

# Plateforme

Plateforme  
SANITAIRE & SOCIALE  
PICARDIE

## SOMMAIRE

### EN RÉGION

- 02 Accompagner le handicap psychique
- 03 Amexa, indemnité journalière
- 04 Service de convivialité dans l'Oise
- 05 Bouge.. pour ta santé en Picardie
- 06 EIS en région

### FOCUS

#### CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ, CONTRATS DE VILLE

- 07 Édito
- 08 Les contrats locaux de santé en Picardie
- 09 Les CLS picards : leur genèse
- 10 CLS : cartographie
- 11 Diagnostics territoriaux
- 12 Contrats de ville : volet santé
- 13 La nouvelle géographie prioritaire



### ACTUALITÉS

- 14 Jesais : santé des élèves de sixième et de seconde
- 15 Le coût de l'enfant
- 16 Santé publique France  
Grande Conférence de la santé  
Forum alcool et santé

### EUROPE

- 17 Villes en santé : Acte VI 2014-2018

### À LIRE

- 18 Référentiel de valeurs...  
Études autour de l'encadrement des publicités alimentaires  
La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013

### DOC

- 19 L'évaluation d'impact sur la santé
- 20 AGENDA



# ACCOMPAGNER LE HANDICAP PSYCHIQUE

La 1<sup>re</sup> journée sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique s'est tenue à Amiens sur le thème : « le secteur sanitaire et le secteur médico-social : comment mieux articuler les pratiques professionnelles ? »

**D**ans le cadre de la mise en œuvre du schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2010-2014, une étude a été menée, en 2013, avec l'observatoire régional de la santé et du social sur les personnes en situation de handicap psychique accueillies dans les foyers de vie et les foyers d'accueil médicalisé du département de la Somme.



## *Repenser les pratiques professionnelles*

Ce public, au nombre croissant, a des besoins et des capacités différentes que ceux des résidents habituellement accueillis dans ces établissements.

Les personnes souffrant d'une déficience psychique ont davantage de capacités cognitives que les personnes souffrant d'une déficience intellectuelle. Leurs besoins de prise en charge ne sont donc pas seulement d'ordre éducatif mais plutôt d'ordre sociétal, à savoir adopter le comportement adéquat en fonction de la situation. Une meilleure articulation entre

les milieux sanitaire et médico-social était alors à rechercher.

Parallèlement, le centre hospitalier Philippe Pinel souhaitait initier une démarche partenariale afin de s'engager dans l'écriture d'une charte de coopération avec les établissements et services médico-sociaux.

Fort de ces constats, le centre hospitalier Philippe Pinel et le département de la Somme, en partenariat avec l'agence régionale de santé de Picardie, la maison départementale des personnes handicapées et les établissements et services médico-sociaux, ont organisé une journée de travail qui a réuni cent-vingt professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

Après un éclairage sur la notion de handicap psychique par deux médecins du centre hospitalier Pinel, puis sur les champs de compétence et li-

mites du médico-social et du sanitaire, les participants ont travaillé en ateliers sur les thèmes suivants :

- comment travailler ensemble avec des cultures et des représentations différentes ? ;
- comment optimiser les réponses à apporter aux professionnels pour lever leur sentiment d'insécurité ? ;
- comment garantir la continuité des parcours ? ;
- comment penser les pratiques professionnelles avec l'environnement proche de la personne ?

De nombreuses propositions d'actions ont été émises par les participants et sont en cours d'étude par les organisateurs de cette journée. ▣

**ANNE-CLAIRE BOUCHEZ**  
Conseil départemental de la Somme

# AMEXA, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE

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

**D**epuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, les exploitants agricoles bénéficient d'un nouveau droit. Ils perçoivent des indemnités journalières (IJ) au titre de leur assurance maladie en cas d'interruption de leur activité. La création de ce dispositif constitue une avancée sociale pour la mutualité sociale agricole (MSA) qui s'est mobilisée pour le faire aboutir. La MSA souhaitait, en effet, dans un souci d'équité sociale, que les exploitants et chefs d'entreprise agricole ainsi que leurs collaborateurs d'exploitation, aides familiaux ou associés d'exploitation puissent bénéficier d'un revenu de base lors d'un arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée au même titre que les autres professions.

Le montant de l'indemnité journalière Amexa est identique à celui de l'indemnité journalière Atexa dont bénéficient les salariés agricoles. Il est perçu pendant les vingt-huit premiers jours d'arrêt de travail indemnisés. Il est majoré à compter du vingt-neuvième jour d'arrêt de travail indemnisé. Pour les arrêts de travail inférieurs à six mois, l'assuré perçoit au maximum trois-cent-soixante indemnités journalières sur une période de trois ans. Pour les affections de longue durée (ALD) et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à



six mois, les indemnités journalières peuvent être servies pendant une durée maximale de trois ans calculée de date à date.

Le financement des IJ Amexa est basé sur une cotisation forfaitaire annuelle obligatoire à la charge du chef d'exploitation, pour lui-même et les autres membres de la famille participant aux travaux. Son montant est fixé chaque année par arrêté ministériel.

Les obligations des non-salariés agricoles sont identiques à celles des salariés pendant un arrêt de travail. Durant cette période, les non-salariés agricoles ne doivent pas exercer

d'activité professionnelle et doivent interrompre toutes autres activités non autorisées. De plus, ils doivent respecter les heures de présence à domicile.

Tout arrêt de travail peut faire l'objet d'un contrôle administratif effectué par un agent de contrôle agréé et assermenté. □

**LUGDIVINE GODIN-DABONNEVILLE**  
MSA de Picardie

Texte de référence ; décret n° 2013-844 du 20 septembre 2013.

## Les IJ Amexa 2014 à la MSA de Picardie

|                        | Non-salariés agricoles | Salariés agricoles | Total        |
|------------------------|------------------------|--------------------|--------------|
| Population protégée    | 40 563                 | 69 532             | 110 095      |
| Assurance maladie      |                        |                    |              |
| Nbre d'IJ versées      | 39 944                 | 287 861            | 327 805      |
| Montant des IJ versées | 1 185 762 €            | 8 958 432 €        | 10 144 194 € |

Source : caisse centrale MSA

# SERVICE DE CONVIVIALITÉ DANS L'OISE

Les visiteurs de convivialité, service créé par le conseil général de l'Oise en 2011, interviennent auprès des personnes isolées, âgées, luttant ainsi contre la solitude en recréant du lien social avec l'environnement.

**P**artant du constat que les aides ménagères manquaient de temps pour assurer du temps convivial à domicile ou dans un environnement local : sorties sociales et culturelles, conversations, promenades, exercices manuels et artistiques, gym douce, jeux de mémoire et de société, le conseil général de l'Oise a créé en 2011 le métier de « visiteur de convivialité ».

Cette dynamique de lien social a été mise en place auprès des personnes vieillissantes bénéficiaire du RSA puis de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Cette action expérimentale comporte quatre exigences :

- le non-remplacement de l'aide soignant, de l'infirmier ou de l'aide ménagère. La fonction spécifique du visiteur est complémentaire des autres intervenants ;
- l'embauche de personnes formées à la connaissance des populations concernées, notamment sur les compétences relationnelles et le savoir-faire comportemental ;
- la coordination entre l'urbain et le rural, le monde associatif et les collectivités. S'appuyant sur les centres sociaux ruraux, la formation est assurée par les maisons familiales rurales ;



- une évaluation permanente et un bilan de ce dispositif innovant.

## *Publics en insertion et personnes âgées au cœur du service*

En 2015, les objectifs d'extension territoriale de ces services sont maintenus, notamment pour la participation des visiteurs de convivialité à une formation commune.

Si un travail d'analyse des pratiques est aussi en projet, la mobilité des seniors et l'adaptation des moyens de transports pour la faciliter sont en réflexion.

Suite au travail d'évaluation réalisé par une étudiante en *Management des organisations sanitaires et sociales*, la structuration du service

devrait permettre d'en consolider les bases et les acquis. Enfin, la recherche de financements du dispositif reste un objectif majeur pour sa pérennisation.

Ce service relie l'intérêt du soutien humain auprès des personnes vieillissantes et la création d'emploi pour les jeunes en insertion, pour lesquels un diplôme d'animateur en gérontologie est proposé. Cependant, sa mise en œuvre rapide et la volonté d'augmenter la fréquence d'intervention modère l'objectif initial du recrutement des visiteurs, parfois en prise eux-mêmes avec des situations éprouvantes, avec des difficultés de savoir-être ou de mobilité (permis, véhicule). □

**ALINE OSMAN ROGELET**  
OR2S

# BOUGE... POUR TA SANTÉ EN PICARDIE

Conçue en 2008 par la Mutualité française, l'action nationale « Bouge... une priorité pour ta santé ! » a été adaptée afin de répondre aux différents contextes existants et pour toucher les jeunes tout au long de leur parcours scolaire.

**La** promotion de l'activité physique et sportive est aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Le dispositif *Bouge... une priorité pour ta santé* est un programme national de prévention primaire et d'éducation à la santé pour les enfants, porté par la Mutualité française. Il concerne les jeunes de 11 à 15 ans, population où le risque d'obésité est accru. Il a pour objectifs d'accompagner les adolescents dans la découverte de nouvelles activités et développer ainsi chez eux le goût de la pratique physique ; de

favoriser l'acquisition d'habitudes alimentaires équilibrées ; de sensibiliser les adolescents aux dangers des addictions (alcool/drogues). En Picardie, la Mutualité française développe ce dispositif auprès de dix-huit établissements (collèges et lycées), en lien avec l'Union nationale du sport scolaire (UNSS), le rectorat de l'académie d'Amiens et différents partenaires comme la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. □

**CÉDRIC VAN GERTRUY**  
DRJSCS

## Bouge... du CP à la Terminale...

Destinée aux élèves de 6<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup>, afin d'agir durablement sur la modification des comportements en faveur de l'adoption de modes de vie plus sains, *Bouge...* a été lancé en 2008 au stade de France et a été testé dans quatre régions pilotes (Bourgogne, Lorraine, Franche-Comté et Île-de-France). En 2011-2012, vingt-deux unions régionales de la Mutualité Française l'ont mise en œuvre et dix-sept régions ont continué pour l'année scolaire 2012-2013. 23 600 élèves ont bénéficié de l'action dans deux-cent-cinquante collèges.

La Mutualité française a décidé d'étendre l'action nationale *Bouge... une priorité pour ta santé !* au-delà du collège. La nouvelle campagne cible une population d'élèves plus large, âgés de 6 à 18 ans allant du CP à la Terminale, tout en poursuivant le développement de dynamiques régionales. Un référent de l'action est aujourd'hui désigné dans chaque région pour en faire le suivi et reste l'interlocuteur privilégié des équipes éducatives et des institutions publiques au niveau régional. La Fédération nationale de la mutualité française reste pilote de l'action et assure le suivi et la coordination au niveau national.

Exemple de brochures distribuées aux élèves



# EIS EN REGION

Initiés au printemps 2014 dans le cadre du « Plan Chérèque », les travaux de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) sur les maisons relais / pensions de famille se sont conclus au printemps 2015 par la remise du rapport final. Seize recommandations ont été rédigées.

**L'**évaluation d'impact sur la santé (EIS) menée sur les pensions de famille a permis de rédiger

seize recommandations à la suite d'un processus comprenant une revue de littérature (printemps-été 2014), la visite d'une pension de famille / maison relais (novembre 2014), un séminaire de restitution et de débat (décembre 2014), et une consultation publique (février-avril 2015).

Les recommandations ont été formulées dans la perspective de l'impact des mesures inscrites dans la circulaire sur la santé des résidents. Elles ne sont pas la conclusion d'une évaluation du dispositif lui-même ou du fonctionnement des pensions de famille elles-mêmes. Même si la circulaire date d'une décennie, il s'agit d'une évaluation « *a priori* », encouragée par la discussion nationale sur la refonte de ce texte et la possibilité d'annexer en Picardie les recommandations au cahier des charges des pensions de famille.

Structurées autour de deux axes, *Offre de logement* et *Environnement social*, ces recommandations permettent le plus souvent d'améliorer le texte de la circulaire de décembre 2002 sur les maisons relais. Pour chacune des recommandations, les acteurs concernés – ministères, services déconcentrés de l'État, établis-



Séminaire de restitution, décembre 2014

© Photo Ireps Picardie

ssements publics, collectivités locales, structures gestionnaires - ont été identifiés, soit comme étant parties prenantes des modifications à apporter, soit comme étant facilitateurs dans leurs mises en œuvre. □

**GAËLLE RABOYEAU**

ARS PICARDIE

**PHILIPPE LORENZO**

Ireps Picardie

Le rapport a été diffusé au niveau national auprès des administrations compétentes, ainsi qu'au niveau local. Ses résultats ont été présentés lors des journées nationales de la prévention et de la santé publique (Inpes) en juin et le seront lors du colloque de la Société française de santé publique en novembre 2015. Il sera aussi disponible sur les sites de l'Inpes et du Réseau Bretagne Urbanisme et santé.

## Les seize recommandations

### Offre de logement

- 1 : Articuler les politiques publiques entre elles
- 2 : Co-construire le projet social avec la population
- 3 : Veiller à la sécurité du quartier où est implantée la pension de famille / maison relais et qu'il soit desservi par les voies de communication et les transports en commun
- 4 : Rénover ou construire
- 5 : Mettre en adéquation la taille du logement avec les objectifs d'insertion
- 6 : Réfléchir à l'accueil des familles
- 7 : Réfléchir à la sortie des résidents
- 8 : Dans certains cas, pouvoir requalifier la pension de famille / maison relais en structure d'hébergement

### Environnement social

- 9 a et 9 b : Inscrire la pension de famille dans un réseau de partenariats à décrire dans le projet social à mettre en place (a) avec l'offre de soins et (b) avec les services sociaux
- 10 : Veiller à ce que chaque résident ait un médecin référent
- 11 : Penser l'articulation entre l'offre de soins et la pension de famille dans le projet social
- 12 : Réfléchir à l'adéquation entre le profil de l'hôte et les résidents accueillis
- 13 : S'assurer de la formation des hôtes
- 14 : Certaines pensions de famille pourraient être spécialisées
- 15 : Évaluer les pensions de famille des points de vue sanitaire et social



**ANTOINE GUENIFFEY**  
Inspecteur général du Génie sanitaire  
Chargé de l'appui à la territorialisation  
de la politique de santé  
Direction générale de la santé

# Les

contrats entre l'État et les collectivités territoriales sont un des modes possibles de déploiement de la politique de santé sur les territoires de proximité.

Spécifiquement, il s'agit des contrats locaux de santé introduits par la Loi dite « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009, susceptibles d'être passés entre les agences régionales de santé et les communes ou leurs groupements pour la mise en œuvre du projet régional de santé dans l'ensemble de ses composantes, de la prévention, du soin, et du médico-social.

Plus largement, il s'agit aussi des contrats susceptibles d'être passés pour la même échelle au titre des projets globaux de développement des territoires, en particulier au bénéfice des territoires présentant des difficultés identifiées dans le cadre des contrats de plan État-Région 2015-2020. Y figurent en particulier à ce titre les contrats de ville en cours de signature cette année, après les dispositions prises en 2014 pour la refonte de cette politique, notamment la redéfinition des quartiers prioritaires.

De fait, la définition du projet de développement des territoires conduit à considérer les problématiques de santé liées à l'état de santé de la population ainsi qu'au niveau de l'offre de service socio-sanitaire qui lui est rendu. Ceci est constitutif de la qualité d'un développement,

par ailleurs facteur d'attractivité des professionnels de santé.

Dans le même temps, la démarche de santé publique à cette échelle permet une prise de conscience collective des disparités d'état de santé et favorise la recherche des moyens appropriés eu égard aux « déterminants » environnementaux et sociaux et aux différentes compétences institutionnelles et professionnelles en jeu, qui dépassent le seul domaine sanitaire au sens strict.

Dans ce contexte, face au risque de cloisonnement qu'entraîne la spécialisation, le croisement des compétences liées aux politiques territoriales et de celles relatives à la politique de santé portées par les agences régionales de santé reste sans doute assez largement à développer.

C'est en tout cas nécessaire pour répondre durablement aux enjeux de réduction des inégalités de santé aujourd'hui au cœur de la stratégie nationale de santé, comme du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé actuellement en débat au Parlement.

Puissent les lecteurs, trouver dans ce dossier les motifs d'une implication encore plus résolue pour contribuer, à leur place, à l'expression d'une puissance publique encore plus cohérente, en relais des politiques nationales, et à la hauteur des besoins appréciés localement.

# LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ EN PICARDIE

Les contrats locaux de santé permettent de construire une politique intersectorielle territoriale à partir des déterminants sociaux de la santé. En Picardie, quatre contrats ont déjà été signés, deux sont en cours d'écriture.

**L**es contrats locaux de santé (CLS) visent la convergence des politiques publiques en vue de construire une politique territoriale de santé intersectorielle, interministérielle et multi-partenaire en prenant en compte des déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux de la santé en vue de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

En Picardie, les CLS permettent de décliner le projet régional de santé (PRS) en fonction des besoins spécifiques repérés sur des territoires qui apparaissent au regard d'indicateurs de santé défavorables comme prioritaires. Ils permettent de définir une stratégie autour d'enjeux visant à :

- améliorer la fluidité des parcours de santé ;
- réduire les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé

(agir dès le plus jeune âge, éviter les ruptures etc.) ;

- développer la prévention ;
- encourager la participation des habitants.

Un CLS n'est pas la somme des actions des différents signataires, mais la mise en commun de leurs moyens au service des priorités de santé d'un territoire. Pour une collectivité, un tel dispositif lui permet de :

- disposer d'un diagnostic précis partagé des besoins de santé de la population ;
- travailler avec l'ensemble des acteurs de santé autour d'objectifs communs ;
- donner plus de poids aux actions locales engagées.

Quatre contrats locaux de santé ont été signés en Picardie, au regard notamment des déterminants de santé et de l'offre de prévention et de soins :

- le CLS du Grand sud ouest amiénois « GSOA » signé en mars 2012 entre l'ARS, le préfet de région préfet de la Somme, les communautés de commune du canton de Conty, du sud-ouest amiénois et de la région de Oise-mont, et l'association Isa ;
- le CLS de Soissons signé en décembre 2013 entre l'ARS, le préfet de l'Aisne et la ville de Soissons ;
- le CLS de Creil, signée en avril 2014 entre l'ARS, le préfet de l'Oise, le conseil régional et la ville ;



Signature de la charte d'engagement CLS Château-Thierry

© Photo Ireps Picardie

- le CLS d'Abbeville signé en décembre 2014 entre l'ARS, la préfète de région, préfète de la Somme, le rectorat, le conseil régional, le conseil général, le centre hospitalier, la ville et la communauté de communes ;

Deux contrats locaux de santé sont actuellement en cours, celui d'Amiens et de Château-Thierry. □

**AMANDINE DEJANCOURT**

ARS Picardie



Signature du CLS de Creil

© Photo Ireps Picardie

# LES CLS PICARDS : LEUR GENÈSE

Quatre contrats locaux de santé sont aujourd'hui signés dans la région. Deux ont démarré les travaux préparatoires. Un a été finalement abandonné. Retour sur leur genèse.

**C**et hiver-là, les routes étaient impraticables et notamment le jour où le contrat local de santé de Thiérache fut lancé. C'était un challenge que de faire un contrat local de santé non seulement aux confins de la région, mais parce qu'il s'étendait sur deux régions et deux pays, la France et la Belgique. C'est autour de trois hôpitaux de la zone, Hirson, Fourmies et Chimay, que le CLS s'est construit et a été mis en œuvre. Il n'aura cependant jamais été signé, la communauté hospitalière entre Fourmies et Hirson aura été éphémère et, alors qu'il servait de cadre au projet interreg Thiérache santé prévention (2013-2014), ce vrai-faux CLS a finalement été enterré à la mi-2014.

Les autres contrats locaux de santé de la région ont été portés sur les fonds baptismaux de manière plus régulière et ont un véritable ancrage dans le territoire, portés par les communes ou communautés de communes. Les voies qui ont présidé à leur création sont assez différentes et l'on peut distinguer trois catégories qui expliquent la création d'un contrat local de santé.

Dans une première catégorie, l'on trouve des villes qui étaient depuis plus ou moins longtemps engagées dans un dispositif territorial de santé. C'est le cas d'Amiens et d'Abbeville, déjà porteurs d'un programme local de santé (PLS) ou de Creil animant l'un des rares ateliers santé ville de la région.

À Soissons, deuxième catégorie, c'est l'existence de la Maison des préventions,

active dans la commune depuis plus d'une décennie, qui a permis de passer à la nouvelle dynamique et structuration de la politique sociale de la ville.

## *Une genèse des CLS qui explique leurs périmètres d'action*

La dernière catégorie regroupe le CLS du Grand sud-ouest amiénois et de Château-Thierry. Si tout les oppose - le Grand sud-ouest amiénois est un territoire rural alors que Château-Thierry est une commune urbaine, les deux CLS ne reposent pas sur un dispositif pré-existant mais, au contraire, se sont développés sur le constat d'un manque de structures ou de maillage d'acteur.

La réorganisation des établissements publics médico-sociaux dans le Grand sud-ouest amiénois a servi de terreau pour une mobilisation des élus locaux autour de l'aménagement du territoire et à une offre de santé coordonnée au plan local. À Château-Thierry, c'est la publication par l'OR2S du diagnostic territorial du sud de l'Aisne qui fait prendre conscience du peu d'actions et de la nécessité de mettre en réseau les acteurs.

De fait, tous les CLS ne se ressemblent pas. Ce n'est pas tant l'absence de directives générales qui expliquent ces écarts que la genèse elle-même de

Retrouvez sur [pf2s.fr](http://pf2s.fr) la description de chaque contrat local de santé.

(cliquez sur le nom du CLS)

CLS Amiens  
CLS Château-Thierry  
CLS Creil  
CLS Grand sud-ouest amiénois  
CLS Soissons

leur construction. À Amiens, Abbeville, Creil et Soissons, l'existence préalable d'un dispositif tourné vers la prévention et l'éducation pour la santé (PLS, ASV) ou l'engagement de la commune dans ces axes (Soissons), ont fait que ces CLS sont quasiment exclusivement construits autour de la prévention. Ils n'abordent l'offre de soins que de manière tout à fait marginale et sur l'aspect accès aux droits et au service, et n'intègrent pas le médico-social. À l'opposé, le CLS du Grand sud-ouest amiénois, s'il n'occulte pas la promotion de la santé et prévention, il fait cependant la part belle à l'offre de soins de proximité et à domicile, et à l'offre médico-sociale. C'était aussi le cas dans les attendus du CLS de Thiérache. Derniers nés, les CLS d'Amiens et de Château-Thierry sont les seuls à clairement indiquer vouloir lutter contre les inégalités sociales de santé... ▢

**PHILIPPE LORENZO**  
Ireps - OR2S

Réalisé à partir des articles fournis par les pilotes des CLS, disponibles sur le site de la PF2S.

# CLS : CARTOGRAPHIE

Si les contrats locaux de santé picards ne se ressemblent pas, ils partagent cependant plusieurs caractéristiques, notamment liées à leur ancrage dans le projet régional de santé.

**S**ignés ou en cours de signature, les contrats locaux de santé se déclinent à partir de diagnostics partagés desquels découlent priorités d'intervention et actions. Mobilisant souvent les seules approches épidémiologique, à partir des données de l'OR2S et de la *Plateforme sanitaire et sociale*, et au recensement des acteurs, les diagnostics réalisés viennent conforter les réflexions initiées en amont du contrat local de santé. Les diagnostics sociaux, administratifs, financiers... pourtant nécessaires à toute entreprise de programmation, sont balbutiants si ce n'est inexistant.

Globalement, les acteurs sont convoqués dès les premières étapes du CLS, pour participer à une phase diagnostique plus qualitative, d'une part, pour définir leur place dans le processus, notamment par la rédaction de fiches actions, d'autre part.

Si l'on s'intéresse ensuite aux thématiques développées dans le cadre du CLS, de grandes tendances sont mises en évidence. La coordination des acteurs, leur mise en réseau, leur formation sur la méthodologie de projet ou sur des thématiques, la recherche de la participation des habitants, notamment par la formation de personnes-relais ou l'éducation par les pairs, les traversent peu ou prou. La professionnalisation de la démarche est

ainsi un axe cardinal des CLS. Ensuite, l'approche populationnelle est de mise, visant principalement les jeunes en milieu scolaires, les personnes âgées et les personnes les plus précarisées. Les femmes sont aussi un public auquel s'adressent les contrats locaux de santé, notamment pour en améliorer la santé ou pour rendre plus efficace l'accès aux dépistages des cancers (sein, col de l'utérus) ou aux droits liés à la vie affective et sexuelle et aux grossesses précoces. Dans le cadre de l'accompagnement des personnes les plus fragilisées et précarisées, l'accès aux droits et aux services d'une manière générale forme un axe du CLS, en lien avec le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps). Faciliter l'accès aux soins en est une des cibles, principalement aux soins de premiers recours. Quelques contrats locaux de santé mettent dans leur priorité la création d'une ou de plusieurs maisons pluri-professionnelles de santé. La santé mentale est un domaine souvent partagé par les CLS, quelquefois autour de la création d'un contrat local de santé mentale (CLSM), ou par le renforcement de la prévention du suicide et de la santé mentale elle-même.

La prévention des addictions, avec ou sans produits, et la lutte contre les maladies chroniques, liées à l'alimentation et à la sédentarité font partie du commun des contrats locaux de santé et en forment souvent les activités phares en



Signature du CLS de Creil

© Photo Ireps Picardie

ce qu'elles touchent toutes les populations concernées par le CLS. Enfin, la santé environnementale constitue quelquefois un volet du contrat. Il repose alors sur la volonté de rendre les logements plus sains, de limiter les risques environnementaux liés au bruit, à la pollution de l'air intérieur, voire à la légionellose. Pour les personnes les plus âgées, les actions autour du bien vieillir sont de mise.

Au-delà de ces caractéristiques, les CLS partagent aussi une vision encore très sanitaire de leur champ d'intervention. Si l'objet d'un CLS, comme le stipule la loi HPST, est de réduire les inégalités sociales de santé, alors nécessairement le CLS devrait être porté, non uniquement par les élus santé des collectivités, mais par l'ensemble des élus et être en connexion avec les différents services (intersectorialité). Cela n'est pas encore le cas mais peut-être que l'évaluation régulière menée sur les CLS par l'Ireps de Picardie laissera-t-elle entrevoir de telles opportunités avec le temps.

**PHILIPPE LORENZO**

Ireps Picardie

# DIAGNOSTICS TERRITORIAUX

Les diagnostics territoriaux réalisés par l'OR2S à la demande du conseil régional de Picardie couvrent l'intégralité des pays. Ils sont une réponse dans l'accompagnement des politiques locales. Une actualisation est en cours.

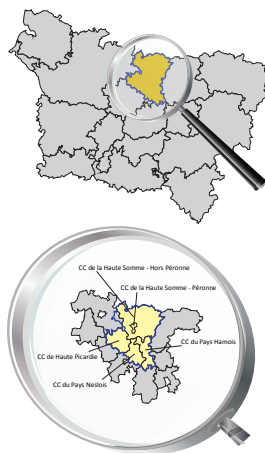
**F**ruit d'une démarche scientifique, les diagnostics territoriaux de santé réalisés entre 2008 et 2011 par l'OR2S

pour l'ensemble des pays de la région ont permis de disposer :

- d'une photographie de la population et de ses caractéristiques, en s'appuyant sur les données démographiques, sociales et sur des indicateurs de mesure de l'état de santé, d'une part ;
- d'un état des lieux territorialisé de l'offre existante en soins et de service, d'autre part.

Chaque diagnostic offre une analyse détaillée de l'état sanitaire et social du pays, déclinée également au niveau des intercommunalités qui le composent. La production des indicateurs à ces deux niveaux territoriaux, mettant en parallèle la situation sociodémographique des habitants et leurs caractéristiques de santé, permet de mesurer combien l'hétérogénéité est importante en Picardie, parfois dans un périmètre restreint. C'est tout l'intérêt et la richesse de cette démarche qui n'a pu être engagée que grâce à des partenariats pérennes entre l'OR2S et la quasi totalité des producteurs de données des domaines sanitaire et social, tant au sein de la région qu'à l'échelon national avec la Fédération des ORS.

S'ils viennent alimenter les productions menées sur les inégalités territoriales et sociales de santé, ces diagnostics se veulent surtout des outils d'aide à la décision, tant pour les décideurs dans l'élaboration des politiques publiques que



pour l'ensemble des acteurs impliqués. Ils le font à un niveau géographique offrant un juste compromis entre finesse territoriale suffisante et significativité statistique nécessaire. Ils se veulent ainsi des outils complémentaires, à la disposition notamment des élus locaux, tant sur l'aménagement des territoires (par exemple, lors de l'élaboration des schémas d'organisation des services) que pour toute action destinée à la réduction des inégalités territoriales d'accès à la prévention et aux soins.

Mais, ce type de production ne peut rester unique. En effet, aucune situation n'est statique et les évolutions des caractéristiques populationnelles nécessitent d'être ré-investiguées de manière régulière pour permettre la meilleure adéquation possible entre les réalités du moment et les actions à impulser. C'est dans ce contexte que le conseil régional de Picardie et l'OR2S travaillent à une nouvelle production de diagnostics territoriaux. Ces documents, dont la diffusion va s'étaler sur les années 2015 et 2016, se veulent plus condensés tout

en conservant un grand niveau d'information.

C'est ainsi que seront présentés, dans la partie sociodémographique, les principales caractéristiques de la population. L'offre de soins, partagée entre le secteur libéral et les établissements de santé, décrit la démographie des professionnels de santé et leur répartition sur le territoire. L'offre de service aborde l'accueil des personnes âgées. La mesure de l'état de santé se veut exhaustive, à travers l'approche d'une « certaine » morbidité (ALD et hospitalisation) et la mortalité.

Chaque diagnostic se termine par une synthèse permettant de faire ressortir les principales forces et faiblesses du territoire à partir des éléments les plus prégnants. Le côté échange n'est pas oublié avec la vision de deux acteurs locaux qui rebondissent sur les constats et les enjeux que fait ressortir le diagnostic et qui interviennent dans leur vécu quotidien. Finalement, cette nouvelle version proposée est un outil qui se veut au service du plus grand nombre, en faisant de la proximité la convergence des politiques publiques à un moment où les distances vont pourtant se rallonger. Avec cette évolution, il ne s'agit pas d'une hérésie mais d'une obligation si l'équité veut rester l'un des maître-mots de notre société. □

**LAURENCE MOUTIEZ**  
Conseil régional de Picardie

**NADÈGE THOMAS**  
OR2S

# CONTRATS DE VILLE : VOLET SANTÉ

Formalisée par la loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, cette réforme vise à réduire les inégalités profondes et persistantes auxquelles sont confrontés les quartiers défavorisés.

**En** dépit des efforts déployés par tous ceux qui agissent auprès de leurs habitants, de nombreuses aires urbaines présentent toujours des difficultés.

Avec la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, il s'agit ainsi de redonner à la politique de la ville une meilleure lisibilité, cohérence et efficacité, par une feuille de route engageant l'ensemble du Gouvernement et portant sur :

- le resserrement et la simplification de la géographie prioritaire ;
- la meilleure mobilisation des politiques de droit commun, notamment grâce à la signature de conventions interministérielles ;
- la mise en place de contrats de ville de nouvelle génération à caractère unique et global reposant sur une large mobilisation des acteurs ;
- l'association étroite des habitants des quartiers dans le cadre de la politique de la ville et le renforcement de la lutte contre les discriminations et stigmatisations dont ils sont victimes ;
- le prolongement de l'effort réalisé en matière de rénovation urbaine par le lancement d'un nouveau programme national de renouvellement urbain (NPN-RU) étroitement articulé avec les autres dimensions de la politique de la ville.

Les nouveaux quartiers prioritaires en métropole (QPV) ont été définis. Ils sont au nombre de 1 300 au lieu de 2 500 actuellement, et un contrat de ville unique (CV 2014-2020) proposé pour mobiliser

l'État, les collectivités territoriales mais aussi les caisses d'allocations familiales, Pôle emploi, les entreprises, les associations et, bien entendu, les habitants des quartiers concernés qui pourront participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des contrats, notamment dans le cadre des « conseils citoyens ».

## *La santé est une thématique prioritaire*

En Picardie, dix-neuf établissements publics de coopération intercommunale sont concernés par cette nouvelle politique de la ville, pour vingt-trois communes principales. 7,6 % des Picards résident dans les quarante-quatre

quartiers prioritaires (QPV) arrêtés en 2014 (dix-sept dans l'Aisne, dix-huit dans l'Oise et neuf dans la Somme - cf. carte page ci-contre). Parmi ces QPV, dix-sept d'entre eux ont également été reconnus quartiers prioritaires pour le nouveau programme de renouvellement urbain. L'ensemble des contrats de ville de la région sera signé d'ici l'été 2015 et devrait comprendre un volet sur la santé, thème prioritaire de la politique de la ville. Il permettra de lutter contre le non-recours aux droits sociaux, de développer les dispositifs d'aide à la couverture complémentaire de santé, d'améliorer l'accès aux soins de premier recours, de renforcer les initiatives de prévention. Il permettra aussi d'adapter le partenariat local en santé en matière d'allocation des moyens sanitaires et médico-sociaux, d'articulation des dispositifs et de diagnostics et d'accompagnement. □



Signature du contrat de ville d'Amiens, le 20 février 2015,  
© photo Amiens métropole

# LA NOUVELLE GÉOGRAPHIE PRIORITAIRE

Finis les Zus et les Cucs. Désormais depuis la fin 2014, la politique de la ville parle de quartiers prioritaires.

**D**epuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, on ne parle plus de zones urbaines sensibles (Zus), ni de quartiers en contrat urbain de cohésion sociale (Cucs), mais de quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Les périmètres de ces nouveaux quartiers sont fixés par le décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 pour la métropole et par le décret n° 2014-1751

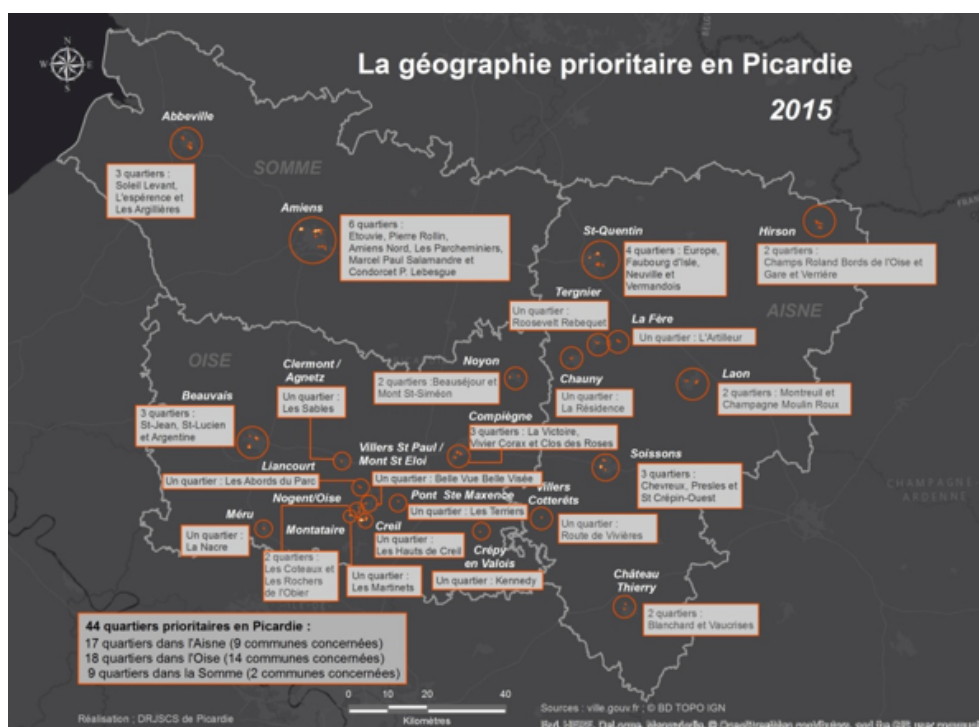
du 30 décembre 2014 pour les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et en Polynésie française.

Avant le début d'année, il y avait donc vingt-et-une Zus et trente-sept quartiers en Cucs en Picardie. Désormais, quarante-quatre quartiers de la politique de la ville sont répartis sur le territoire picard : dix-sept dans l'Aisne, dix-huit dans l'Oise et neuf dans la Somme (cf. carte ci-dessous). Outre le déclassement de cer-

tains quartiers et l'entrée de nouveaux territoires, le périmètre de la nouvelle géographie prioritaire a été totalement repensé. □

**CÉDRIC VAN GERTRUY**  
Responsable de l'observation  
DRJSCS

Pour plus d'informations :  
<http://www.ville.gouv.fr/?geographie-prioritaire-de-la>



# JESAIS : SANTÉ DES ÉLÈVES DE SIXIÈME ET SECONDE

Co-financé par l'ARS et le conseil régional de Picardie, le dispositif Jeunes en santé indicateurs et suivi (*Jesais*) a pour objectif de connaître l'état de santé des élèves de l'enseignement public de l'académie d'Amiens.

**D**eux volets du recueil *Jesais* paraissent en cette fin d'année scolaire, l'un portant sur les secondes, l'autre sur les sixièmes. À l'origine limité à trois territoires (2005-2006), *Jesais* est étendu à l'ensemble de l'académie depuis 2009-2010. Le dispositif est mis en œuvre à chaque année scolaire et est supervisé par les infirmier(ère)s scolaires qui font passer lors du bilan infirmier les différents recueils de données, auto-questionnaires, mesures, contrôles de la dentition, des vaccinations...

Le recueil de données est quasiment identique entre les élèves de sixième et de seconde. La corpulence, les habitudes alimentaires, les conduites addictives, le bien-être et la scolarité, l'état bucco-dentaire et la vaccination, l'activité professionnelle des parents et la composition de la famille font partie des thèmes de l'étude et sont présentées dans les plaquettes publiées. En seconde, la vie affective et la contraception ont été rajoutées.

Si les résultats soulignent des différences entre les élèves de sixième et de seconde, ne serait-ce que par l'effet de générations, ils diffèrent aussi à tous les âges entre les garçons et les filles et, pour les secondes, entre les lycées préparant

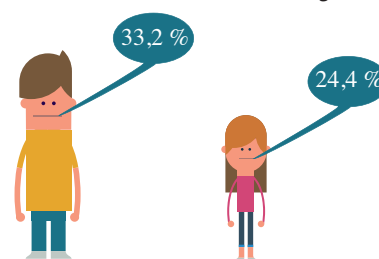
un bac général et technologique et ceux préparant un bac professionnel.

## De nombreuses inégalités sociales de santé existent

La situation professionnelle du chef de famille et la composition jouent aussi dans les résultats. D'une manière générale, les élèves dont le chef de famille est cadre ou de profession intellectuelle supérieure présentent des indicateurs de santé plus favorables. Il en est de même lorsque les deux parents vivent ensemble.

Si l'on prend l'exemple du bien-être et de la scolarité, 39 % des élèves de sixième déclarent être en difficulté scolaire, davantage les garçons (41,8 %) que les filles (36,0 %). Les enfants de cadres et de professions intellectuelles supérieures sont 19,4 % dans ce cas là contre 56,7 % de élèves dont le père est au foyer et 54,4 % lorsqu'il est au chômage. Les élèves vivant dans une famille monoparentale (48,1 %) ou recomposée (50,4 %) présentent plus de difficultés que ceux vivant avec leurs deux pa-rents (35,1 %). Cette même distinction sociale se retrouve si l'on prend comme indicateur le sur-poids. Un élève de seconde sur sept présente une surcharge pondérale, 19,3 % en seconde professionnelle contre 12,2 % en seconde générale ou technologique. Un élève sur vingt est en situation d'obésité, passant de 4,1 % en seconde générale à 8,1 %

Élèves de sixième déclarant avoir déjà consommé de l'alcool selon le genre



Sources : OR2S, rectorat de l'académie d'Amiens - *Jesais* - année scolaire 2012-2013

en seconde technologique. En sixième, près d'un quart des garçons est en surcharge pondérale pour un cinquième des filles. Le statut professionnel du père de famille et la composition de la famille jouent de la même manière que pour les difficultés scolaires.

La consommation d'alcool est un autre exemple permettant d'appréhender les différences de comportement. En sixième, un tiers des garçons affirme avoir déjà bu de l'alcool pour un quart des filles (cf. infographie). En seconde, ce sont les trois quart des élèves qui déclarent avoir déjà bu au moins une fois de l'alcool, sans différence significative suivant le type de seconde ou le genre. En sixième comme en seconde, la consommation d'alcool est largement partagée en famille.

L'ensemble des résultats doit maintenant être analysé au regard des actions à mettre en place dans les territoires et les établissements scolaires. Une convention signée entre le rectorat et l'ARS permettra de mieux engager ce travail. □



# LE COÛT DE L'ENFANT

Malgré les limites conceptuelles et économiques, l'approche par le coût de l'enfant dans les dépenses des ménages permet de mieux comprendre les conditions de vie des ménages et d'adapter les politiques publiques.

Deux études réalisées à partir des enquêtes Budget de famille de l'Insee par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et rassemblées en un même document, s'intéressent à la question du coût de l'enfant dans les dépenses des ménages. Les dépenses considérées correspondent aux coûts directs quantifiables. Les coûts indirects ne sont pas comptabilisés. Dans le premier article, Rozenn Hotte décrit l'évolution entre 2001 et 2011 des dépenses des ménages avec ou sans enfants. En 2011, les familles monoparentales dépensent en moyenne 5 900 € de plus par an que les personnes seules, et les couples avec enfant(s) en moyenne 8 400 € de plus que les couples sans

enfant. Selon le statut d'occupation de l'habitation, la part des dépenses, avant allocations et aides, directement imputable à l'enfant représente en moyenne 14,4 % de la consommation totale des ménages propriétaires avec enfant(s), et 12,1 % de la consommation totale des ménages locataires avec enfant(s). En 2011, comme en 2001, la présence d'enfants augmente la consommation totale des ménages, notamment en produits alimentaires et boissons non alcoolisées.

Dans la seconde étude, Henri Martin interroge les échelles d'équivalence qui permettent de comparer les niveaux de vie des différents types de ménages. Une échelle d'équivalence assigne un coefficient à chaque individu du ménage, adulte comme enfant, et précise la proportion de revenu supplémentaire que

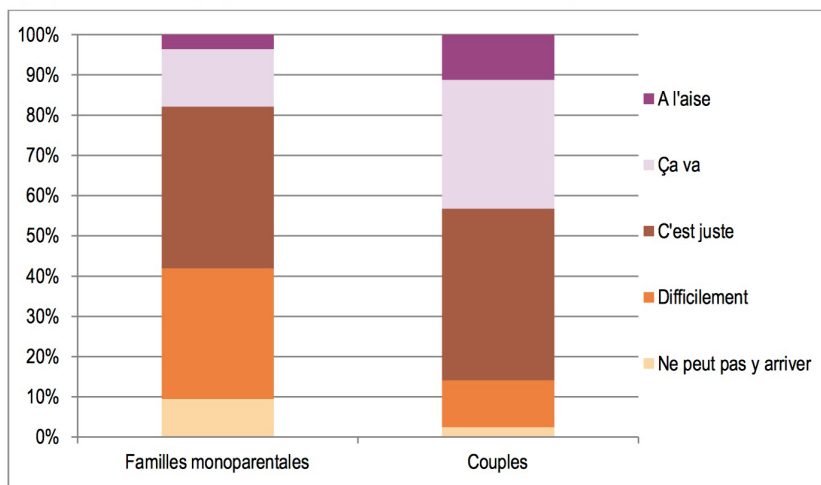


Mesurer le coût de l'enfant : deux approches à partir des enquêtes Budget de famille, Dossier Solidarité de santé, n°62, juin 2015

le ménage doit gagner pour cet individu, afin de bénéficier du même niveau de vie qu'une personne seule. Les familles monoparentales ne sont pas traitées par ces échelles alors que d'un point de vue subjectif, elles se déclarent particulièrement peu à l'aise financièrement (cf. graphique). Plus de 40 % d'entre elles déclarent ainsi des difficultés financières (modalités « difficilement » et « ne peut y arriver ») contre moins de 15 % des couples.

L'autre problème avec l'échelle d'équivalence est l'âge à partir duquel l'enfant est censé coûter autant qu'un adulte. De manière conventionnelle, l'échelle d'équivalence dite d'Oxford, ou celle de l'OCDE modifiée, font l'hypothèse d'une rupture du coût de l'enfant à 14 ans. L'analyse d'Henri Martin confirme cette rupture à l'âge de 14 ans, cependant les estimations menées font ressortir une seconde rupture vers 18 ans, âge qui coïncide souvent avec l'entrée dans l'enseignement supérieur. □

À propos de votre budget pouvez-vous me dire laquelle de ces propositions convient le mieux à votre cas ?



## Santé publique France



**Santé publique France**, tel est le nom de marque de l'Agence nationale de santé publique qui sera issue de fusion de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus).

Nommé directeur général de l'Inpes et de l'InVS et préfigurateur de l'Agence nationale de santé publique, Francois Bourdillon a remis son rapport de préfiguration à Marisol Touraine. Il y définit ce que sera ce nouvel établissement public dont la ligne de force est construite autour de l'axe populationnel avec l'ambition d'être au service des populations sur trois domaines de compétence : production de connaissances, action de prévention et réponse aux situations de crise. Selon le préfigurateur, elle se démarquera ainsi des agences chargées de la sécurité des produits (ANSM), de l'évaluation des risques (Anses) ou de la qualité des pratiques (HAS).

Les grandes lignes de son action seront de consolider le système national de veille et de surveillance, tout en s'inscrivant dans une dimension régionale et outre-mer. Trois valeurs en constituent le socle : sens de l'intérêt général, équité, réactivité et inscription dans la durée.

Sept principes fondateurs ont été identifiés pour structurer la nouvelle agence :

- excellence scientifique et l'expertise collective ;
- indépendance et transparence des avis et recommandations ;
- ouverture aux parties prenantes ;
- présence sur les territoires, en région et dans les outre-mer ;
- fonctionnement en réseau ;
- partenariats renouvelés avec un pilotage stratégique ;
- respect d'une éthique de l'action : être en capacité d'assurer sa mission de service public.

## Grande conférence de la santé



STRATÉGIE  
NATIONALE  
DE SANTÉ

Najat Vallaud-Belkacem, ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et Thierry Mandon, secrétaire d'État chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ont installé le comité de pilotage chargé de la préparation de la Grande conférence de la santé, conformément à l'engagement du Premier ministre.

Annoncée le 11 mars dernier et organisée en janvier 2016, sous la forme d'une ou de deux journées, la Grande conférence de la santé viendra clôturer la deuxième phase de la Stratégie nationale de santé. Elle sera un nouveau temps fort d'échanges entre les acteurs du système de santé autour de trois thématiques :

- la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- les métiers et compétences ;
- les parcours professionnels et les modes d'exercice.

À la suite de la grande conférence de la santé, le Gouvernement rendra publique une nouvelle feuille de route pluriannuelle.

Le Premier ministre a confié la préparation de la Grande conférence de santé à Anne-Marie Brocas, Présidente du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, et à Lionel Collet, conseiller d'État, professeur de médecine. Un comité de pilotage de seize personnes secondera les pilotes, appuyés par une équipe de trois haut-fonctionnaires.



## Forum alcool et santé



Les organisations non gouvernementales européennes ont démissionné le 3 juin dernier du Forum sur l'alcool et la santé. L'annonce faite par le commissaire V. Andriukaitis qu'il n'y aurait pas de nouvelle stratégie de l'alcool de l'Union a motivé cet acte. Dans une lettre ouverte adressée au commissaire Andriukaitis, les ONG argumentent leur démission en quatre points :

1. Le refus de l'Europe de développer une nouvelle stratégie alcool ignorant les appels du Parlement européen et des États membres.
2. La décision de vouloir intégrer la politique alcool dans le cadre général des maladies chroniques, ce qui occultera la lutte contre les méfaits de l'alcool tels que l'alcool au volant, la violence domestique, la maltraitance des enfants, les accidents et les blessures.
3. L'impact nul du Forum sur les politiques de santé publique.
4. En l'absence de stratégie et d'une réorientation susceptibles d'aider réellement les États membres à réduire les dommages liés à la consommation d'alcool, le forum n'a pas de sens.

# VILLES EN SANTÉ : ACTE VI 2014-2018

Après son lancement il y a vingt-cinq ans, le réseau des Villes-Santé OMS de la région Europe prend une nouvelle dimension avec l'implantation de la phase VI dans le cadre du programme de l'OMS-Europe Santé 2020.

**La** phase VI constitue un cadre à la fois adaptable et concret pour la mise en œuvre de Santé 2020 au niveau local. Elle est un instrument unique pour un apprentissage collectif et un échange de compétences et d'expériences entre les villes, les instances infra-nationales et les pays. Elle reconnaît que chaque ville est unique et poursuivra les objectifs globaux et les thèmes principaux de la phase VI en fonction de sa situation propre. Dans le cadre de la mise en œuvre de Santé 2020, la phase VI apportera un soutien aux villes et les encouragera à intensifier leurs efforts en vue d'amener les principales parties prenantes à œuvrer de concert en faveur de la santé et du bien-être, en tirant parti de leur potentiel d'innovation et de changement et en surmontant les défis locaux en matière de santé publique. D'après l'OMS-Europe, la prospérité future des populations urbaines dépend de la volonté et de la capacité à saisir de nouvelles occasions d'améliorer la santé et le bien-être de la population actuelle et des générations futures.

Les quatre priorités de Santé 2020 sont adaptables aux Villes-Santé :

- investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et responsabiliser (*empowering*) les citoyens ;
- relever les principaux défis sanitaires de la Région en matière de maladies (non) transmissibles ;
- renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne et les capacités de santé publique, y compris la capacité à se préparer et à réagir aux situations d'urgence ;
- créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien.

Enfin, au cours des cinq années de la phase VI, les villes doivent mettre en œuvre certaines stratégies et activités. Elles doivent auparavant obtenir le soutien politique et les ressources requises et mettre en place les structures nécessaires à la réalisation des objectifs liés aux Villes-Santé. Pour adhérer au Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS, elles doivent aussi être prêtes à collaborer avec d'autres villes d'Europe, notamment dans le cadre de réseaux. Douze exigences ou conditions spécifiques sont par ailleurs requises pour participer à la phase VI. □

## Objectifs généraux du Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS

- Promouvoir l'action visant à mettre la santé en bonne place parmi les préoccupations sociales et politiques des villes.
- Promouvoir les politiques et les interventions pour la santé et le développement durable au niveau local, en mettant l'accent sur les déterminants de la santé, l'équité en santé et les principes des politiques européennes Santé pour tous et Santé 2020.
- Promouvoir une gouvernance inter-sectorielle et participative pour la santé, le principe de santé et d'équité en santé dans l'ensemble des politiques locales, et une planification intégrée pour la santé.
- Générer des compétences en matière de politiques et de pratiques, des informations factuelles, des connaissances et des méthodes efficaces pouvant servir à la promotion de la santé dans toutes les villes de la Région européenne.
- Promouvoir la solidarité et la coopération entre les villes et les réseaux d'autorités locales en Europe, ainsi que les partenariats avec des institutions s'intéressant aux problèmes urbains.
- Accroître l'accessibilité du Réseau européen de l'OMS à l'ensemble des États membres de la Région européenne.



**Réseau français des Villes-Santé de l'OMS**



### **Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique** INSPQ, juin 2015

Les auteurs ont cherché, à travers ce rapport, quelles pouvaient être les valeurs les plus pertinentes pour guider ou orienter l'action. Une analyse de la littérature sur l'éthique en santé publique a été menée, l'expérience du Comité d'éthique de santé publique (CESP) et des échanges avec les membres de la Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP) ont permis ensuite une sélection des valeurs retenues dans ce document.

Pour les auteurs, les valeurs « sont des motivations à agir en tenant compte des conséquences de nos actions sur autrui, dans la perspective du maintien de la cohésion sociale et d'un vivre-ensemble harmonieux. Leur prise en compte, dans un processus de réflexion éthique, vise à faire des choix réfléchis, délibérés. »

Les valeurs ont été rangées selon trois catégories opératoires dans le but de faciliter leur compréhension et leur articulation :

- celles associées aux finalités de santé publique ;
- celles associées à la pratique professionnelle (ou institutionnelle) ;
- celles qui, présentes dans la société, sont plus pertinentes au regard des questions de santé publique.

Parmi les valeurs retenues, on trouve, par exemple, santé, bien-être, utilité et efficacité (catégorie 1), compétence, rigueur scientifique, transparence (catégorie 2), liberté, égalité, justice (catégorie 3). À l'intérieur de chacune des catégories, les valeurs sont réunies autour de motivations semblables ou complémentaires, par exemple la compétence, la rigueur scientifique et l'intégrité. Chacune des valeurs est définie et illustrée par un défi que pose leur application.



### **La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge** Olivier Chardon et al., Études et Résultats, n° 920, Drees, juin 2015.

À partir des données de l'enquête nationale de données en santé scolaire 2012-2013 - 3 316 établissements participants (72 %) pour 18 793 élèves - les auteurs de l'étude notent que de fortes disparités de santé et d'habitudes de

vie selon le milieu social existent dès l'âge de six ans, notamment pour la prévalence de la surcharge pondérale et la santé bucco-dentaire. En 2013, 12 % des enfants de grande section de maternelle sont en surcharge pondérale et 3,5 % sont obèses même si la prévalence de la surcharge pondérale semble stabilisée depuis 2006. Cependant, chez les cadres supérieurs, 7 % sont en surcharge pondérale et 1 % sont obèses, contre respectivement 16 % et 6 % chez les ouvriers.

Du côté de la santé bucco-dentaire, la proportion d'enfants de cadres ayant au moins une dent cariée s'élève à 8 % contre 30 % chez les ouvriers.

Les habitudes de vie sont aussi fortement différenciées socialement : prévention et recours aux soins s'observent davantage chez les cadres, ce qui pour les auteurs explique en partie les disparités de santé observées. Ainsi, si 60 % de leurs enfants se brossent les dents plusieurs fois par jour, cette pratique ne concerne que 47 % des enfants d'ouvriers.

Enfin, les enfants de cadres consomment moins de boissons sucrées et passent moins de temps devant un écran.

### **Études autour de l'encadrement des publicités alimentaires**

Hélène Escalon, Inpes, mai 2014

L'Inpes a réalisé en 2013-2014 quatre études spécifiques sur l'encadrement des publicités alimentaires, soit :

- une enquête sur les investissements publicitaires pour des aliments gras, sucrés et/ou salés destinés aux enfants ;
- une enquête sur les ressorts

utilisés dans les publicités pour des aliments gras, sucrés et/ou salés destinés aux enfants et adolescents ;

- une analyse de la consommation télévisée des enfants et adolescents ;
- une analyse de l'opinion des parents à propos de l'influence de la publicité alimentaire sur leurs enfants et d'une réglementation de cette publicité à la télévision.

Un rapport synthétise les résultats de ces études. Pour Hélène Escalon, l'ampleur du marketing alimentaire à destination des enfants et adolescents se maintient même si des mesures d'autorégulation ont été prises par les industries agroalimentaires. La télévision reste le média privilégié par les marques pour leurs investissements publicitaires alimentaires et les aliments qui y sont les plus promus sont « massivement gras, sucrés et/ou salés ». Selon les déclarations des parents, leurs enfants et adolescents (4-17 ans) sont nombreux (7/10), à leur demander d'acheter des aliments ou des boissons vus à la télévision au moins de temps en temps. Les trois quarts des parents d'enfants âgés de 4 à 17 ans se disent favorables à une réglementation qui interdirait la publicité pour des boissons ou des aliments trop gras, salés ou sucrés au cours des programmes télé à destination de leurs enfants.

# L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est un outil d'aide à la décision intersectorielle permettant la formulation de recommandations pour amender des politiques publiques.

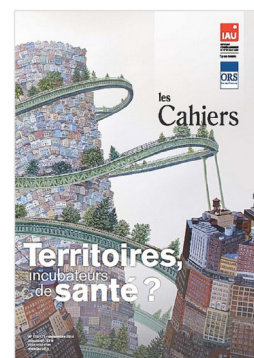
**E**ncore peu connue en France, l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche pourtant reconnue au niveau international depuis les années quatre-vingt-dix pour sensibiliser les décideurs à la santé des populations.

Dans un article paru en septembre 2014 pour *Les Cahiers de l'aménagement et de l'urbanisme* Île-de-France, Muriel Dubreuil et Nicolas Prisse<sup>(1)</sup> passent en revue les enjeux de l'EIS, dont celui essentiel d'inscrire les politiques publiques comme garantes de la qualité du cadre de vie des populations. Ainsi, vivre dans un cadre de vie sain implique d'« avoir un habitat adéquat, des moyens de subsistance sûrs et qui font sens, l'accès aux lieux d'éducation, aux services, aux parcs et espaces publics dans des environnements sécurisés et sans violence où l'air, les sols et l'eau ne sont pas pollués et dans une société qui promeut, non seulement, les opportunités et l'innovation pour les individus, mais également la coopération, la confiance et l'équité. »

Telle que développée par les deux auteurs, l'EIS est une aide à la décision pour rendre les politiques publiques prises en dehors du champ de la santé, favorables à la santé des populations. En agissant ainsi sur les déterminants sociaux de la santé (cf. schéma), et à la fois sur les environnement physique,

social et sur l'accessibilité aux services, l'EIS se trouve à la croisée de la promotion de la santé et de l'aménagement du territoire, urbain comme rural. Pour être effective, une évaluation d'impact sur la santé porte sur des politiques ou actions en projet mais dont les informations disponibles sont suffisantes pour pouvoir estimer *a priori* les impacts potentiels sur la santé. Cette évaluation dite prédictive (*assessment* en anglais) se fonde sur une démarche scientifique de recherches de données probantes. L'EIS peut alors être réduite à une revue de littérature (EIS rapide), intégrer le point de vue d'experts (EIS intermédiaire) ou développer de véritables recueils d'informations *ad hoc* (EIS ap-

profondie). Les deux auteurs insistent sur le fait que dans les deux derniers types d'EIS cités, la participation citoyenne doit le plus souvent retenir l'expertise citoyenne complétant l'expertise scientifique. Les représentants des citoyens sont certainement les mieux placés pour exprimer les besoins, les préoccupations et la vision pour l'avenir qu'ont les habitants. Les recommandations qui finalisent la démarche de l'EIS visent à maximiser les gains de santé et à limiter les dommages potentiels pour la santé des politiques publiques ou actions. □



Déterminants de la santé et politiques menées localement  
(adapté de *Health Impact Assessment. A guide for practice*, Human Health Partners, 2011)



1. Muriel Dubreuil, ORS Île-de-France  
Nicolas Prisse, secrétariat général des ministères sociaux

**26** SEPTEMBRE 2015,  
PARIS

16<sup>e</sup> université  
d'été de l'Institut  
Renaudot -  
Environnement,  
santé et démarche  
communautaire

INSTITUT RENAUDOT

Programme

**29** SEPTEMBRE  
2015, AMIENS

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

Programme

**1-2** OCTOBRE  
2014, AMIENS

Colloque national  
des réseaux de  
cancérologie

RÉSEAUX DE CANCÉROLOGIE

Programme

**6** OCTOBRE,  
AMIENS

Penser et agir  
local dans une  
perspective  
globale. Journée  
du pôle de  
compétence en  
éducation pour la  
santé

IREPS DE PICARDIE, PÔLE DE  
COMPÉTENCE

Programme

**13** OCTOBRE,  
SAINT-QUENTIN

Non recours aux  
droits, aux soins,  
à la prévention.  
Journée de  
la *Plateforme  
sanitaire et sociale*  
de Picardie

OR2S, PLATEFORME SANITAIRE ET  
SOCIALE DE PICARDIE

**14-17** OCTOBRE  
2015, MILAN

8<sup>e</sup> conférence  
européenne de la  
santé publique

EUPHA, SITI

Programme

**4-6** NOVEMBRE  
2015, TOURS

Congrès 2015  
de la Société  
française de santé  
publique - Les  
déterminants  
sociaux de la  
santé : des  
connaissances à  
l'action

SFSP

Programme

*Pour continuer à recevoir  
Plateforme sanitaire et sociale,  
Inscrivez-vous sur pf2s.fr*

*Je m'inscris sur pf2s.fr*

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

Directrice de publication : Dr Élisabeth Lewandowski (or2s)  
Comité de rédaction : Bertrand Boixeda (conseil départemental de l'Oise),  
Anne-Claire Boucher (conseil départemental de la Somme), Rémy Caveng  
(université de Picardie), Émilie Fauchille (or2s), Lugdivine Godin (msa), Bruno  
Goethals (carsat nord-picardie), Juliette Halifax (apradis) Laurent Haegemann  
(msa), Marie-Véronique Labasque (apradis), Patrick Le Scouëzec (insee), Philippe  
Lorenzo (or2s), Laurence Moutiez (conseil régional de Picardie), Anna Ouattara  
(carsat nord-picardie), Aline Osman-Rogélet (or2s), Gaëlle Raboyeau (ars), Claude  
Thiaudière (université de Picardie), Alain Trugeon (or2s), Cédric Van Gertruy  
(drjcs)

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S juin 2015

