lofu) mettant le foncier au service du logement sans spolier le propriétaire.
7. Réévaluer les aides à la pierre unitaires sans diminuer le nombre de logements sociaux.
8. Moduler les aides à l'investissement locatif privé afin d'assurer une juste rémunération en secteur libre et de favoriser les logements verts.
9. Assurer de manière pérenne une aide reposant sur la TVA à 5,5 % et un différé d'amortissement des prêts pour l'accession sous conditions.
10. Mobiliser conventionnellement le parc privé existant pour offrir des logements abordables.
11. Favoriser une véritable politique patrimoniale dans les co-propriétés et éviter leur déréglation.
12. Favoriser les initiatives locales pour élaborer et coordonner les programmes.
13. Réévaluer les aides à la personne.
14. Prévenir les difficultés d'insertion des ménages et tout mettre en œuvre pour éviter les expulsions.
15. Mettre en œuvre des solutions adaptées aux jeunes tant du point de vue de l'accès au logement que de la solvabilisation.

Mettre en place des moyens de connaissance des besoins en logements et des prix, pour réguler les marchés et anticiper la demande

Pour les parties prenantes des États généraux, l'observation des besoins doit se faire à partir des territoires mais doit pouvoir se faire en cohérence avec les niveaux régional et national. Cela permettra à tous les niveaux de responsabilité, l'anticipation et l'évaluation des politiques publiques grâce à des outils harmonisés. Avoir une connaissance des prix de vente et des loyers permettra à la fois une meilleure régulation des politiques publiques et sera le meilleur moyen pour le citoyen de maîtriser son parcours résidentiel.

9-10 novembre 2010, Lyon

12^e congrès national des ORS, Territoires et santé des populations. Organisé par l'ORS Rhône-Alpes et la Fnors.

Site internet : <http://www.congresors-territoiresetsante.fr>
Renseignements : congres@ors-rhone-alpes.org

18 novembre 2010, Laon

Forum territorial de santé du pays du Grand laonnais. Organisé par le conseil régional de Picardie

Renseignements : Tél : 03 22 97 26 78

18-19 novembre 2010, Paris

Colloque des institutions françaises de protection sociale - Solidarité, assistance, responsabilité : quelle protection sociale pour quelle société ? Organisé par l'École nationale supérieure de sécurité sociale

Site internet : www.en3s.fr/colloque/pdf/programme.pdf

22-24 novembre 2010, Paris

1^{re} édition du congrès : Santé au cœur de la cité
La dimension urbaine de la santé. Organisé par Covos Baxon et valauval sas

Site internet : <http://www.santeaucoeurdelacite.com/pdf/1er-CONGRES-SANTE-AU-COEUR-DE-LA-CITE.pdf>

7 décembre 2010, Amiens

L'observation sanitaire et sociale dans les territoires (enjeux et perspectives). Organisé par la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie et l'OR2S.

Renseignements : plateforme@or2s.fr

9 décembre 2010, Paris

Les impacts de la RGPP sur les politiques de santé, sanitaire et sociale : acteurs et outils de mise en œuvre. Organisé par l'École nationale supérieure de sécurité sociale et l'ENA.

Site internet : http://www.en3s.fr/IMG/pdf/fiche_inscription_enregistrable_2010.pdf

Renseignements : roselyne.dominguez@en3s.fr

9 et 10 décembre 2010, Paris

Chronique des violences invisibles ou la prévention des risques. Organisé par la Ligue française pour la santé mentale

Renseignements : 01 42 66 20 70

4-5 février 2011, Paris

Colloque « Ville, santé et qualité de vie ». Organisé par le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS et la Société Française de Santé Publique.

Site internet : <http://www.sfsp.fr/manifestations/pdf/pre-programme%2024-09-2010.pdf>

Construction et usages des indicateurs sociaux : pauvreté et inégalités en Picardie



Baromètre inégalités et pauvreté Picardie (Bipp) Claude Thiaudière, université de Picardie

Une équipe du Curapp (centre universitaire de recherche sur l'action publique et le politique) s'est engagée, en partenariat avec l'OR2S et le laboratoire Habiter-PIPS, dans une recherche intitulée « Bipp » (Baromètre inégalités et pauvreté en Picardie). L'objectif de ce projet soutenu par le conseil régional est d'étudier les conditions de production des indicateurs de mesure de la pauvreté et des inégalités, ainsi que les usages (institutionnels, médiatiques, profanes et professionnels, particulièrement des travailleurs sociaux) des statistiques sociales. Cette recherche, établie sur trois ans, comporte trois programmes :

- la mise en place d'un indicateur social synthétique qui rend compte, sur les vingt dernières années, des évolutions régionales des phénomènes de pauvreté et d'inégalités sociales. Il s'agit de constituer un indicateur « alternatif » à ceux existants, qui puisse rendre compte statistiquement des évolutions régionales de la pauvreté et des inégalités sociales ;
- l'étude des conditions dans lesquelles les statistiques sont utilisées par différents acteurs

sociaux : travailleurs sociaux, professions de santé, journalistes, responsables administratifs, militants ou/et bénévoles associatifs, etc. Les objectifs de cette partie de la recherche sont d'analyser les fonctions que peuvent remplir ces statistiques sociales dans différents domaines de la vie sociale ; en retour, d'identifier comment ces différents usages pratiques participent à la reconnaissance (ou non) de certaines conceptions de la pauvreté et des inégalités sociales ; - enfin, un troisième programme complète ce dispositif. À partir d'une enquête de terrain, il s'agit d'éclairer les aspects les moins visibles et les moins accessibles statistiquement, concernant les conditions sociales de pauvreté et d'inégalité sociale : c'est-à-dire celles qui ne sont pas (ou pas encore) appréhendées par des critères « objectifs » (par des définitions généralisées). Ce type d'investigation a l'intérêt de rendre compte de certaines dynamiques (et/ou logiques) qui ne conduisent pas à leur reconnaissance « institutionnalisée » de certaines « formes » sociales (non « formalisées ») de la pauvreté et des inégalités.

À retenir !

La Plateforme sanitaire et sociale et l'OR2S organisent un colloque sur l'observation sanitaire et sociale dans les territoires (enjeux et perspectives) le 7 décembre à la Faculté de médecine d'Amiens de 13 h 30 à 17 h 30.

Programme et inscription : plateforme@or2s.fr

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE

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

N°8, octobre 2010

Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3, rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1
Tél : 03 22 82 77 24, mël : info@or2s.fr site : www.or2s.fr
Mail de la plateforme sanitaire et sociale : plateforme@or2s.fr

Directeur de publication : Dr Joseph Casile (or2s)
Comité de rédaction : Émilie Blangeois (or2s), Yassine Chaïb (drjcs), Cécile Dizier (ARS), Christine Jaafari (drjcs), Juliette Halifax (or2s), Marie-Véronique Labasque (creai), Philippe Lorenzo (or2s), Aline Osman-Rogelet (or2s), Alain Trugeon (or2s).
Mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X
© OR2S octobre 2010