

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°21

octobre 2013

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé

- Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé : regards croisés en régions, de l'observation à l'action 2
- Rencontres territoriales de Picardie sur le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 3

Brèves

Entretien

- La MSA de Picardie. Entretien avec Philippe Herbelot, directeur de la MSA Picardie 4

Initiative

- Promotion de la santé dans les territoires 5

Focus

- ARS, Éducation nationale, Draaf : une convention pour l'alimentation 6
- La nutrition par l'agence régionale de santé 8
- Plaisir à la cantine et jardins potagers nourriciers 9
- Des cuisines du monde aux jardins du monde 10
- La qualité de l'alimentation dans les lycées picards 11
- Un agenda 21 pour l'Aisne 12
- Dans les assiettes des collégiens de l'Oise 13
- Un autre regard sur la restauration dans les collèges de la Somme 14
- PicAlim 15
- Alimentation et populations en situation de précarité 16

Données nationales

- Améliorer l'accompagnement et le soutien proposés aux familles adoptives 17
- L'hébergement des sans-domicile en 2012 18

Brev'd'Europe

Europe

- Inégalités de santé 19

Doc

- Suicide 20

Tribune libre

- Épicerie sociale d'Amiens et atelier d'insertion 21

Agenda

Dès le printemps 2010, des pionniers se rencontraient en région Picardie afin de réfléchir à une politique de l'offre alimentaire. Ils anticipaient ainsi la politique publique de l'alimentation énoncée dans la loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche du 27 juillet 2010 qui a donné naissance en janvier 2011 à un programme national de l'alimentation (PNA), décliné en programmes régionaux de l'alimentation (Pralim).

Le Pralim picard a donc très vite pu être mis en place et présenté en comité régional de l'alimentation (Cralim) au printemps 2011. Grâce aux partenaires qui lui ont donné naissance, il a surtout su tout de suite trouver une place pertinente et complémentaire entre « ses grandes sœurs » que sont les politiques de la santé nutritionnelle et de la citoyenneté.

Les acteurs régionaux, qu'ils soient institutionnels ou associatifs, ont en effet tous perçu l'intérêt et la nécessité de promouvoir en Picardie une alimentation qui soit à la fois « un acte VITAL qui permette de se nourrir de façon équilibrée », « un acte de PLAISIR qui permette de se réjouir » et « un acte SOCIAL et CONVIVIAL, qui permette de se réunir ».

C'est pourquoi le Pralim picard s'est notamment fixé comme objectifs de :

- « ré-enchanter les cantines scolaires » à travers le dispositif national *Plaisir à la cantine* ;
- « ré-introduire des produits locaux » en cuisine collective, au travers des réseaux des chambres d'agriculture et des conseils généraux ;
- « initier des opérations concrètes et si possible inédites » afin de décliner le *pacte national de lutte contre le gaspillage alimentaire* ;
- « encourager les familles en situation précaire à bénéficier d'une alimentation saine à base de fruits et légumes » grâce au projet *Cuisine et potager nourriciers* qui vise à ré-introduire les savoirs de base du jardinage et de la cuisine familiale à partir des légumes qui en sont issus.

Des objectifs ambitieux et partagés, qui sont désormais inscrits dans une convention cadre de partenariat signée le 4 décembre 2012 par trois administrations de l'État en région : l'agence régionale de santé, le rectorat et la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt.

Une collaboration inter-administrations dont la région Picardie ne peut que s'enorgueillir !

François BONNET

Directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture
et de la forêt de Picardie

Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé : regards croisés en régions, de l'observation à l'action

Un séminaire s'est tenu au ministère des Affaires sociales et de la Santé le 5 septembre sur les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé. Il a réuni une soixantaine de participants d'ARS, de services centraux et déconcentrés de l'État et des ORS.

Parmi les participants de niveau national, sont à mentionner le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), le Commissariat général du développement durable (CGDD), la direction générale de la santé (DGS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie. Dans le prolongement d'un document remis aux participants, les objectifs de la journée étaient de mieux cerner les attentes des régions afin qu'elles puissent disposer des outils les mieux adaptés pour mener des politiques concertées et dresser des perspectives, tant au niveau régional qu'au niveau national.

La journée s'est déroulée sous la forme de deux plénières et de quatre ateliers thématiques. La plénière du matin, outre les exposés introductifs du SGMAS et du CGDD, a décrit la démarche engagée conjointement par les deux ministères depuis près d'une année.

Dans la première intervention, François Michelot de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), est revenu sur les résultats de l'enquête menée au premier trimestre 2013 par le SGMAS, le CGDD et la Fnors auprès de l'ensemble des ARS, Dreal et DRJSCS. Ce recueil a bénéficié d'un taux de participation de plus de 70 %, avec les réponses de vingt-et-une ARS, vingt-deux Dreal et treize DRJSCS, appartenant à vingt-cinq régions. Il a recensé soixante-six travaux faisant état de diagnostics ou d'états des lieux croisant au moins deux des trois dimensions - sociale, territoriale et environnementale - avec la santé. Quarante-six actions résultant de politiques publiques concertées visant à réduire les inégalités menées par les différentes directions et agences ayant répondu au questionnaire ont été parallèlement repérées. Une analyse réalisée *a posteriori* a de plus permis de mesurer combien les aspects de sémantique étaient importants et de montrer l'existence de réelles différences entre les diverses structures pour définir les éléments émanant des domaines social, territorial ou environnemental.

Cyrille Harpet de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), a ensuite abordé la question des inégalités sociales de santé environnementale dans les territoires, en rapportant le sens des termes au registre de la justice sociale. En effet, réduire les inégalités oblige à penser ce qu'est l'égalité et les manquements relatifs à cette valeur morale et politique. Aussi, il a pu apporter des éclaircissements sur des notions utiles (égalité, équité, justice) pour la mise en perspective de l'idée d'une justice en santé environnement. Il a aussi proposé un modèle de passage de l'inégalité à l'injustice et il a abordé la notion de justice sociale en matière de réduction des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé (Itess) à travers la couverture universelle, la lutte contre les exclusions, et notamment vers des publics cibles (précaires, fragiles, vulnérables), et les aides proportionnées aux besoins.

Julien Caudeville de l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris) a ensuite caractérisé les Itess, notamment à partir d'un regard sur les données, méthodes et outils. Il a souligné la nécessité de construire des outils de diagnostic pour orienter les mesures de gestion permettant de contrôler, voire de réduire, les inégalités, tout en insistant sur les difficultés dont l'une des plus importantes provient de la méconnaissance des interactions. Ces difficultés nécessitent de disposer d'indicateurs à différents échelons géographiques, pouvant être croisés pour déterminer les zones de cumul d'inégalités. Il a mentionné ainsi la base Plaine (plateforme intégrée pour l'analyse d'exposition environnementale) qui compile une multitude d'informations sur l'état des sols, leurs niveaux de pollution mais aussi sur l'air et l'eau.

Promouvoir et partager un modèle global des déterminants sociaux et environnementaux de la santé

Enfin, pour clôturer les interventions de la plénière du matin, Éric Pautard du ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie a appréhendé les situations d'injustice environnementale en mettant en exergue les enjeux de bâtir un protocole commun de quantification des inégalités et de prendre en considération les situations d'injustice vécues, notamment à travers les ressentis, les expériences et les préoccupations. Il a mentionné que dans ce domaine un chantier d'étude est en cours d'exploration au sein du service de l'observation et des statistiques (SOeS) de son ministère. Il a conclu son intervention par le défi majeur à venir que représente la coordination des parties prenantes qui passe par trois étapes : un accord sur les attentes différenciées des acteurs concernés, l'adoption d'une démarche *bottom-up* qui doit s'appuyer sur les expérimentations régionales les plus abouties et, en final, une nécessaire homogénéisation des modes de collecte et de traitements géographique et statistique des données. Le premier atelier, sur les diagnostics locaux de santé (DLS), avait comme objectif de proposer quelques pistes pour mieux prendre en compte les Itess en amont de la prise de décision dans le cadre de certaines politiques publiques. Les principales conclusions de cet atelier ont abouti aux réflexions sur l'aspect sémantique, notamment sur la définition de certains concepts, sur la nécessaire « concertation » des différents acteurs concernés par les politiques de santé (habitants, associations, professionnels de santé, acteurs de la prévention, aménageurs, élus), sur le point de vue technique qui nécessite des compétences spécifiques et sur la transversalité. En effet, la démarche DLS est une démarche globale qui apporte des éclairages sur la population, ses conditions de vie, l'état de santé, l'accès aux soins tout en se centrant sur la prévention dans le territoire.

Le deuxième atelier de la journée, sur le diagnostic des points noirs environnementaux, a également fait ressortir les aspects de sémantique. Il a aussi mis en évidence la nécessité de reposer sur une méthodologie harmonisée pour identifier les points noirs environnementaux, mais aussi de disposer de données fiables et spatialisées. Enfin, le besoin d'encourager les approches intégrées prenant en compte la perception des populations, le niveau socio-économique et les indicateurs de santé a paru essentiel aux participants de l'atelier.

Le troisième atelier, sur les contrats locaux de santé (CLS), avait pour objet de débattre de la capacité de ces contrats à coordonner et d'harmoniser les politiques publiques. Les participants de l'atelier ont aussi tenté d'approcher les moyens d'évaluer l'impact sur la santé des autres politiques publiques. Les principales préconisations de l'atelier ont porté sur le besoin de développer des méthodologies d'alliance sous forme d'outils techniques formalisés, mais aussi sur la nécessité d'échanger les savoirs dans l'objectif de créer une culture commune. Enfin, il est ressorti le fait que le troisième plan national nutrition santé (PNNS) et l'obligation faite aux collectivités territoriales de plus de 50 000 habitants de faire un rapport annuel de développement durable, devraient contribuer à mieux prendre en compte les Itess.

Le quatrième et dernier atelier de la journée s'est intéressé aux actions relatives à la thématique des inégalités environnementales ayant été reprises dans les PRSE2, et ce, en l'absence de dispositifs réglementaires sur le sujet. Plusieurs constats et/ou recommandations ont été émis pour permettre de mieux appréhender les inégalités environnementales. S'ils avaient pour la plupart été formulés dans les trois autres ateliers, comme les aspects de sémantique et le besoin de données spatialisées, il est ressorti plus spécifiquement le besoin d'harmonisation par une instance nationale des actions faites en région et la nécessité de disposer d'un atlas national en santé environnement.

Enfin, la séance plénière de l'après-midi a abouti à la conclusion que, même si cette journée a réuni les acteurs les plus concernés par la problématique des Itess, de nombreux concepts, définitions et, finalement, approches de la question restent encore mal partagés entre les acteurs. Une référence à un modèle global des déterminants sociaux et environnementaux de la santé est encore à promouvoir et à faire connaître au sein des différents services en charge des politiques publiques. Il a semblé indispensable aux participants de dépasser le poids des représentations sectorielles, de tendre vers un consensus sur les questions de sémantique, et d'encourager le partage de données, la connaissance des outils et le repérage des actions efficaces dans la lutte contre les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé.

**Alain TRUGON
OR2S**

Rencontres territoriales de Picardie sur le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

Le centre régional de documentation pédagogique (CRDP) accueillait le 15 octobre dernier François Chérèque dans le cadre des rencontres territoriales organisées par la préfecture sur le plan pluri-annuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Inspecteur général des affaires sociales, François Chérèque parcourt les régions pour présenter la mission dont il a été chargé par le Gouvernement autour du Plan gouvernemental de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Entre Bordeaux et Caen, sa venue à Amiens (13^e rencontre territoriale) lançait donc la démarche en Picardie.

Ouvrant la journée, Jean-François Cordet, préfet de région, rappelait la situation spécifique de la Picardie, dont la population connaît de grandes difficultés dans le domaine social et exprimait la nécessité de s'impliquer fortement dans une telle démarche. Dans son intervention, François Chérèque listait les trois objectifs dont il est chargé : le suivi du Plan, son déploiement opérationnel et le signalement des points de vigilance. Il précisait que les vingt-neuf rencontres territorialisées se concluraient par la rédaction d'un rapport d'évaluation, qui précèdera début janvier le comité interministériel fixé portant sur l'avenir du Plan. Il a ainsi souligné toute l'importance qui sera portée à la mise en place d'un tableau de bord ayant pour objet la définition d'indicateurs pertinents sur l'impact des mesures mises en place ainsi que sur la performance, tableau de bord qui sera d'ailleurs amené à évoluer et à s'enrichir. Il a aussi mentionné l'importance de la prise en compte d'un suivi qualitatif en marge du tableau de bord. Cinq points seront tout particulièrement analysés dans le Plan : la question du non-recours, l'augmentation des plafonds de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS), l'aide alimentaire européenne, la gestion du maintien de la vigilance et la situation des populations habitant dans des campements ou des squats, notamment en regard de la circulaire du 26 août 2012. Il a conclu son intervention en pointant les trois axes transversaux qu'il souhaite voir aborder dans les régions : la réduction des inégalités passant par une meilleure anticipation des ruptures, l'aide aux personnes et l'accompagnement dans l'insertion, et, enfin, la coordination de l'action sociale avec la valorisation des acteurs. Yvonne Pérot, directrice de l'Insee et Alain Trugeon, directeur de l'OR2S, ont ensuite présenté un état des lieux dans le domaine social de la Picardie portant sur certaines populations plus spécifiquement concernées, tout en montrant une réalité territoriale fort différenciée à l'intérieur de la région, avec une relation forte entre la situation sociale et ses conséquences sur la santé des populations.

Outre la présentation des principales actions mises en œuvre par l'agence régionale de santé de Picardie (ARS), à travers le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps), et de la politique médico-sociale, Christian Dubosq, le directeur général de l'ARS, a insisté sur la nécessité de conti-

nuer à faciliter l'accès aux soins des plus démunis, en visant une stratégie globale de réduction des inégalités sociales de santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé, lancée récemment par la ministre des Affaires sociales et de la Santé.

Les trois représentants des conseils généraux sont ensuite intervenus. Georges Fourré, vice-président du conseil général de l'Aisne délégué à la solidarité et à l'autonomie, est revenu sur la situation particulièrement difficile du département axonais dans le champ social. Jérôme Furet, délégué aux solidarités et au développement durable au conseil général de l'Oise, a souligné le besoin de s'adapter aux besoins des populations, notamment en termes d'emploi de proximité. Enfin, Christian Manable, président du conseil général de la Somme, a mis en avant l'accès aux droits des personnes les plus démunies.

La dernière partie de la matinée a permis à François Chérèque de répondre aux réflexions et questions

fiés. Il a estimé que ce sujet devait être le premier dans le cadre de la négociation avec les partenaires sociaux. Un autre point essentiel à ses yeux, a été celui de la nécessité de se pencher sur la formation des travailleurs sociaux qui n'a pas évolué depuis une trentaine d'années alors que leurs métiers sont pourtant en pleine restructuration. Une profession qui n'évolue pas, est une profession qui meurt a-t-il asséné ; il ne pense pas qu'il soit souhaitable de ne laisser que les élus impliqués dans cette dimension. Enfin, il s'est dit conscient que le reste à charge touche les personnes en dessous du niveau de pauvreté mais aussi celles qui en sont légèrement au-dessus. C'est pour lui aussi un axe de réflexion important.

L'après midi était réservée aux ateliers départementaux sur la mise en œuvre territoriale des mesures du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

L'atelier axonais a fait ressortir l'inadaptation des structures d'accueil pour les jeunes ainsi que le manque de pluridisciplinarité dans le cadre des parcours d'autonomie. Les participants de l'atelier ont ciblé quelques enjeux importants comme le décroisement dans l'accompagnement des jeunes et, de façon plus large, l'élargissement des accompagnements, mais aussi le besoin de schémas globaux et de guichets uniques.

L'atelier isarien s'est penché sur les épiceries sociales comme lieux de proximité pour les usagers en redonnant une place à l'habitant dans la société. Les questions de l'usager, de son appellation, de sa place et de son rôle ont aussi été soulevées par les participants de l'atelier.

Enfin, l'atelier samarien a abordé la définition du droit, notamment dans l'accompagnement social. Les participants de l'atelier ont souligné la prise en compte de la réalité territoriale, notamment en zone rurale et le besoin essentiel du partage d'informations entre les structures.

Après la restitution des trois rapporteurs d'ateliers en plénière, François Chérèque a conclu la journée en demandant que la complémentarité entre les collectivités, notamment les conseils généraux, et l'État qui s'est avérée fructueuse dans les trois ateliers soit le maître mot des travaux qui vont être engagés au cours des semaines à venir. Il a aussi constaté la grande implication des différents acteurs concernés et la très grande richesse des interventions, tant du matin en plénière que dans les trois ateliers de l'après-midi.

Alain TRUGEON
OR2S



© Photo Sgar

des participants. Il a notamment été attentif à deux points qui lui ont paru essentiels. Le premier sur la complexité de la situation sociale des personnes en grande précarité, d'où la nécessité de mener une réflexion sur le parcours des personnes et leur suivi. Le second sur les problèmes de souffrance psychique, qui sont soulevés à chacune des rencontres territoriales, et notamment le manque de structures d'accueil adapté. Il a ainsi suggéré que les réponses territoriales devaient être les mieux adaptées possible aux besoins de la population. S'il a constaté que le Plan était source d'un arsenal de procédures assez lourd avec plusieurs textes de loi, il a estimé que celui-ci se doit de produire des textes législatifs pour être réellement opérationnel. De son point de vue, il y a le besoin impérieux de mettre en œuvre des dispositifs de formation professionnelle et continue pour les personnes les plus fragiles, afin qu'elles ne soient plus nécessairement les premières impactées de la disparition des emplois non quali-

Détection précoce



Une étude est menée dans la Somme pour améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale. Intitulé Idecab - incitation au dépistage des cancers de la cavité buccale - son objectif est d'inciter à la détection précoce des lésions pré-cancéreuses et des cancers de la cavité buccale des fumeurs domiciliés dans le département, d'évaluer le résultat de cette incitation et de tester la faisabilité d'un dépistage de ce cancer. Cette étude est promue par le CHU d'Amiens et coordonnée par le service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie du Pr Bernard Duvauchelle.

Le protocole de l'étude implique un examen par les médecins traitants afin de rechercher en particulier des signes pouvant évoquer une anomalie au niveau de la cavité buccale. Si des signes évocateurs d'une anomalie apparaissent, une consultation chez un spécialiste est proposée. En cas d'absence d'anomalie, un examen est réalisé annuellement pendant cinq ans.

Entente Picardie-Québec sur les inégalités de santé



En marge d'un colloque organisé à Redon (Bretagne) sur les inégalités sociales de santé, l'agence régionale de santé de Picardie, l'agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-nationale (Québec), l'Ireps de Picardie et l'OR2S, ont signé une *Entente de coopération* pour réfléchir conjointement, à partir de leurs propres sources d'information et de la littérature internationale, à des priorités d'actions et de moyens dans la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé. L'ARS du Nord - Pas-de-Calais, l'observatoire de la santé du Hainaut et l'observatoire wallon de la santé (Belgique) devraient rejoindre les signataires dans les semaines à venir. Un premier programme de travail est en cours d'élaboration.

Le mois de l'économie solidaire - octobre, novembre 2013

Le mois de l'économie sociale et solidaire (ESS) a été lancé le 24 octobre 2013 à Saint-Quentin (cf. photos ci-dessous). Le fil rouge cette année est la santé des jeunes.

L'enjeu du mois de l'ESS est de se demander comment l'économie sociale et solidaire et l'ensemble de ses composantes peuvent se saisir de la santé des jeunes. De se demander aussi quelle est la plus-value qu'elles peuvent apporter en la matière.

Soixante-huit manifestations égrèneront ce mois, soit dix-huit dans l'Aisne, vingt dans l'Oise et trente-huit dans la Somme.



Marie-Christine Guillemin,
vice-présidente du conseil régional



Alain Subts,
président de la Cress



Daniel Tourbe
président de la Mutualité française

Espace régional d'éthique

Le 10 septembre a été créé à Amiens l'Espace de réflexion éthique régional de Picardie (ERER), en présence de la trentaine de signataires de la convention constitutive.

L'ERER remplit plusieurs missions au service des professionnels médicaux : formation, documentation, rencontres et échanges. Transversale à la pratique médicale, l'éthique, discipline philosophique, s'attache aux questions et problèmes moraux comme les manipulations transgéniques, mais aussi la recherche sur les êtres vivants, les prélèvements et dons d'organes, la procréation médicalement assistée ou encore l'euthanasie...

Le Dr Alain de Broca (CHU) en a été nommé directeur. Il sera secondé par le Bureau, réunissant les signataires, et par un conseil d'orientation restant à nommer. Un premier débat sur la fin de vie en France est à l'agenda.



Journée de la Plateforme

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



Après une introduction par Luc Broussy, auteur du rapport *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population*, deux thématiques seront principalement abordées au cours de quatre tables rondes successives : la participation à la vie sociale et le vieillissement en bonne santé et l'autonomie. La première thématique est déclinée en deux tables rondes, l'une sur l'employabilité des seniors, la deuxième sur le bénévolat des seniors. La seconde thématique abordera le logement adapté, d'une part, et vieillir en bonne santé, d'autre part.

Des expériences picardes ou nationales seront particulièrement mises en évidence pour illustrer les actions concrètes réalisées ou en cours, portées par des élus, des institutions, des associations, des entreprises...

Pour vous inscrire à la journée, cliquez ici (cf. p. 24)

La MSA de Picardie.

Entretien avec Philippe Herbelot, directeur de la MSA de Picardie



Plateforme sanitaire et sociale : Philippe Herbelot, vous êtes directeur de la mutualité sociale agricole de Picardie, un organisme qui s'est profondément modifié depuis quelques années. Pouvez-vous nous présenter son organisation actuelle ?

Philippe Herbelot : Depuis une décennie, le régime agricole a effectivement procédé à une mutation importante qui s'est achevée en 2010. Au niveau national, les caisses de la MSA sont passées de quatre-vingt-treize à trente-cinq, suite à des fusions, sans compter la restructuration du réseau informatique, passant à deux centres aujourd'hui pour cinq auparavant. En Picardie, la MSA a fusionné en 2010, ce qui a entraîné le passage de trois conseils d'administration à un seul, avec diminution du nombre d'administrateurs. Notre territoire de compétence est la région administrative, ce qui est une chance parce que nos interlocuteurs sont sur ce même territoire, comme le conseil régional ou l'ARS, ou les conseillers généraux pour les départements.

PF2S : Dans quelle mesure cette fusion a-t-elle entraîné une recomposition de vos missions ?

Ph H. : Nos missions sont restées les mêmes, mais leur déploiement est différent. La MSA forme un guichet unique pour la totalité de la population agricole, salariée et non salariée, retraités et ayants-droit. Ce guichet unique regroupe les prestations d'allocations familiales, d'assurance maladie, de retraite, de cotisations... mais aussi l'action sanitaire et sociale, la santé sécurité au travail, la gestion du risque et la prévention santé. Après la fusion, nous avons engagé un vaste plan de restructuration de nos services, en les concentrant et en spécialisant les différents sites. Aujourd'hui, par exemple, chacun des trois sites picards est spécialisé sur une législation ou une partie de législation. En veillant à respecter l'équilibre de l'activité entre les sites, cela a amené davantage de professionnalisation, d'harmonisation dans les procédures de travail et de rigueur de suivi de l'activité, et donc de qualité vis-à-vis des adhérents. L'approche n'est pas territoriale, mais populationnelle. Ainsi, les prestations familiales pour l'ensemble de la Picardie sont traitées à Amiens. Nous avons aussi centralisé toutes les fonctions supports en les répartissant entre les trois départements : les ressources humaines, la comptabilité sont à Amiens, la communication à Laon, le courrier à Beauvais... Le principe de base de la fusion était de conserver les salariés présents dans les trois sites, et non pas de faire un siège et des antennes.

PF2S : Les adhérents de la MSA s'y sont-ils retrouvés ?

Ph H. : Oui, parce que c'est toute la relation avec les adhérents, qu'on appelle *front office*, qui a été réfléchi. Un centre de contact a été créé sur le site d'Amiens. Il gère les appels téléphoniques entrants, et sortants en 2014, ce qui nous permettra de faire des campagnes de communication sur la prévention des cancers, la vaccination contre la grippe, etc., en totale coordination avec les équipes de prévention.

Mais nous avons aussi repensé notre présence sur le terrain. Si les modes modernes de communication montent en charge, comme l'utilisation d'internet, du mail, des sms..., nous avons conservé onze agences en Picardie, qui permettent un accueil administratif ouvert cinq jours par semaine, avec un cabinet médical. Elles sont le point d'ancrage des contrôleurs, mais aussi des médecins conseil, médecins du travail, travailleurs sociaux, des conseillers en prévention des risques professionnels, des conseillers en protection sociale. Nous avons dessiné ces territoires en essayant de gommer les frontières départementales pour les inscrire dans les bassins de vie que nous avons dessinés.

PF2S : La MSA est aussi connue pour avoir un fort réseau de relais dans les cantons. L'avez-vous conservé ?

Ph H. : Effectivement, les représentants politiques de la MSA sont élus, et non pas désignés, et ils forment ce maillage essentiel sur le terrain auquel vous faites allusion. Élus au niveau cantonal ou de regroupement de cantons, ils élisent le conseil d'administration qui est le représentant des salariés et des non-salariés agricoles. Il comprend aussi trois membres de chaque UdaF départementale. Aujourd'hui, nous comptons quelque mille élus sur l'ensemble de la Picardie qui devront être renouvelés lors des élections de 2015. Nous avons le double enjeu de leur rajeunissement et de leur féminisation. Ce sont les élus qui font remonter les besoins des territoires. Grâce à eux, nous avons une connaissance fine des situations qui peuvent nous amener à définir ensemble des actions collectives et des plans d'action territoriaux sanitaire, social, de prévention, de gestion du risque, que nous travaillons aussi avec les médecins conseil, les dentistes-conseil, les équipes de prévention du risque ou de santé. Le conseil d'administration a aussi une responsabilité directe pour l'action sanitaire et sociale, la santé sécurité au travail, la gestion du risque et en prévention santé. Un plan régional triennal vient d'être défini, sur la

lutte contre les cancers, le sida... Nous avons des dossiers sur lesquels nous sommes vigilants. Dans le cadre du plan régional de prévention, nous suivons plusieurs axes comme l'accès aux soins, les campagnes de dépistage des cancers, mais aussi les addictions ou le mal-être dans les populations agricoles.

PF2S : Ces plans sont internes à la MSA, mais concluez-vous aussi des partenariats avec d'autres organismes d'assurance maladie ou de santé au sens large ?

Ph H. : Avec le régime des indépendants (RSI) et la Carsat, nous avons créé l'Association picarde pour la santé et l'autonomie des seniors (Apsas), dans laquelle la MSA a vraiment un rôle moteur et reconnu. Nous détenons une véritable expertise dans l'accompagnement des personnes âgées et l'accompagnement à la construction de maisons d'accueil rural pour personnes âgées (Marpa). Nous avons un réseau de gérontologie qui fonctionne très bien dans la baie de Somme, sur lequel sont adossés plusieurs projets. Notre objectif est d'être présent dans les territoires, de nous adapter à leur réalité en développant le partenariat local et institutionnel.

Nous menons plusieurs stratégies nationales avec les autres régimes, que l'on décline localement. Le partenariat en Picardie est de très bonne qualité, avec beaucoup d'échanges. Des réunions de travail avec les Cpm ont été instaurées pour définir ce que l'on pourrait faire ensemble. Par exemple, la MSA va déployer Prado, le plan du régime général pour le retour à domicile des femmes enceintes. Nous allons les accompagner pendant leur grossesse, à la maternité puis lors du retour à domicile. Cela devrait permettre de diminuer le temps d'hospitalisation mais surtout d'avoir un réel accompagnement en amont et en aval de la naissance, ce qui pour nous est nouveau.

En interne, nous avons structuré un observatoire sanitaire et social avec un poste de statisticien, avec un objectif de transversalité interne pour nous permettre d'apprécier l'opportunité de telle ou telle action à partir de statistiques. Mais il y aurait un véritable partenariat à nouer entre cet observatoire et l'OR2S via la *Plateforme sanitaire et sociale*, parce qu'elle constitue un lieu d'échange et d'étude qui permet de mieux connaître les spécificités des populations. Il est intéressant pour nous de croiser les bases de données que nous avons avec des experts du sanitaire et le social et le territoire.

Propos recueillis par
Philippe LORENZO, OR2S

Promotion de la santé dans les territoires

L'observation sociale est une démarche prospective et partagée au service de l'action sociale et sanitaire : celle de mieux partager les connaissances disponibles sur les territoires, trop souvent dispersées ou connues des seuls spécialistes.

Depuis dix ans, le législateur préconise la mise en place de dispositifs d'observation sociale et le décret du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) prévoit, qu'en région, 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. À ce titre, elle contribue 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. La connaissance des actions de santé comme celles du social dans les territoires sont en effet un enjeu majeur des politiques publiques en Picardie. Ainsi, l'Ireps de Picardie a été chargé d'établir un diagnostic territorial approfondi sur la promotion de la santé dans les territoires et de mener une action de promotion de recettes culinaires « sport et santé ». Cette double action rejoint les axes de développement du projet régional de santé (PRS) de l'ARS et sa volonté d'animer les territoires.

Territorialisation des actions de santé

Piloté par l'Ireps, avec le soutien de la DRJSCS et de l'ARS de Picardie, l'état des lieux est réalisé à partir de différents dispositifs existant en Picardie : ateliers santé ville, contrats locaux de santé, programmes locaux de santé, villes Épode, villes PNNS... afin d'en comprendre la mise en œuvre (facteurs facilitant, facteurs freinant), d'en apprécier les indicateurs de suivi et de proposer la mise en œuvre d'une coordination partagée avec les acteurs de terrain. La création d'une coordination régionale chargée des indicateurs de suivi pourrait permettre d'avoir une connaissance affinée des actions réalisées sur le terrain et de leur adéquation avec les politiques de la cohésion sociale et de la santé.

L'état des lieux consiste à réaliser des entretiens avec les responsables et coordinateurs des dispositifs existant et à recenser les indicateurs de suivi pour chacun d'entre eux. À la

suite de ce diagnostic, un cahier des charges sera rédigé pour asseoir une coordination régionale permettant de mettre en cohérence les différents indicateurs, d'en assurer le relevé et l'analyse dans le cadre d'une coordination partagée avec les acteurs de terrain.

Mis en place par la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000, les ateliers santé ville ont pour missions de conduire des programmes d'action de santé de proximité dans les quartiers de la politique de la ville et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Afin de rendre visibles et lisibles les démarches territoriales, les expériences d'animations, et le travail avec la population... aussi bien aux niveaux départemental, régional qu'inter-régional, le 17 octobre 2011 s'est créée la *Plateforme nationale de ressources des ateliers santé ville*. Elle a pour but de promouvoir les pratiques des acteurs locaux aux niveaux régional et national, avec le soutien financier du secrétariat général du Comité interministériel des villes (Civ) et de l'Inpes. Elle devrait permettre de valoriser les productions des ateliers santé ville (ASV), de faciliter l'accès à l'information et aux ressources nécessaires au fonctionnement des ASV, de renforcer les synergies régionales et favoriser les échanges inter-régionaux, de créer un réseau national des ASV référents, de contribuer au développement de programmes dans une approche qualité d'actions de santé, et enfin d'être force de propositions et de ressources pour la recherche, l'innovation et l'expérimentation dans le cadre d'une dynamique territoriale de santé.

Une première rencontre nationale des ateliers santé ville, a eu lieu en avril 2013 sur le thème *Les ASV et les politiques territorialisées de santé, leurs particularités et les perspectives*. Trois tables rondes ont permis d'aborder la part des démarches ASV dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ; les

besoins en santé des territoires prioritaires et pilotage partenarial : les effets d'une mobilisation des compétences territoriales ; et les contrats des politiques de santé et des villes : les points de vue des élus et collectivités territoriales. Cinq ateliers ont permis de réfléchir au croisement entre les politiques locales de santé et les politiques de cohésion sociale, à la participation des habitants, à la santé mentale, à l'accessibilité, à la prévention et aux soins, à la rénovation urbaine et à l'aménagement du territoire, et le rôle des ASV dans le recours à l'offre de soins de proximité.

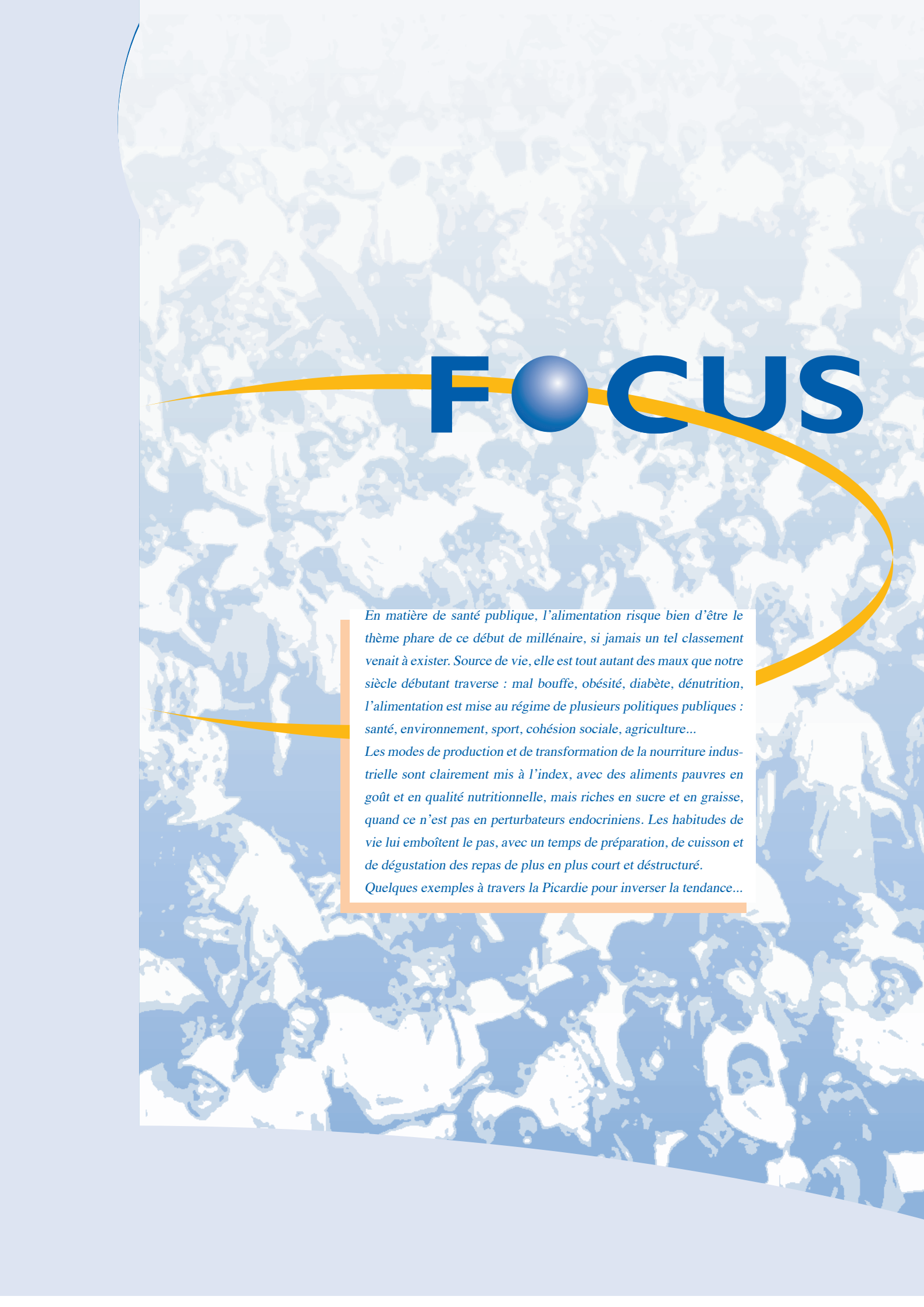
Les débats ont confirmé l'engagement actif des acteurs dans les quartiers tout en pointant du doigt les interrogations qui subsistent sur la mise en œuvre de la politique nationale et des politiques régionales de santé, avec de fortes disparités d'un territoire à l'autre notamment sur l'articulation de la politique de la ville et des ARS, et les inquiétudes sur la place de la santé dans la réforme de la politique de la ville et l'avenir de la démarche des ateliers santé ville.

François Lamy, ministre de la Ville, a cependant ouvert des perspectives nouvelles pour les ateliers santé ville par la signature d'une convention avec le ministre des Affaires sociales et de la Santé dans le but de favoriser la prévention des quartiers prioritaires et de développer l'offre de soins et de premiers recours, mais aussi sur le partenariat contractuel avec les ARS en vue d'articuler les volets santé des futurs contrats locaux de santé.

Yassine CHAÏB
DRJSCS

Valérie ÉVRARD
Ireps Picardie

ateliers santé ville
PLATEFORME NATIONALE
DE RESSOURCES



FOCUS

En matière de santé publique, l'alimentation risque bien d'être le thème phare de ce début de millénaire, si jamais un tel classement venait à exister. Source de vie, elle est tout autant des maux que notre siècle débutant traverse : mal bouffe, obésité, diabète, dénutrition, l'alimentation est mise au régime de plusieurs politiques publiques : santé, environnement, sport, cohésion sociale, agriculture...

Les modes de production et de transformation de la nourriture industrielle sont clairement mis à l'index, avec des aliments pauvres en goût et en qualité nutritionnelle, mais riches en sucre et en graisse, quand ce n'est pas en perturbateurs endocriniens. Les habitudes de vie lui emboîtent le pas, avec un temps de préparation, de cuisson et de dégustation des repas de plus en plus court et déstructuré.

Quelques exemples à travers la Picardie pour inverser la tendance...

ARS, Éducation nationale, Draaf : une convention pour l'alimentation

Le 4 décembre 2012, une convention a été signée entre l'ARS, la Draaf et le rectorat avec pour objectifs de poursuivre et d'amplifier en Picardie la mise en œuvre concertée du plan national nutrition santé (PNNS), du plan obésité (PO) et du plan national pour l'alimentation (PNA)

Le programme national nutrition santé (PNNS) et le plan obésité (PO) constituent les piliers de la politique nutritionnelle conduite par le ministère des Affaires sociales et de la Santé. Celle-ci s'inscrit dans une stratégie interministérielle plus large en lien avec les autres plans et programmes gouvernementaux et notamment le plan national pour l'alimentation (PNA) et la politique publique de l'alimentation 2013-2017 définie dans la circulaire CAB/C2013-0001 du 16 janvier 2013 ainsi que la circulaire Éducation nationale n°2011-216 du 2 décembre 2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques.

Cinq ans de mise en œuvre d'actions sur le terrain

L'expérience acquise en Picardie témoigne de l'engagement des acteurs régionaux et des partenaires de la prévention, dans les actions de promotion de la santé par la nutrition et l'activité physique et sportive.

Son objectif vise à garantir sur une durée de cinq ans la cohérence et la convergence d'actions en matière de nutrition et d'alimentation en milieu scolaire. Il s'agit de développer un programme expérimental de prévention, cohérent en continuité du primaire au lycée dans plusieurs territoires de la région, en s'appuyant sur des dispositifs existants avec quatre objectifs prioritaires :

- l'information et la formation de l'ensemble du personnel des établissements scolaires, de l'enseignant au personnel de restauration, en passant par l'infirmière scolaire ;
- la promotion de l'activité physique et l'équilibre alimentaire afin de prévenir le surpoids et l'obésité ;
- la promotion des bonnes pratiques en matière de citoyenneté et de développement durable ;
- la communication des actions réalisées dans le cadre de la convention.

De manière concertée, les signataires de la convention ont choisi de mettre en œuvre cette convention à titre expérimental dans trois territoires : Abbeville, Beauvais et Château-Thierry. Ce choix s'explique en raison de leur dynamisme et en regard de leurs actions

réalisées, au titre du programme local de santé pour la ville d'Abbeville, et en qualité de villes actives PNNS pour les deux autres. Ces actions s'inscrivent entre autres dans le socle commun de connaissances et de compétences de l'école, dans les projets d'éducation à la santé et à la citoyenneté, ainsi que dans les orientations définies dans les plans, programmes et circulaires nationaux.

Lors d'un séminaire, en juin dernier, les établissements scolaires des trois villes concernés ont eu l'occasion de rencontrer les sept porteurs des neuf dispositifs annexés à cette convention.

L'objectif de ce séminaire consistait à présenter la démarche et le calendrier sur les cinq années à venir, selon les étapes suivantes :

- durant la première année de cette convention (septembre 2013 à juin 2014), les équipes éducatives bénéficieront d'une formation puis de l'accompagnement des infirmières scolaires de bassin et du pôle de compétence pour construire les trois programmes d'intervention. De manière concrète, des comités techniques et de suivi vont être mis en place dans les trois territoires concernés dès septembre ;
- de septembre 2014 à juin 2016, les dispositifs choisis par les établissements seront mis en œuvre ;
- l'année scolaire 2016-2017 sera consacrée à l'évaluation finale de chacun des programmes ainsi que de la convention dans son ensemble. Le processus d'évaluation sera entamé dès la mise en œuvre opérationnelle de la convention ;
- enfin la valorisation de cette démarche s'étendra sur la cinquième et dernière année avec une rencontre régionale, dont l'objectif sera d'étendre ce type de programme auprès d'autres écoles volontaires en tenant compte de l'évaluation.

Les dispositifs à mettre en œuvre dans les établissements scolaires des trois territoires

Les classes du goût, de l'association Les sens du goût

Manger Bio en petite enfance de Agriculture biologique de Picardie (ABP)

Manger Bouger pour ma santé de Passerelles.info

1, 2, 3 Manger, Bouger, Grandir et Bouge, une priorité pour ta santé, de la Mutualité française de Picardie

Grandir, Du champ à l'assiette : le blé, la farine, la pain de l'association Passions céréales

École 21 et Plaisir à la cantine portés par l'Ireps de Picardie

Un fruit pour la récré, ministère de l'Agriculture, de l'agroalimentaire et de la Forêt

Des réunions de présentation du dispositif se sont déroulées en octobre avec les acteurs locaux dans les trois territoires. Les établissements scolaires volontaires sont en train d'examiner et de choisir le ou les dispositifs qu'ils vont mettre en place.

Amandine DEJANCOURT
ARS Picardie

Corinne MAINCENT
Rectorat

Christian RICHARD
Draaf de Picardie



L'un des objectifs généraux du schéma régional de prévention est de conforter la politique régionale de santé publique en soutenant l'action sur les déterminants de santé et les milieux de vie identifiés comme prioritaires en Picardie.

Dans un contexte régional préoccupant avec une forte prévalence du surpoids et de l'obésité, facteur de risque de maladies cardio-vasculaires et marqueur de précarité pouvant creuser les inégalités sociales de santé, la nutrition constitue une des quatre thématiques régionales définies, en regard des indicateurs régionaux sanitaires et sociaux défavorables par rapport aux indicateurs nationaux, d'une part, et par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) de l'agence régionale de santé (ARS) avec une déclinaison sur les territoires prioritaires, d'autre part.

La nutrition comme déterminant de santé, la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, la dénutrition chez la personne âgée et la promotion des bonnes pratiques en matière d'alimentation sont quelques uns des objectifs que s'est fixée l'agence régionale de santé de Picardie (ARS) dans son projet régional de santé (PRS).

En application des textes réglementaires, particulièrement les orientations nationales inscrites dans le programme national nutrition santé (PNNS) et dans le plan obésité (PO) constituant les piliers de la politique nutritionnelle (alimentation et activité physique) conduite par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, et la stratégie interministérielle plus large en lien avec les autres plans et programmes gouvernementaux, l'ARS de Picardie a marqué son engagement par la signature de deux conventions :

- une convention de partenariat concertée pour la mise en œuvre du PNNS, du PO et du plan national pour l'alimentation (PNA) en région a été signée le 4 décembre 2012 entre l'ARS, la Draaf et le rectorat (cf. article ci-contre).

- une convention de partenariat entre le préfet de région, préfet de la Somme et le directeur général de l'ARS sur la promotion de la santé, de l'activité physique et de la prise en compte de la précarité en lien avec le programme régional de l'accès à la prévention et aux soins (Praps), signée le 25 janvier 2013 en présence de la ministre des Sports. Cette convention vise notamment à coordonner les actions communes entre l'ARS et la DRJSCS de Picardie en matière de promotion de l'activité physique et sportive, facteur de santé publique.

Par ailleurs, un appel à projets vise à impulser et développer des modalités d'interventions

innovantes, concourant à la qualité et à l'efficacité de la politique régionale de prévention travaillée de manière concertée avec les membres de la commission de coordination des politiques publiques (CCPP) de prévention portant sur deux thématiques : alimentation-nutrition et sport, santé/bien-être.

La thématique alimentation/nutrition est déclinée en trois axes :

- renforcer la prévention, le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent ;
- prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition en institution et à domicile ;
- poursuivre l'aide alimentaire auprès des personnes en situation de précarité.

Ainsi, trente projets, dont douze portant sur la prévention du surpoids et de l'obésité, neuf sur l'aide alimentaire, sept sur la dénutrition et deux projets globaux ont été financés pour un montant de 256 000 euros. À titre d'exemple, des projets d'approche communautaire, qui constituent une véritable stratégie au sein des démarches de promotion de la santé, ont été retenus. Ce modèle permet d'initier des actions par la mobilisation de membres d'un même groupe social dans un but de promouvoir et mettre en œuvre des actions dans une dynamique de changement. L'un des projets est le développement d'outils d'éducation alimentaire et culinaire pour accompagner la personne atteinte d'un cancer chronique et sa famille dans le parcours de santé : application mobile et site web ayant une valeur « d'outil d'action » avec la participation des malades et de leurs aidants indirects à travers des ateliers de cuisine thérapeutique.

La thématique sport, santé/bien-être est déclinée en quatre axes :

- promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous, à tous les âges ;

- promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives (APS), particulièrement de loisirs, pour deux publics cibles : les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles (diabète, maladies cardio-vasculaires, cancers... ostéoporose...) et les personnes avançant en âge, quel que soit leur lieu de vie (à domicile ou en établissement) et quel que soit leur degré d'autonomie ;

- généraliser et professionnaliser les activités physiques de loisir en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- inciter les personnes âgées vivant à domicile à pratiquer une activité physique régulière, et enfin les personnes en situation de handicap quel que soit leur niveau de vie (domicile ou institution).

Vingt-neuf projets financés dont quatorze portants sur l'APS en faveur des personnes atteintes de maladies chroniques, un concernant les personnes en situation de handicap, six concernant les personnes âgées, six en faveur de l'ensemble de la population, et deux projets globaux ont été subventionnés à hauteur de 235 000 euros. Parmi ces actions financées, des projets articulés sur une démarche santé-social, agissant sur les déterminants de santé auprès d'un public cible afin de maintenir un lien social et de rompre l'isolement : des ateliers d'activités physiques auprès des plus de 60 ans seront ainsi mis en place afin de prévenir les effets liés au vieillissement et les risques de perte d'autonomie (ateliers mémoire, ateliers équilibre).

Amandine DEJANCOURT
ARS Picardie



Deux initiatives régionales pilotées par le pôle alimentation de la Draaf Picardie avec l'appui de l'ARS, du rectorat, de l'Ireps et du Cena Picardie ainsi que le concours des conseils généraux de l'Oise et de l'Aisne, des villes d'Amiens et de Beauvais, de l'Institut polytechnique LaSalle Beauvais et de l'Ademe, tentent depuis la fin 2012 et le printemps 2013 de ré-inverser les tendances de la mal bouffe...

« Trop souvent nos enfants succombent à la facilité du grignotage, sautent un repas ou encore "squattent" quand ils le peuvent les *fast-food* au détriment d'un équilibre alimentaire et nutritionnel dont ils s'éloignent peu à peu ». Faut-il en incriminer pour autant leurs cantines scolaires qui, si elles ne font pas toujours l'unanimité (« c'était nul aujourd'hui ») ne cessent d'évoluer et d'améliorer la qualité de leur offre alimentaire ? Ne faut-il pas y voir plutôt (aussi) le modèle parental et celui d'une société qui encouragent les solutions les plus faciles, les moins coûteuses aussi, les bonnes comme les mauvaises ?

Avec ses 20 % de prévalence de l'obésité chez les adultes ⁽¹⁾ et une tendance inquiétante à la surcharge pondérale voire l'obésité chez les jeunes ⁽²⁾, la « mal bouffe » sévit particulièrement en Picardie et trouve un terreau favorable auprès des familles en moyenne ou grande précarité.

L'une des deux actions pilotées par la Draaf vise à « ré-enchanter la cantine en agissant sur l'offre alimentaire pour la rendre plus attractive » tout en prenant conscience de la réduction possible et nécessaire du gaspillage alimentaire ; l'autre tente d'agir sur le ré-apprentissage des pratiques de « jardinage alimentaire » couplées aux ateliers cuisine avec pour objectif de consommer légumes et fruits de façon quotidienne.

Plaisir à la cantine

Faire de la restauration scolaire des collèges, et demain des lycées, un véritable enjeu éducatif et de santé publique au cœur des projets d'établissements, tel est l'objectif de *Plaisir à la cantine*. Avec ses huit modules de formation-sensibilisation et ses quinze journées d'échange, de connaissance et de travaux pratiques déclinés et adaptés en région, le dispositif national *Plaisir à la cantine* copiloté par les ministères de l'Agriculture, de la Santé et de l'Éducation nationale, se veut une première en termes de formation professionnelle pluridisciplinaire associant volontairement les personnels éducatifs, de santé, de gestion et de restauration scolaire y compris les parents et délégué(e)s d'élèves. L'objectif premier est de redéfinir une offre alimentaire collective et participative qui permette de susciter des envies, des projets, des améliorations et nouvelles façons de

concevoir et de faire partager, de nouveaux produits à intégrer (dont locaux et bio), de nouvelles démarches à prendre en compte (gaspillage alimentaire) et qui s'inscrivent en soi au cœur du projet d'établissement. Expérimentée avec succès auprès de sept établissements volontaires en 2012-2013 (six collèges et une maison familiale rurale) et sept modules, cette formation va prochainement se doter d'un module complémentaire sur le gaspillage alimentaire et la valorisation des bio-déchets pour répondre plus particulièrement à la problématique des établissements et s'inscrire en région dans la lignée du pacte national contre le gaspillage alimentaire, voulu par le ministère de l'Agriculture, de l'Agro-alimentaire et de la Forêt (Maaf). Neuf établissements scolaires sont d'ores et déjà inscrits pour la rentrée scolaire d'octobre 2013), neuf autres vont pouvoir être démarchés prochainement pour une troisième session prévue en janvier-février 2014.

Cuisine et potagers nourriciers

Le but poursuivi par cette deuxième action est de permettre aux familles en précarité de bénéficier d'une alimentation saine et riche en fruits et légumes à partir d'une expérience collective. Susciter l'intérêt et l'offre auprès de villes et sites expérimentaux pilotes, associer les structures d'accompagnement social et d'aide alimentaire et les familles bénéficiaires pour mettre la « main à la pâte », doter des compétences d'encadrement et d'animation pédagogique d'experts « potagiste » et culinaire et d'accompagnateurs de projets territoriaux... faire fonctionner l'ensemble ; évaluez les approches, difficultés, premiers impacts et enfin confectionner les bases d'un guide d'accompagnement possible et transposable afin de permettre aux associations d'aide alimentaire de concevoir et faire fonctionner leur propre atelier « Cuisine et potager nourriciers ». Tel est certainement la recette de ce dispositif et projet régional qui se veut être la prolongation de celui de l'Inpes (2006-2012) qui visait il y a peu à « accompagner et former les intervenants de l'aide alimentaire » en régions selon plusieurs angles d'approche social, économique (économie familiale), psychologique, alimentaire et nutritionnel etc. Actuellement engagé depuis début mai avec le concours des villes de Beauvais et d'Amiens, l'ARS,

l'Ireps, l'Institut LaSalle Beauvais et un certain nombre d'associations partenaires, le premier volet de ce projet vise à réintroduire sur six mois un apprentissage ou ré-apprentissage des savoirs de base en jardinage (potager majoritairement) auprès de familles volontaires (une quinzaine sur chaque site). Il est couplé à des ateliers cuisine où l'élaboration des recettes simples et abordables composées de légumes et de fruits trouve pleinement sa place. L'objectif est bien sûr de susciter à la fois l'envie de cultiver mais aussi de (re-)consommer des produits sains issus d'un potager « collectif » pour des familles qui en sont de plus en plus éloignées. Une prochaine phase permettra à partir des observations recueillies de concevoir un guide d'accompagnement à l'attention des associations de l'aide alimentaire picardes et un plan de formation à l'attention des intervenants pour le printemps 2014.

Christian RICHARD

Chef de pôle alimentation

Service régional de l'alimentation

Draaf Picardie

(1) Enquête Obépi Roche 2012

(2) Enquête *Jesais* en milieu scolaire réalisée par l'OR2S et les professionnels de santé scolaire, qui affiche pour 2006-2007 : 15,7 % des élèves du cours préparatoire en surcharge pondérale et 4,1 % en situation d'obésité. Pour 2010-2011 ces proportions sont de 21,8 % et 5,2 % pour les élèves de sixième et de 15,4 % et 3 % pour les élèves de seconde générale (in *Convention de partenariat Draaf-ARS-rectorat du 4 décembre 2012*)

Huit modules en question

1- *Un bon restaurant scolaire, c'est quoi ?* : quand l'élève, le parent d'élève, les personnels et l'équipe éducative deviennent clients et acteurs.

2- *Des repas équilibrés au juste prix !* : de l'équilibre nutritionnel aux meilleurs rapports qualité-prix du repas, en passant par l'introduction de produits locaux.

3- *Goût, sensorialité & cuisine* : où l'on redécouvre les cinq sens... et plus.

4- *L'adolescent, ce mangeur* : l'alimentation vue par l'adolescent avec ses modes de compréhension, ses codes...

5- *Saveurs & cuisine, valoriser sa cuisine* : nouvelles pratiques, nouvelles évolutions en cuisine collective.

6- *Savoir-faire et faire-savoir* : mieux communiquer et développer des projets collectifs autour de l'offre alimentaire.

7- *Produits, producteurs et agriculture biologique* : éclairage sur l'agriculture biologique et ses produits alimentaires et rencontre avec un producteur. Module complémentaire régional.

8- *Gaspillage alimentaire et valorisation des bio-déchets* : ou comment faire en sorte de moins gaspiller tout en transformant sur site ce qui peut l'être. Module complémentaire régional.

Avec leurs partenaires, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Picardie et la direction de la protection judiciaire de la jeunesse facilitent un travail de cohésion sociale, d'estime de soi et d'ouverture sur le monde pour des citoyens en situation de précarité, en utilisant notamment l'alimentation.

Entre 2005 et 2009 un partenariat entre la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et le fonds d'action et de soutien à l'intégration et de lutte contre la discrimination (Fasild) s'est organisé autour d'une formation-action intitulée *Cuisines et cultures du monde*. Il tendait à promouvoir l'autonomie, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté et à rendre les usagers acteurs de leur accompagnement en renouant et tissant des liens avec les usagers, mais aussi de faire ensemble, personnel PJJ, mineurs et familles. Cette formation avait pour objectif principal la connaissance et l'échange mutuel de savoir-faire entre les professionnels de la PJJ et des femmes venant d'horizons très différents repérées par des associations à caractère social. Il s'agit d'élaborer ensemble et de partager des recettes de cuisine. Plusieurs sessions de formation se sont déroulées, recueillant l'assentiment général des participants, enthousiasmés par les apports théoriques et techniques reçus mais surtout par l'aventure humaine vécue. La rencontre des professionnels de la PJJ et des bénéficiaires associatifs d'horizons divers a été extrêmement enrichissante.

Dans la cuisine, tous ont apporté leur contribution à la découverte collective. Les cinq sens ont été en éveil et chacun a pu mettre en mots sa culture, ses traditions, ses goûts, ses contraintes, ses envies. Entre terroir picard et Maghreb, les participants ont parlé d'équilibre alimentaire, respect des pratiques religieuses et principe de laïcité, évoqué les modes de consommation actuels, le contexte économique, et ont retrouvé le chemin de la curiosité culinaire et culturelle. Le but était bien d'avoir une incidence et des prolongements pratiques au sein des services :

- par le développement d'actions pouvant être montées avec les familles, les mineurs accueillis et l'équipe de la structure PJJ. L'idée était de les inviter à prendre part à la vie de la structure en veillant à l'élaboration de repas qui seraient pris en commun : personnel du foyer, mineurs et familles, en visant principalement à développer des liens et des relations entre l'équipe et les familles, ainsi qu'à soutenir la fonction parentale. Il s'agissait par la valorisation de ce savoir-faire culinaire, de renouer le dialogue mineurs / parents, de travailler sur les représentations et de trouver de nouveaux espaces de partage et d'échange ;

- par l'association plus importante des ouvriers professionnels « cuisine » des structures à l'action d'éducation : éducation alimentaire, aide à l'autonomie des jeunes confiés, notamment ceux accueillis en hébergement diversifié, élaboration et gestion d'un budget alimentation, préparation de repas, développement des réflexes alimentaires... Des liens forts ont pu se maintenir entre la PJJ et les associations à caractère social rencontrées à l'occasion de la formation-action. Les bénéficiaires associatifs ont été accueillis dans certaines structures d'hébergement dans le cadre de stages afin de découvrir la fonction d'ouvrier professionnel « cuisine ». Certains ont pu être accompagnés vers l'emploi dans le secteur associatif habilité par le ministère de la Justice ou dans le secteur public par le biais du concours.

Quand le pouvoir d'agir des personnes s'exprime, des solutions sont trouvées

L'expérience concluante de « Cuisines du monde », a incité les directions territoriales de la PJJ Somme-Aisne et de la PJJ Oise à répondre à la proposition de partenariat de la Draaf et de la DRJSCS de Picardie autour d'un nouveau projet « Cuisine et jardins potagers nourriciers - 2013-2014 » (cf. article ci-contre), en relation étroite avec le schéma régional de prévention de l'ARS, les plans départementaux d'insertion des conseils généraux et les dernières préconisations du ministère de l'Agriculture, de l'Agro-alimentaire et de la Forêt. Destiné dans un premier temps aux bénéficiaires de l'aide alimentaire, ce dispositif est désormais étendu à d'autres publics en difficulté. Des jeunes pris en charge par les différents services et établissements éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse vont ainsi être accueillis par groupes de six au sein de potagers engagés dans le projet à Amiens et Beauvais. Encadrés par des professionnels de la PJJ, ils vont découvrir, sous la houlette des jardiniers, les gestes et les techniques qui vont leur permettre de générer une production. Au rythme du potager, les jeunes repartiront avec une récolte qu'ils iront exploiter dans des ateliers cuisine proposés par des partenaires. Ils apprendront à adapter leurs modes de consommation en fonction du panier qui

aura été constitué et à élaborer des menus équilibrés, exotiques ou traditionnels, riches en saveurs.

Ces deux expériences montrent que le double enjeu stratégique d'accompagnement des publics et d'accès aux droits et à l'exercice de la citoyenneté constitue un espace porteur de plus-value en matière de mutualisation des compétences, d'appréhension globale des problèmes et de mise en cohérence des interventions conduites. Le constat fait à travers les différentes structures associatives en faveur d'une amélioration de l'offre alimentaire permet de mettre en exergue deux volets d'un diagnostic pour les familles à petit budget ou les personnes en situation de précarité :

- leur accès à l'alimentation passe par le dispositif de l'aide alimentaire, qui fonctionne sur un circuit long et répond à une injonction d'urgence peu questionnée. Le mode d'organisation, à la fois réglementé par l'Europe et la France, pourrait susciter un espace à l'innovation ;

- la pédagogie d'émancipation par le potager nourricier est de réaliser une double autoformation : devenir un sujet digne d'intérêt et objet de sa propre formation.

Ces deux constats débouchent sur le fait qu'il faut lier alimentation, production et démarches locales. C'est bien en se réappropriant la possibilité de consommer dans un rapport de proximité avec les producteurs que les uns et les autres appréhendent la vie ensemble. L'équité apparaît alors comme un objectif atteignable parce qu'il reste à taille humaine et dans un environnement visible.

Cependant, la massification des processus de précarité et de pauvreté oblige à prendre en compte la façon dont les gens s'organisent pour accéder à l'alimentation ; la multitude d'initiatives à laquelle on assiste (groupements informels d'achats, jardins partagés, troc, glanage, partage de l'accès à l'aide alimentaire...) rend compte que lorsqu'on laisse le pouvoir d'agir des individus s'exprimer, des solutions s'ont trouvées. Les circuits courts permettent plus facilement l'*empowerment* (pouvoir d'agir), la mixité sociale et la construction de la cohésion sociale.

Yassine CHAÏB

DRJSCS

Anne-Sophie TERNISIEN

DTPJJ Somme-Aisne

Le conseil régional de Picardie s'attache à améliorer la qualité de l'alimentation dans les lycées de la région, notamment par l'incitation d'introduire des produits bio dans la restauration scolaire et en facilitant les rencontres entre lycéens et acteurs locaux de la chaîne alimentaire.

La qualité des repas servis en restauration collective est une des préoccupations de la région Picardie, sachant que plus de six millions de repas sont servis dans les lycées picards chaque année.

Un intérêt particulier est donc porté sur la qualité des produits, leur traçabilité mais aussi sur l'éducation nutritionnelle des lycéens et la prévention des pathologies chroniques liées à la nutrition.

À cette fin, tous les acteurs de la restauration scolaire doivent être informés, sensibilisés et accompagnés afin :

- d'améliorer la qualité des repas servis (variété, équilibre alimentaire...) ;
- de faire évoluer les pratiques d'achat de produits alimentaires et les exigences « qualité » des services de restauration ;
- de faire évoluer les comportements alimentaires (connaissances en nutrition et équilibre alimentaire) ;
- d'appréhender les conséquences sur la santé et l'environnement (augmenter la consommation de produits issus de l'agriculture biologiques, respectant la saisonnalité et favoriser les circuits courts d'approvisionnement) ;
- de permettre la rencontre entre élèves, personnel d'établissement et acteurs territoriaux (associations, agriculteurs...)

Le conseil régional a dès lors mis en place plusieurs actions volontaristes visant à améliorer l'alimentation des lycéens.

Les opérations « **Petits déjeuners** » permettent aux jeunes de prendre un premier repas équilibré le matin avant l'entrée en classe. Ce dispositif est parfois rendu nécessaire par l'étendue de la zone géographique de recrutement de certains lycées. En effet, les élèves peuvent être amenés à partir très tôt en transport en commun le matin et, dans ces conditions, il leur est difficile de se restaurer. À noter qu'il s'agit bien d'un petit déjeuner et non d'une collation.

L'aide régionale vise alors à prendre en charge une partie du coût occasionné par la proposition par l'établissement d'un petit déjeuner à destination de ces élèves. Pour 2013-14, vingt-sept lycées ont déjà demandé à bénéficier de l'opération ce qui représente une prise en charge par la région d'un montant de 105 276 €.

L'action « **Manger bio dans les lycées** » facilite l'introduction de produits issus de

l'agriculture biologique dans les repas servis en restauration scolaire. Le conseil régional prend en charge une partie du coût lié à l'achat de ces produits. L'établissement peut ainsi proposer aux élèves demi-pensionnaires et internes des repas comprenant au moins un produit bio : pain, laitage (yaourt ou fromage), fruit ou légume (respectant la saisonnalité), ou procéder à l'élaboration d'un repas complet. Cette introduction de produits bio doit être réalisée de façon régulière et non occasionnelle ou événementielle afin de permettre une continuité dans la démarche. En 2013-14, vingt-et-un lycées sont volontaires pour mettre en place cette démarche, pour un montant de 52 298 € de produits bio.

L'appel à projets Prep (projet réussite éducative en Picardie) permet aux lycées de recevoir un soutien financier de la région afin de mener des projets éducatifs ayant une approche globale relative à l'équilibre alimentaire, la saisonnalité, une alimentation saine sans polluants ni produits chimiques, les circuits de proximité, la transformation des aliments et la préparation des repas...

Les « **parcours découverte** » constituent un accompagnement des établissements scolaires, dans leur projet, par des associations qui proposent différents types d'interventions et d'animations en leur sein. On retrouve notamment des actions de sensibilisation à l'alimentation biologique en restauration scolaire réalisées en partenariat avec les associations Agriculture biologique en Picardie (ABP) et De la graine à l'assiette, qui interviennent dans des actions telles que :

- l'organisation d'un bio quizz : cette

intervention permet un questionnaire et une ouverture de la part des jeunes sur l'agriculture biologique ;

- la mise en œuvre d'une animation culinaire : il s'agit d'une sensibilisation des lycéens à l'alimentation biologique, à la nutrition, à l'importance de la diversité et de la qualité sanitaire, nutritionnelle et gustative des aliments. Cette animation aborde de façon ludique et pédagogique différentes thématiques et est agrémentée de dégustations de produits bio. Plusieurs thématiques sont proposées et l'intervenant facilite les échanges avec les élèves de façon à créer une dynamique autour du sujet retenu ;

- la rencontre avec un producteur / agriculteur sous forme de visite d'une exploitation biologique locale ou d'une intervention d'un producteur dans le restaurant scolaire. Les exploitants agricoles sont sollicités en fonction de leur activité et de la proximité du lycée. L'objectif de cette visite est de recréer le lien entre les consommateurs et les producteurs, de sensibiliser les lycéens au mode de production biologique et d'apporter des connaissances sur le métier d'agriculteur. Cette animation permet d'avoir une vue d'ensemble de l'agriculture biologique sur le terrain et de retracer le circuit effectué par les produits biologiques de leur provenance à notre assiette.

La Région Picardie, au travers de sa démarche de « **Lycée éco-responsable** », tentera d'aller encore plus loin auprès des élèves et de l'ensemble de la communauté éducative en matière de développement durable, et notamment de préservation de leur santé et de leur environnement.

Un exemple parmi d'autres, le lycée d'Aumont (02) est inscrit dans l'action expérimentale « **appétit nature** » initiée par le conseil régional de Picardie, par une politique de développement durable à travers son service de restauration scolaire.

© Photo Eduagri



Sous l'impulsion de son assemblée, le département de l'Aisne s'est doté pour 2012-2014 d'un Agenda 21, processus dans lequel la collectivité s'est engagée à développer sur son territoire un plan d'actions concrètes en faveur du développement durable. La première orientation de ce plan est de contribuer à améliorer la santé des personnes.

L'élaboration du plan d'action s'est faite dans une démarche participative où les différents services du conseil général ont été sollicités pour proposer des actions correspondant à leurs préoccupations en matière de développement durable.

C'est dans ce contexte que le service de protection maternelle et infantile (PMI), préoccupé par la progression régulière de l'obésité infantile des jeunes aisonnais, a proposé au département de mettre en œuvre un programme départemental nutrition santé labellisé PNNS en lien avec le développement durable.

La première démarche, pour la mise en œuvre de ce plan a été de collecter auprès des différents services du département des exemples d'actions concernant la nutrition au sens large (alimentation et activité physique) et d'en indiquer pour chacune, les bénéficiaires, les objectifs, les moyens humains et matériels mis en œuvre.

Il en est sorti un « inventaire à la Prévert », qui, loin d'être exhaustif, a cependant le mérite d'illustrer la grande diversité des modes d'intervention du conseil général de l'Aisne et la richesse de ses ressources humaines.

Cette base de travail a aussi permis de dégager des perspectives originales de collaboration entre services du conseil général.

Pour exemple, le référent restauration collège a en charge d'élaborer un « plan alimentaire » qui permet aux cuisiniers des cantines scolaires d'établir facilement une grille de menus répondant aux besoins nutritionnels des collégiens en respectant les multiples contraintes réglementaires et budgétaires. Le référent restauration a proposé d'apporter son savoir-faire à l'éducatrice de jeunes enfants de la maison maternelle de Mondrepuis char-

gée, quant à elle, d'établir une grille de menus adaptée aux jeunes enfants et à leurs mamans.

Les équipes de PMI constatent que les jeunes enfants, en particulier dans les milieux défavorisés, boivent très peu d'eau « pure » du fait de la mauvaise image de l'eau du robinet auprès des parents. Une des actions de l'Agenda 21 reprise dans le programme départemental nutrition santé est de « revaloriser la consommation d'eau potable du robinet ». Lors d'activités parents-enfants, une dégustation d'eau, ou (bar à eaux) de fruits est proposée à l'unité territoriale d'action sociale (Utas) de Guise.



En partenariat avec la Cpm de l'Aisne et l'Union française de santé bucco-dentaire (UFSBD), 5 000 dépliants sur la prévention bucco-dentaire ont été joints aux carnets de santé afin de sensibiliser les parents sur le brossage des dents et

les bilans de santé bucco-dentaire. Une information par les dentistes participant à l'action a été effectuée à cent infirmières scolaires, médecins scolaires et médecins de PMI. Les collégiens du département bénéficient de cette action.

Aussi, si les indicateurs de santé de l'Aisne sont parmi les plus défavorables, le département peut aussi s'enorgueillir de ses ressources :

- gastronomiques (le maroilles de Thiérache, la flamiche aux poireaux, le haricot de Soissons pour ne citer que les plus emblématiques) ;
- environnementales (département Vert, propice aux activités sportives) ;
- humaines qui est le moteur de la demande d'adhésion à la Charte « département actif PNNS ».

La plus valeur de cette démarche est de permettre la synergie des actions et de rechercher une véritable cohérence d'action entre le personnel de la collectivité et les acteurs du territoire.

Noëlle Rimoux
Dipas
Conseil général de l'Aisne

De nombreuses actions se font en partenariat avec les acteurs du territoire

Cette action visant à réduire la consommation de boissons embouteillées rejoint les préoccupations de la direction de l'aménagement du territoire et du développement durable chargée de mettre en œuvre le schéma départemental de gestion des déchets.

Une formation interne mobilisant le service d'accompagnement des assistants familiaux et la PMI permettra à ces derniers d'échanger sur l'enjeu souvent complexe de l'alimentation des enfants accueillis. La « Fête de la randonnée 2013 » promue par le conseil général s'est ouverte cette année à la thématique Santé Nutrition et, grâce à la mobilisation du réseau Sport Santé et de nombreuses associations, un public très varié a pu participer à divers types de randonnées, mais aussi faire le point sur sa condition physique et habitudes alimentaires. Dans le cadre de l'action « Innorando », cinq circuits sont en cours de labellisation « Tourisme handicap ».

L'élaboration d'un protocole relatif à l'allaitement maternel associant les maternités de Chauny, Château-Thierry, Saint-Quentin et le service PMI, a pour objectif d'harmoniser les pratiques et mieux accompagner l'allaitement maternel. Des formations communes ont été organisées à l'attention du personnel PMI et de la maternité.



Le conseil général de l'Oise s'implique selon plusieurs axes sur la thématique de l'alimentation des jeunes isariens : qualité du service de restauration offert, sensibilisation au goût, mais aussi soutien à l'agriculture responsable et bio, aide aux familles.

Chaque jour, plus de 25 000 demi-pensionnaires prennent leur repas dans l'un des soixante-six collèges publics du département. Plus de 3,5 millions de repas sont servis chaque année, faisant ainsi du conseil général le premier restaurateur du département. Tous les plats sont préparés sur place, dans les cuisines des collèges, sauf pour quatorze d'entre eux qui fonctionnent en liaison froide avec la cuisine centrale départementale à Liancourt.

Assurer la qualité du service de restauration offert aux collégiens

Le conseil général impose à ces restaurants scolaires un règlement essentiel à la qualité du service, suivant ainsi les préconisations du programme national nutrition-santé et du groupe d'étude des marchés restauration collective et nutrition. Ainsi, le plateau du collégien demi-pensionnaire doit disposer de cinq composantes : entrée, plat, accompagnement, laitage, dessert. Le double choix doit être proposé pour chacune de ces cinq composantes : crudités/charcuterie, viande/poisson, féculent/légumes...

Les menus doivent couvrir les besoins d'un adolescent et suivre les recommandations nutritionnelles. Le recours à des produits issus de filières de production tenant compte du développement durable doit être privilégié (circuits courts, de proximité, équitables, biologiques...) Afin de favoriser la diversité et la qualité des plats proposés, le conseil général a installé dès 2010 des buffets de crudités ou de légumes chauds « à volonté » dans les réfectoires de cinq établissements pour en promouvoir la consommation.

Le conseil général participe à l'opération *Plaisir à la cantine*, dispositif de formation interministériel et expérimental avec le ministère de l'Agriculture, de l'Agro-alimentaire et de la Forêt, soutenu par le fonds européen agricole pour le développement rural (développement Feadar) et avec le concours de l'ARS de Picardie (trois collèges isariens en 2012/2013, quatre en 2013/2014).

Améliorer les conditions d'accueil et de vie scolaire est un moyen de favoriser la réussite scolaire des collégiens. C'est pourquoi, au-delà des missions obligatoires qui lui ont été confiées comme la construction et l'entretien des collèges ou les transports des collégiens, le conseil général de l'Oise s'engage pour une

alimentation de qualité dans les restaurants scolaires.

Participer à l'éducation au goût des collégiens

Éduquer les jeunes au plaisir gustatif est également un de ses objectifs. Le personnel départemental des cuisines des collèges a pour objectif quotidien de concilier qualité nutritionnelle et éducation alimentaire. Le département accompagne ainsi tous les projets en faveur du « mieux manger », notamment à travers les animations culinaires et des repas à thème au sein des collèges publics isariens, auxquels les chefs d'établissement sont libres de participer. En avril dernier, quarante-deux établissements ont participé, pour la troisième année consécutive, à l'animation culinaire « les Saveurs de l'Oise », basée sur la découverte des spécialités culinaires picardes. L'occasion pour les services de restauration scolaire des collèges de concevoir un menu qui permet de faire connaître aux demi-pensionnaires le patrimoine culinaire isarien avec ses spécialités traditionnelles et ses produits locaux, participant ainsi à l'éducation au goût des collégiens.

De nouveaux moyens pour garantir qualité et maîtriser les coûts

Depuis la rentrée 2012, la cuisine départementale à Liancourt confectionne les repas de 5 000 collégiens de l'Oise. Treize établissements des secteurs de Chantilly, Compiègne et Nogent-sur-Oise et l'internat d'excellence à Noyon profitent de ce nouveau service du département. Un quinzième établissement du secteur de Crépy-en-Valois les a rejoint en septembre 2013.

Tout est réuni pour que les collégiens de l'Oise bénéficient du meilleur de la restauration dans leurs assiettes. Sortent de la cuisine départementale de l'Oise des repas de qualité et équilibrés, composés avec des produits de saison, frais et bio (20 % minimum), soutenant ainsi le développement « bio d'ici d'abord ».

Le prix des repas s'échelonne de 3,52 € à 3,84 €, comme dans tous les autres services de restauration scolaire du département, répondant ainsi au souhait du conseil général d'un coût maîtrisé pour les familles.

Ce prix tient compte de la valeur du contenu de l'assiette, des charges de personnel et de bâtiments ainsi que des fluides énergétiques, sachant que le coût réel pour le conseil général est compris entre 8 € et 10 €.

Aider les familles

La volonté du conseil général de permettre l'accès de tous les collégiens à une alimentation saine, variée et équilibrée, se traduit également par la mise en place depuis 2009 de l'aide départementale pour la restauration scolaire en faveur des familles les plus démunies. Tous les élèves boursiers nationaux, régulièrement inscrits d'une manière permanente en qualité d'interne ou de demi-pensionnaire dans un collège public ou privé de l'Oise et dont les parents sont domiciliés dans l'Oise, peuvent bénéficier de ce fonds qui réduit le coût du déjeuner de 70 centimes à 1 € par repas en fonction du taux de bourse.

Soutenir l'agriculture biologique picarde

Afin de favoriser les échanges et la formation des 113 cuisiniers, le conseil général organise régulièrement des rencontres professionnelles. Les plus récentes ont porté sur l'approvisionnement en produits issus de l'agriculture biologique picarde et l'application de la nouvelle réglementation nutritionnelle. En parallèle, des études sont en cours avec l'association Agriculture biologique de Picardie et la chambre d'Agriculture de l'Oise pour promouvoir les approvisionnements en produits biologiques locaux.

La restauration scolaire dans l'Oise en quelques chiffres

- 66 services de restauration : 50 en traditionnelle, 2 en satellites de restaurants d'établissement public local d'enseignement, 14 en liaison froide d'une unité de production
- 66 chefs de cuisine, 42 seconds et 5 cuisiniers itinérants, plus le personnel polyvalent
- 3,5 millions de repas par an
- 25 000 repas par jour

Un autre regard sur la restauration dans les collèges de la Somme

Le service de restauration scolaire des collèges de la Somme veut garantir la sécurité alimentaire tout autant qu'œuvrer pour l'éducation au goût. Il développe une démarche de développement durable avec un approvisionnement produits biologiques et du terroir.

L'alimentation n'est pas seulement nécessaire à la survie de chacun. Elle conditionne aussi le maintien ou non d'une bonne santé, elle s'associe à l'idée de plaisir, de découverte et de partage. Dans le département de la Somme, ce sont chaque jour 15 000 convives pour qui les cuisiniers des collèges auront préparés des repas dans les règles de l'art. Près de deux millions de repas sont servis chaque année.

Un service de restauration scolaire garant de la sécurité alimentaire

Les équipes de restauration des collèges suivent systématiquement les actions de formation proposées par le conseil général en matière de sécurité sanitaire – bonnes pratiques en matière d'hygiène et formation à la mise en application du plan de maîtrise sanitaire (PMS) dans la cuisine du collège. La réalisation d'audits réguliers des locaux et du PMS des quarante-huit collèges de la Somme est effectuée par le technicien de restauration scolaire du conseil général et permet de s'assurer de la bonne application des consignes à respecter.

La visite médicale annuelle systématique des agents intervenant en cuisine permet d'acter l'aptitude à la manipulation des denrées alimentaires.

Le conseil général met par ailleurs en place un plan d'autocontrôles microbiologiques portant à la fois sur l'analyse des denrées (prélèvement mensuel), le contrôle des surfaces pour tester l'efficacité du plan de nettoyage et de désinfection tous les deux mois et le contrôle de l'eau de consommation

Un service de restauration scolaire garant de la qualité alimentaire

Les équipes de restauration des collèges sont également formées aux recommandations du *Guide étude marché public restauration collective et nutrition* et, à ce titre, élaborent des menus respectant à la lettre et, depuis 2011, les objectifs nutritionnels visant à :

- augmenter la consommation de fruits, de légumes et de féculents ;
- diminuer les apports lipidiques, et rééquilibrer la consommation d'acides gras ;
- diminuer la consommation de glucides

simples ajoutés ;

- augmenter les apports de fer ;
- augmenter les apports calciques.

Par ailleurs, le conseil général a souhaité la généralisation de l'approvisionnement de denrées alimentaires en circuits courts et en priorité pour ses collèges. Ainsi les collégiens se voient proposer désormais dans leurs assiettes des produits frais en lieu et place des conserves, des produits de saison et de proximité.

Les équipes de restauration découvrent ou redécouvrent les plaisirs de confectionner une cuisine « faite maison » à partir de produits frais, ils proposent des recettes variées et des saveurs nouvelles ; les salles de réfectoires, les équipements sont transformés pour proposer aux élèves bars à salade, bars à soupe... et rendre les présentations plus appétissantes.

Un service de restauration scolaire garant de l'éducation au goût et des enjeux du développement durable

L'éveil des plus jeunes au goût est essentiel, car il conditionne les habitudes alimentaires de l'adulte. Les services de restauration scolaire s'appliquent donc à mener des actions d'éducation au goût afin de faire découvrir aux élèves des saveurs nouvelles. Aux dires des élèves, les potages n'ont plus le même goût, et ils savent différencier les viandes qui avaient autrefois toutes le même goût ; quant aux fruits et fromages, ils ne finissent plus à la poubelle.

Les élèves découvrent les produits des terroirs et prennent conscience de l'importance du lien qui se fait naturellement entre le collège et le producteur local, ce même producteur qui va participer aux actions d'éducation au goût proposées par le collège.

C'est l'occasion aussi de découvrir les différentes pratiques agricoles à l'origine du contenu de son assiette. Agriculture biologique, agriculture raisonnée ou conventionnelle, c'est ce lien direct entre le cuisinier et le producteur local qui permettra de faire évoluer les modes de production. Aujourd'hui 22 % des producteurs inscrits sur la plateforme somme-produitslocaux.fr sont en agriculture biologique, l'enjeu consiste à introduire les

produits biologiques tout en maintenant les équilibres financiers.

L'une des réponses est de lutter contre le gaspillage alimentaire et de proposer des menus bas carbone. De nombreux collèges se sont inscrits dans ces actions de lutte contre le gaspillage alimentaire et les enseignements sont précieux. De même, le compostage des biodéchets se développe dans certains établissements.

Un service de restauration scolaire social et équitable

Depuis la rentrée 2012, un tarif unique de restauration scolaire de 3 € est appliqué dans tous les collèges du département, avec une réduction de 0,40 € pour les enfants bénéficiaires de l'allocation départementale de scolarité. De plus, d'ici 2015, grâce à la généralisation des systèmes informatisés, la tarification au forfait sera supprimée au profit d'un paiement effectué au repas effectivement pris par l'élève. Ces dispositifs, au même titre que les efforts réalisés en matière de qualité, participent à l'augmentation régulière du nombre de convives dans les cantines des collèges du département.

Le conseil général s'attache également à traduire les principes de la qualité alimentaire dans ses propres achats de denrées alimentaires et privilégie de même l'approvisionnement en circuits courts, les produits biologiques, les produits du terroir.

Pour l'ensemble des manifestations qu'il organise, notamment dans le cadre des réunions du conseil général junior composé de collégiens, il s'assure que les repas ou les goûters proposés, respectent les recommandations et objectifs nutritionnels garantissant d'une alimentation saine et équilibrée.

Chiffres clés

2 millions de repas par an.
44 collèges s'approvisionnent sur la plateforme somme-produitslocaux.fr

Exemple du mois de janvier 2013 :

- 6,7 t de fruits et légumes ;
- 1,5 t de viandes ;
- 5 942 œufs (bio ou plein air) ;
- 350 fromages ;
- 2 821 yaourts fermiers...

PicAlim, recherche-action en nutrition avec les élèves de seconde en Picardie, poursuit deux objectifs : documenter la prise de nourriture et co-construire avec les jeunes des actions et messages de prévention en matière de nutrition. Cinq lycées généraux, techniques et professionnels sont concernés.

PicAlim est réalisée conjointement par l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie (OR2S) et l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Picardie (Ireps). L'action est appuyée par l'Éducation nationale, l'agence régionale de santé (ARS), le conseil régional de Picardie et bénéficie d'une subvention du fonds français pour la santé et l'alimentation.

La première phase de PicAlim s'est étendue de janvier à juin 2013. À partir d'un recueil alimentaire, elle va permettre de documenter la prise de nourriture (types d'aliments, fréquence et moments de consommation) des jeunes en seconde de lycée général et technique et de lycée professionnel. Il sera alors possible d'identifier les différentes familles d'aliments structurant chacune des occasions de consommation d'une journée, d'étudier les apports énergétiques et nutritionnels des lycéens - mettant en évidence carences ou excès - mais aussi de décrire leurs habitudes alimentaires et l'environnement de leurs repas.

Construction de messages de prévention par les réseaux sociaux

Ensuite, se basant sur les résultats des données alimentaires, PicAlim permettra de co-construire avec les jeunes des actions de prévention en matière de nutrition par la formulation de messages, l'écriture de *scenarii* de clips vidéo et l'utilisation des outils du marketing social.

PicAlim est réalisée dans cinq établissements secondaires de la région. Trois recueils d'information ont été utilisés lors de la première phase. Ils s'intéressent aux données alimentaires (carnet journalier sur quatre jours), à un relevé de mesures anthropométriques et enfin à un auto-questionnaire sur les modes de vie. Cent soixante-trois lycéens ont été inclus dans l'étude. Cent quatorze d'entre eux ont renseigné le carnet alimentaire durant la période de quatre jours demandé, période variant d'un établissement à l'autre. Adapté de l'outil de l'enquête nationale Inca2, les élèves devaient indiquer pour chaque repas pris des informations comme le nom des aliments, boissons ou plats, les marques des produits, la quantité consommée, le lieu de prise de repas, la qualité des convives éventuels (famille, amis...), les activités durant le repas (TV, ordinateur...)

Pour les prises alimentaires entre les repas (collations du matin, de l'après-midi et du soir), seules des indications relatives aux aliments consommés ont été demandées.

Au delà des données alimentaires, un recueil de mesures anthropométriques a été réalisé par les infirmières des lycées avec les mesures de la taille et du poids pour cent cinquante-sept élèves. Les données de corpulence pourront ainsi être mises en relation avec les types et quantités d'aliments consommés par les lycéens.

Enfin, les cent-soixante-trois lycéens ont répondu à un questionnaire abordant la vie familiale, les activités sportives et de loisirs, la participation à des actions d'éducation à la santé et à la citoyenneté dans le cadre de la scolarité, l'hygiène de vie, l'hygiène alimentaire et les conduites addictives. Ces informations sur les modes de vie, intégrés à l'analyse des carnets alimentaires, seront utilisées comme éléments complémentaires de description des comportements alimentaires des jeunes picards. L'analyse des questionnaires est en cours et les premiers résultats seront connus d'ici la fin 2013.

La deuxième phase de la recherche-action a démarré dès septembre 2013 par la réalisation de *focus groups* auprès de groupes d'élèves entrant en seconde dans quatre des lycées. Un groupe de travail OR2S - Ireps a élaboré le guide et les outils supports des entretiens. Ces *focus groups* permettront de faire parler les jeunes à la fois sur l'enquête quantitative et sur les représentations qu'ils ont de la nutrition et des messages de prévention. Il leur succédera une phase de création de mes-

Affiches utilisées lors des *focus groups* avec les lycéens



sages, notamment ceux utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et les réseaux sociaux. Une page Facebook du projet a d'ailleurs été créée à cette occasion. Elle présentera l'avancée de la construction des messages de prévention de chacun des groupes. PicAlim se terminera au second semestre 2014 par une phase d'évaluation de l'ensemble du projet.

Céline THIENPONT
OR2S
Valérie ÉVRARD
Ireps

Premiers résultats

Près d'un jeune sur six n'a indiqué prendre aucun petit-déjeuner durant les quatre jours d'enquête. À l'inverse, près de la moitié en a pris un tous les jours.

Deux jeunes sur cinq ont pris les trois principaux repas (petit déjeuner, déjeuner, dîner) tous les jours au cours de l'enquête.

Huit jeunes sur dix ont déclaré avoir consommé un aliment ou une boisson au moins une fois au cours des quatre jours d'enquête entre les principaux repas l'après-midi et sept sur dix le matin.

Petit déjeuner

Un bol de
chocolat chaud



+ Deux tartines de
pain à la confiture



+ Un kiwi



En 2011, l'Ireps de Picardie a répondu à un appel d'offres lancé par l'Inpes sur la formation et l'accompagnement des structures de l'aide alimentaire en région. Il s'agissait du troisième volet d'un déploiement national d'actions vers les populations les plus précarisées qui en Picardie poursuit son développement par l'action *Jardins potagers nourriciers*.

Les bénéficiaires de l'aide alimentaire dans la région ont des profils familiaux variés mais les personnes isolées et les familles monoparentales sont les plus représentées. Si, en 2011, des initiatives au niveau régional pour articuler promotion de la santé, précarité et alimentation existaient, elles ne portaient pas directement sur la formation des intervenants dans le développement d'actions de promotion de la santé sur le volet alimentation. Ce dispositif de formation qui peut jouer un effet « levier » pour chaque structure mais aussi pour leur mise en réseau, était donc particulièrement innovant, notamment par l'articulation proposée entre le volet proprement formatif et le volet d'appui méthodologique.

L'objectif de cette action financée par l'Inpes était de former les professionnels et les bénévoles des structures de l'aide alimentaire à l'approche des populations en situation de précarité et de leur alimentation. Trente-trois structures ont participé dans la région (CCAS, épiceries sociales, centres social rural, Croix-Rouge, restos du cœur, autres associations). L'objectif de la session de formation était prioritairement de rencontrer, d'échanger entre intervenants de l'aide alimentaire, mais aussi de connaître des outils d'intervention. À partir des échanges autour des pratiques des participants et de l'analyse des difficultés rencontrées sur cette thématique, ces journées avaient pour objectifs de renforcer leurs connaissances en matière de nutrition, d'alimentation, de développer des aptitudes au développement d'actions à composante nutritionnelle auprès des bénéficiaires et d'échanger sur cette thématique.

Les échanges ont rapidement permis de mettre en évidence les difficultés pour les bénévoles et salariés de l'aide alimentaire d'intervenir concrètement dans le champ de l'alimentation auprès des bénéficiaires. Deux raisons principales furent évoquées : le manque de temps d'intervention et d'échange, notamment dans le cadre des distributions alimentaires qui n'ont pas été pensées pour être un moment d'information, de sensibilisation et encore moins d'éducation nutritionnelle.

De nombreux participants ont également précisé l'absence d'une phase diagnostique permettant d'identifier finement les besoins des bénéficiaires en matière de nutrition.

La formation aura ainsi permis une véritable « prise de conscience » de l'importance de l'alimentation de la part de certains intervenants. Nombreux sont ceux qui ont aussi



constaté des modalités de fonctionnement différentes mais des besoins identiques.

Si l'influence favorable d'une alimentation suffisante, variée et équilibrée sur la santé a été admise par tous les participants, certains d'entre-eux se sont dit relativement « dépourvus » pour intervenir dans un champ « plus orienté vers la santé ». Certains ont évoqué une dichotomie entre « se nourrir » et « bien se nourrir », cette dernière formule n'étant pas une priorité face à celle de répondre au besoin élémentaire de manger.

Les structures de l'aide alimentaire ont remarqué que pour la majorité des bénéficiaires, l'apport en fruits et légumes ou poisson était obtenu principalement par l'aide alimentaire. Cependant, la demande des personnes bénéficiaires n'était pas principalement axée sur ces groupes alimentaires mais très orientée vers des aliments ne nécessitant pas ou peu de préparation : plats cuisinés, viennoiseries, charcuteries, fromages... ou vers des aliments gras et sucrés.

Les participants à la formation ont aussi évoqué les difficultés rencontrées par les bénéficiaires à être dans une dynamique de préparation culinaire des aliments disponibles dans les structures. Selon eux, les capacités d'équipement culinaire ne rentreraient pas seulement en compte mais plutôt le manque de savoir-faire et de motivation. Les plats préparés sont pour eux la simplification d'une vie déjà compliquée.

La plupart des participants a aussi précisé la difficulté de mettre en œuvre des actions d'information nutritionnelle alors que la disponibilité alimentaire dans leur propre structure ne permet pas concrètement de tendre vers « les préceptes de l'équilibre alimentaire ».

Si la demande des participants est restée très axée sur l'acquisition « d'outils », certains d'entre-eux ont pu réfléchir à des modalités d'interventions différentes auprès des bénéficiaires. Si les ateliers cuisine furent vécus pour de nombreux participants comme « l'outil idéal » d'intervention dans le domaine de la précarité, ils demeurent inaccessibles pour de nombreuses structures manquant de moyens, de lieu adapté ou tout simplement de personnel. Des idées d'animation ont cependant pu être échangées, comme sur le parcours santé-équilibre alimentaire au cours de la distribution alimentaire à l'aide des repères de consommation du PNNS.

Cette formation alimentation semble avoir permis de changer le regard de certains participants vis-à-vis des bénéficiaires. Les travaux de groupe sur la mise en œuvre d'un repas équilibré à budget compté ont permis de mettre en évidence le niveau d'acquisition de compétences à rassembler pour être en capacité de gérer un budget alimentaire.

Conclue en 2012, cette action auprès des structures de l'aide alimentaire se prolongera en quelque sorte dans l'action *Jardins potagers nourriciers*, menée par l'Ireps, la Draaf, l'ARS et leurs partenaires. Le troisième volet de cette action, qui devrait être entamé à la fin de l'année, consiste à prévoir un plan de formation à destination de structures, non seulement de l'aide alimentaire, mais aussi d'insertion, d'éducation pour la santé ou encore du développement durable.

Philippe LORENZO
Ireps Picardie

Améliorer l'accompagnement et le soutien proposés aux familles adoptives

Aujourd'hui, un relatif consensus entre les différents acteurs de l'adoption vise à reconnaître des spécificités à l'adoption et à ses besoins particuliers. Cependant, le constat du manque de dispositifs d'accompagnement et de soutien pour les familles, avant ou après l'arrivée de l'enfant, est également général. Le rapport du Creai de Picardie et ses préconisations visent à une amélioration du processus.

Le Creai de Picardie publie les résultats d'une étude nationale sur l'adoption visant à apprécier le fonctionnement de l'ensemble du dispositif français, notamment pour prévenir les risques et améliorer le processus. En plus d'entretiens réalisés auprès de vingt-sept personnes faisant partie d'institutions ou d'associations adoptives, l'enquête a porté sur des familles ayant adopté en 2005, 2008 ou 2010. Les deux cinquièmes des parents sollicités ont accepté de remplir un questionnaire très détaillé sur leur parcours et celui de leur enfant, soit quatre cents familles au total. L'enquête par questionnaire est représentative de l'ensemble des adoptions réalisées pour les trois années données.

L'étude a été financée par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), sur proposition du Conseil supérieur de l'adoption (CSA). La demande fait suite aux évolutions importantes ayant eu lieu ces dernières années. En termes d'effectifs, le nombre d'adoptions a fortement diminué après avoir connu un pic en 2005 avec près de cinq mille enfants adoptés ; ils étaient moins de deux mille huit-cents en 2011. Cette baisse est uniquement due à l'évolution de l'adoption internationale, les chiffres actuels se rapprochant de ceux observés dans les années quatre-vingt.

Des procédures de plus en plus longues et difficiles pour des enfants plus âgés

Sauf exceptions, et avant qu'un enfant adoptable correspondant au projet soit proposé par une instance officielle pour adopter un enfant, il faut tout d'abord obtenir un agrément délivré par le conseil général. Alors que moins d'un parent sur quatre estime avoir rencontré des obstacles pour obtenir l'agrément ou lors des évaluations préalables, plus de la moitié déclare avoir éprouvé des difficultés lors des démarches après l'obtention de l'agrément. Ainsi, c'est au cours de la mise en relation avec les différents pays et intermédiaires que les difficultés sont les plus prégnantes ; le ressenti de ces difficultés augmente au fil des années : 62 % des parents ayant adopté

en 2010 en font part contre 50 % en 2008 et 44 % en 2005.

Ces difficultés sont en partie liées à la durée des démarches qui a fortement évolué dans le temps. Ainsi, la durée moyenne séparant l'obtention de l'agrément de l'accueil du ou des enfant(s) adopté(s) était de 2,3 ans en 2005, de 2,7 ans en 2008 et de 3,1 ans en 2010. En outre, en 2005, seuls 6 % des parents adoptifs accueillaient leur enfant après plus de cinq ans, durée de validité d'un agrément, contre deux fois plus en 2010. La difficulté à trouver un enfant adoptable correspondant à leur projet initial pousse les candidats à l'adoption à modifier leur projet. Ainsi, un quart des parents adoptifs a obtenu au moins une modification ou une extension de leur agrément en cours de procédure. Tandis que ces changements concernaient une adoption sur cinq en 2005, ils en touchent plus d'un tiers en 2010. Les modifications concernent surtout l'âge des enfants et/ou leur nombre.

Surveiller l'état de santé des enfants et accompagner leur scolarité

Du fait des évolutions internationales, l'âge des enfants adoptés a en effet augmenté : ils avaient en moyenne 2,6 ans en 2005, mais étaient âgés de plus de 3 ans les années suivantes. Au niveau international, les plus de trois ans représentaient seulement 29 % des adoptions en 2005, contre 35 % en 2010 et même 39 % en 2008.

Les évolutions liées au projet d'adoption, si elles ne sont pas accompagnées par des professionnels ou des spécialistes de l'adoption, peuvent avoir des conséquences importantes sur la suite de la construction familiale. Or, c'est lors de cette

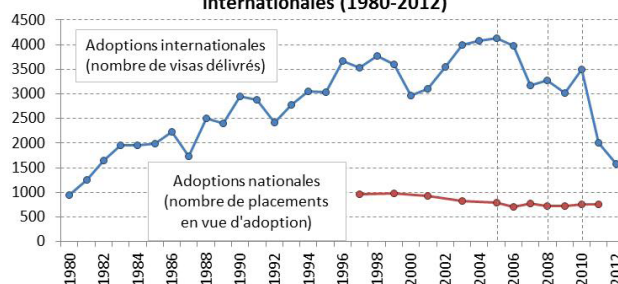
étape que les candidats à l'adoption se retrouvent le plus démunis et qu'ils ont le moins d'interlocuteurs proposés par les instances officielles.

Lors de leur adoption, plus du quart des enfants a un problème de santé, essentiellement des « maladies infectieuses et parasitaires » (10 %) ou des « troubles mentaux et du comportement » (4 %). Par la suite, si sept enfants sur dix n'ont rencontré aucun problème de santé – hors maladies infantiles classiques –, 19 % ont eu un problème de santé d'ordre physique et 15 % un problème d'ordre psychologique ; 4 % des enfants étant concernés par les deux types de difficulté. D'une manière générale, ce sont les enfants originaires d'Europe et d'Amérique qui sont les plus concernés par ces problèmes. En outre, les difficultés d'ordre psychologique augmentent avec l'âge de l'enfant lors de son adoption et varient de 5 % pour les enfants adoptés à moins d'un an à 57 % pour ceux arrivés après dix ans. Après l'adoption, c'est durant la scolarisation que les parents adoptifs estiment avoir rencontré les difficultés les plus prégnantes (37 % des parents dont l'enfant est scolarisé). Celles-ci concernent en majorité des troubles du langage ou des problèmes de prononciation, des difficultés de concentration ainsi que des difficultés d'apprentissage. Plus rarement, c'est l'attitude de l'enfant lui-même qui entraîne les difficultés, que ce soit du fait d'un comportement non adapté à l'école ou du fait d'un blocage de l'enfant par rapport à la scolarisation, parfois en lien avec un passé traumatique à l'école. Par ailleurs, certains parents estiment que les difficultés viennent des enseignants ou, plus généralement, de l'Éducation nationale, qui sont dans l'incapacité de s'adapter aux spécificités des enfants adoptés. Ces difficultés ne dépendent pas tant de

l'âge auquel l'enfant adopté est scolarisé, mais du temps qu'il a passé dans sa famille adoptive avant d'intégrer le système scolaire. Si cette durée est inférieure à trois mois, la probabilité de rencontrer des difficultés par la suite est environ trois fois plus élevée. Les parents auraient donc besoin de temps pour une meilleure adaptation de l'enfant à sa nouvelle vie.

**Juliette HALIFAX
Marie-Véronique LABASQUE
Chargées d'études au Déro
(Creai)**

Evolution du nombre d'adoptions nationales et internationales (1980-2012)



Sources : Enquêtes sur la situation des pupilles de l'Etat, DGAS puis Oned
Ministère des Affaires Etrangères, MAI puis SAI

L'hébergement des sans domicile en 2012

En 2012, l'Insee et l'Ined ont reconduit l'enquête auprès des utilisateurs des services d'hébergement et de distributions de repas, dite enquête Sans domicile. Plus de 140 000 personnes étaient sans domicile au début 2012, soit une progression de 50 % depuis 2001.

L'étude Sans domicile 2012 montre que les sans-domicile déclarent avoir été en moyenne huit mois et demi sans-domicile durant l'année 2011, un mois et demi dans un logement dont ils étaient propriétaires ou locataires et pendant deux mois hébergés par un tiers ou en squat. Deux sur cinq déclarent n'avoir jamais eu de logement à eux, certains ont été placés dans leur jeunesse, alors que d'autres peuvent considérer que le logement de leur famille ou celui de leur conjoint n'était pas le leur. Conduite entre fin janvier et début mars 2012, l'enquête a permis d'estimer à 141 500 le nombre de personnes sans domicile (cf. définition ci-dessous). Parmi les 103 000 adultes qui ont utilisé au moins une fois les services d'hébergement ou de restauration dans les agglomérations de 20 000 habitants ou plus, 81 000 adultes étaient sans domicile, accompagnés de 30 000 enfants. Plus de la moitié de ces adultes était de nationalité étrangère. En incluant les sans-domicile des communes rurales et des petites agglomérations et les 22 500 personnes en centres d'accueil pour demandeurs d'asile, 141 500 personnes étaient sans domicile en France métropolitaine début 2012, soit une progression de près de 50 % depuis 2001.

Près de la moitié des adultes francophones sans domicile était en hébergement collectif, un tiers dans un logement payé par une association, un sur dix à l'hôtel et un sur dix était sans abri.

Cette dernière catégorie de population représentait 9 % des sans-domicile. La nuit précédant l'enquête, 36 % de ces personnes étaient dans une cave, un parking, un grenier, hall d'immeuble, usine désaffectée..., 21 % dans un lieu extérieur (rue, pont, jardin...),

17 % dans un lieu public (gare, métro, centre commercial, lieu de culte...), 14 % dans une habitation de fortune (tente, cabane, grotte...), 8 % dans une halte de nuit, 4 % dans une voiture ou un camion. Les deux tiers ont dormi seul. Un quart d'entre eux a pu accéder nuit et jour à des toilettes près du lieu où ils dorment. La moitié des sans-abri (48 %) n'a pas souhaité se rendre dans un centre d'hébergement la veille de l'enquête, pour cause de manque d'hygiène du lieu (29 %) ou de l'insécurité (26 %). Parmi les autres sans-abri, 14 % ont été refusés des centres d'hébergement par manque de place.

L'enquête dévoile aussi que près de deux sans-domicile sur cinq sont des femmes. Elles bénéficient de conditions d'hébergement plus stables que les hommes et sont très rarement sans-abri. Un quart des sans-domicile a un emploi, près de la moitié est au chômage et plus du quart est inactif.

L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales, Françoise Yaouancq, Alexandre Lebrère, Maryse Marpsat, Virginie Régner, Stéphane Legleye, Martine Quaglia, *Insee Première*, n° 1455, juillet 2013



L'enquête

Dans l'enquête Sans domicile, réalisée en 2012 par l'Insee, 8 700 francophones interrogés, dont 4 500 ont répondu en face à face et 4 200 ont renseigné un questionnaire auto-administré, à partir d'un échantillon de 1 300 services d'aide.

Les organismes retenus dans l'enquête sont des associations ou organismes :

- d'hébergement, que ce soit en insertion, stabilisation ou urgence, regroupé ou dispersé, en appartements, hôtels ou centre d'hébergement collectif, haltes de nuit ;
- de distributions de repas (midi, soir ou petits-déjeuners), en intérieur ou en extérieur. Pour atteindre davantage de sans-abri, les services de petits déjeuners, les lieux mobilisés de façon exceptionnelle en cas de grand froid et les haltes de nuit ont été intégrés dans le champ de l'enquête (les personnes hébergées dans des lieux mobilisés de façon exceptionnelle en cas de grand froid sont intégrées dans les sans-domicile).

Plusieurs catégories de sans-domicile n'ont pas été prises en compte dans l'enquête :

- ceux qui dorment dans des hébergements du dispositif national d'accueil (centres pour demandeurs d'asile et centres provisoires d'hébergement) ;
- ceux qui dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation (les sans-abri) et ne font appel à aucun service enquêté ;
- les sans-domicile présents dans les agglomérations dépourvues de services pris en compte dans le champ de l'enquête ;
- les sans-domicile vivant dans des agglomérations de moins de 20 000 habitants.

Cependant, les services de quatre-vingt agglomérations de 5 000 à 20 000 habitants ont été recensés et ont fait l'objet d'une enquête spécifique, permettant d'extrapoler le dénombrement issu des résultats de l'enquête dans les grandes agglomérations à l'ensemble du territoire métropolitain ;

- les sans-domicile non francophones qui ne parlent aucune des langues prévues dans le cadre du questionnaire destiné aux non-francophones. Ces derniers ont cependant été dénombrés.

Une personne est dite sans domicile si elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation (on parle alors de sans-abri), y compris les haltes de nuit qui leur offrent un abri (chaleur, café, etc.) mais qui ne sont pas équipées pour y dormir, ou dans un service d'hébergement (hôtel ou logement payé par une association, chambre ou dortoir dans un hébergement collectif, lieu ouvert exceptionnellement en cas de grand froid). Sont exclues de cette définition les personnes qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans un foyer, à l'hôpital, en prison, dans un squat, hébergées par un particulier.

Eurostat regional yearbook 2013

L'Annuaire régional d'Eurostat 2013 vient de paraître. En ce qui concerne la santé, il présente les causes de décès, le taux de lits d'hospitalisation et la densité des médecins. D'une manière générale, la Picardie se situe dans les taux les plus élevés pour la mortalité, dans les plus faibles densités pour les médecins. Il n'y a guère que pour les lits d'hospitalisation et quelques causes de mortalité (maladies respiratoires, système circulatoire) que la région affiche des taux satisfaisants.

Près de cinq millions d'Européens meurent chaque année, principalement de maladies de l'appareil circulatoire (2 millions), de cancers (1,3 million), maladies respiratoires (372 000). Entre 2000 et 2010, les décès par cancers ont augmenté de 7 % alors que ceux pour causes de maladies respiratoires ont baissé de 6 %. On note une très grande augmentation des décès par maladies du système nerveux et pour les troubles mentaux et comportementaux. La plus grande baisse (42 %) est à mettre au bénéfice de la réduction des accidents de la route et des transports en général.

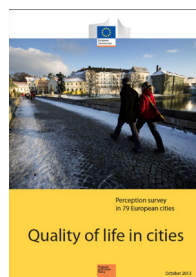
Pour les lits d'hospitalisation, Eurostat note une baisse de près de 13 % du nombre de lits autorisés entre 2000 et 2010, avec, en 2010, 538,2 lits pour 100 000 habitants dénombrés.

À partir des données qu'Eurostat considère comme les plus fiables, le nombre de médecins varie de 900 pour 100 000 habitants (Ceuta, Espagne) à moins de 150 pour 100 000 habitants (Zeeland, Flevoland - Pays-Bas ; Sud-Monténia - Roumanie).



Vivre en ville

Diligentée par la Commission européenne, l'étude sur la qualité de vie dans les villes de l'Union (2012) a été menée dans soixante-dix-neuf villes de l'Union, mais aussi en Islande, Norvège, Suisse et Turquie auprès de 41 000 urbains. La santé, l'emploi, l'éducation et la formation sont les principaux domaines que les gens souhaitent voir traiter au niveau de la ville.



Si dans une majorité des villes, les urbains interrogés se disent satisfaits de leurs conditions de vie en général, des différences peuvent cependant être relevées de manière très nette. Les écarts sont importants selon la ville de résidence sur la perception, par exemple, des services de santé, de la qualité des transports en commun. Dans douze villes, dont Strasbourg (en troisième position) et Lille (6^e), plus de 90 % des gens se disent satisfaits des services de santé, alors que dans 17 %, au moins la moitié

des répondants se disent insatisfaits. Par rapport à l'enquête précédente de 2009, le niveau d'insatisfaction a augmenté significativement dans un grand nombre de villes, l'inverse étant plus rare. Strasbourg enregistre ainsi un niveau de satisfaction de dix points de pourcentage supérieur en 2012 par rapport à 2009.

Par ailleurs, 90 % des répondants estiment qu'il est difficile de trouver un emploi en 2012. Dans les deux tiers des villes, la moitié pense qu'il n'est pas facile de trouver un logement à un prix raisonnable. L'étude montre aussi un faible niveau de satisfaction des personnes quant à la qualité de l'éducation et des écoles.

Socieux

Socieux (Expertise de l'Union européenne pour la protection sociale dans la coopération au développement) est une assistance technique établie par la Direction générale du Développement et de la Coopération - EuropeAid - de la Commission européenne, en vue de soutenir les pays partenaires pour la conception et la mise en œuvre de systèmes de protection sociale. Il vise en priorité les autorités publiques et organismes mandatés chargés de la protection sociale aux niveaux national ou régional de pays à faible revenu et à revenu intermédiaire : pays du voisinage européen, Amérique latine, Asie (y compris d'Asie centrale), Moyen-Orient, Afrique, Caraïbes et Pacifique.

Socieux met en œuvre deux types d'activités :
- des activités analytiques visant à répondre à des déficits structurels au sein des institutions des pays partenaires, par exemple en soutenant l'élaboration d'un cadre législatif ou politique ;
- des activités spécifiques visant à assurer un transfert de savoir-faire et d'expertise en vue de renforcer les capacités existantes ou de répondre à des besoins ponctuels tels que le soutien à la formation et les actions de sensibilisation.

Le programme repose essentiellement sur des activités qui se déroulent dans le pays partenaire, bien que d'autres formes d'intervention, telles qu'un appui à distance ou des visites d'étude dans des pays tiers, au sein ou en dehors de l'Union européenne.



La santé en Europe

Des systèmes de santé robustes et innovants, tel était le sous-titre du Forum européen de santé de Gastein (Autriche), réuni début octobre devant 550 participants venus de quarante-cinq pays.

En conclusion, son président, le P^r Helmut Brand, souhaite que la santé devienne une compétence entière de l'Union et veut saisir la période électorale qui s'annonce pour mettre la santé à l'agenda des candidats. « C'est la première fois, a-t-il dit, que le Parlement européen va élire le Président de la Commission. Cela lui donne un poids important ». Dans la possible renégociation du Traité de l'Union après les élections, et avec la mise en place d'une nouvelle équipe à la Commission, il estime que les occasions se présenteront pour affirmer le poids

de la santé dans les matières européennes, même si, d'un autre côté, un repli des États membres dans la poursuite de la construction européenne est possible.

Réunis quelques jours plus tard, les participants de haut niveau sur la négociation du *Transatlantic Trade and Investment Partnership* (TTIP, Partenariat transatlantique pour le commerce et l'investissement - PTCI -), ont eux aussi évoqué la santé comme une matière d'intérêt européen, par son poids économique et politique. Ils souhaitent donc que la santé fasse partie de ce futur accord de libre échange entre l'Europe et les États-Unis. L'objectif avoué du PTCI est de supprimer toutes entraves au libre commerce, douanières, réglementaires, normatives. Il n'est pas sûr que les services européens d'intérêt général, dont une partie de la santé, y trouvent totalement leur compte !

Inégalités de santé

Deux initiatives permettent d'avoir accès aujourd'hui aux travaux et réflexions sur les inégalités de santé. L'une est européenne et est gérée par le *think tank* EuroHealthNet ; la seconde est francophone et est issue d'un partenariat québécois entre le Réfips, l'INSPQ et l'université de Montréal.

Dans le cadre du programme européen *Equity Action* financé par l'Union européenne, EuroHealthNet a développé un portail internet sur les inégalités de santé, les déterminants sociaux de santé et les politiques de santé aux niveaux européen, national et régional. Il contient également une base de données de projets européens.

Equity Action est un programme européen auquel participe vingt-trois pays et régions. Ses objectifs sont de développer les connaissances pour agir sur les inégalités de santé et de soutenir l'engagement des États membres, régions et autres partenaires pour s'atteler aux inégalités sociales et économiques de santé. Il permet de partager les enseignements entre les États membres et leurs acteurs et de soutenir le développement d'actions pour aborder les inégalités de santé au niveau européen.

C'est dans ce cadre qu'a été développé le portail *Health Inequalities* dont le but est de fournir aux internautes des informations utiles et leur donner l'opportunité aux acteurs institutionnels ou de terrain de promouvoir leur travail.

Ce portail donne accès à un large éventail d'informations sur les inégalités de santé, des outils et ressources et fournit déjà trois cents exemples de politiques et projets abordant les inégalités de santé. La base de données de bonnes pratiques développée dans le portail inclut des exemples de projets et initiatives sur les inégalités sociales aux niveaux européen, national, régional et local. L'information peut être recherchée par pays, champs de travail (éducation, violence domestique...), public cible (enfants, personnes âgées, migrants), milieux de vie (école, ville, hôpital) ou mot-clé.

<http://www.health-inequalities.eu>



<http://www.tribuneiss.com>

promotion de la santé (Réfips). Cette plateforme électronique francophone est une ressource informationnelle en matière d'inégalités sociales de santé à travers le monde. Divers événements, publications, initiatives et ressources y sont répertoriés dans le but de partager l'information existante. Elle vise essentiellement à favoriser le partage de connaissances et la mise en œuvre de stratégies de réduction des inégalités sociales de santé.

Cette base de connaissances permet à ses utilisateurs de développer ou d'enrichir leurs connaissances sur les inégalités sociales de santé et d'ajuster leurs pratiques d'intervention et d'aide à la décision. Ces informations peuvent être partagées avec leurs partenaires dans le but de soutenir la mise en œuvre d'actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

La base de connaissances comprend quatre thématiques :

- inégalités sociales de santé ;
- déterminants sociaux de la santé ;
- stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé ;
- politiques publiques favorables à l'équité.



Base de connaissances francophone sur les inégalités sociales de santé

La seconde base de données accessible *via* internet est issue d'un travail partenarial entre l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (université de Montréal). Elle est hébergée par la *Tribune sur les inégalités sociales de santé*, initiative de la section des Amériques du Réseau francophone international pour la

Deux autres thématiques sont en développement : les problèmes de santé en lien avec les inégalités sociales de santé et l'évaluation des interventions de réduction des inégalités sociales de santé.

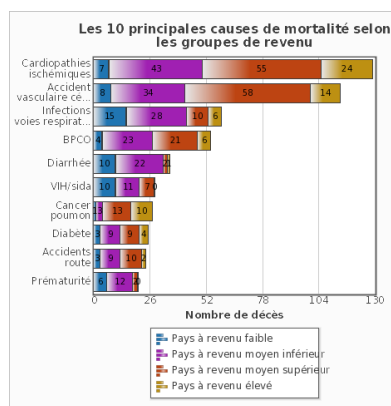
La *Tribune sur les inégalités sociales de santé* et la *Base de connaissances* s'adressent principalement aux professionnels de santé, aux intervenants et aux enseignants/étudiants ainsi qu'à toute autre personne de différents secteurs intéressée par la question des inégalités sociales de santé. Les outils de communication présentés sont libres de droit et peuvent être utilisés ou adaptés par les acteurs selon leurs besoins.

Les dix premières causes de mortalité dans le monde

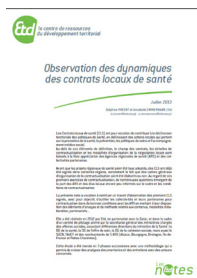
Les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux, les infections des voies respiratoires inférieures, les bronchopneumopathies chroniques obstructives, la diarrhée et le VIH/sida sont restés les principales causes de mortalité au cours de la décennie écoulée. Les maladies chroniques sont responsables d'un nombre croissant de décès dans le monde. Les cancers du poumon (ainsi que les cancers de la trachée et des bronches) ont provoqué 1,5 million de décès (2,7 %) en 2011 contre 1,2 million (2,2 %) en 2000. De même, le diabète a provoqué 1,4 million de décès (2,6 %) en 2011 contre 1 million (1,9 %) en 2000.

Les accidents de la circulation routière ont fait près de 3 500 victimes chaque jour en 2011 – soit environ 700 de plus qu'en 2000 – en faisant l'une des dix principales causes de mortalité en 2011. On remarquera que dans l'Union européenne, cette cause de mortalité a la plus régressé (cf. p. 20). La prématurité a fait 200 000 morts de moins parmi les nourrissons en 2011 qu'en 2000, mais reste parmi les dix principales causes de mortalité.

Selon l'OMS et sur la base des données de revenus de la Banque mondiale, sur 1 000 personnes décédées, 141 viendraient de pays à faible revenu, 368 de pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, 322 de pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et 169 de pays à revenu élevé. La répartition par âge montre que 153 auraient moins de 15 ans, 412 auraient entre 15 et 69 ans et 435 seraient âgées de 70 ans et plus. Plus de la moitié (517) de ces 1 000 décès aurait été provoquée par seulement dix affections ou problèmes de santé (cf. graphique ci-contre).



Source : OMS, 2013



Observation des dynamiques des contrats locaux de santé

La santé bucco-dentaire, Haute Autorité de santé, 2013



La santé bucco-dentaire des enfants s'est nettement améliorée ces vingt dernières années. Cependant, des inégalités sociales de recours aux soins et de santé demeurent : 9 enfants de cadres âgés de 6 ans sur 10 n'ont jamais eu de caries contre 7 enfants d'ouvriers sur 10 en 2006.

La Haute Autorité de santé préconise une visite annuelle chez le dentiste dès l'apparition des dents de lait. Or, le recours aux soins dentaires des enfants est inférieur à cette recommandation : selon l'enquête Handicap-Santé de 2008, 70 % des 5-15 ans avaient consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois. Ce pourcentage masque à la fois des inégalités sociales et territoriales, puisque ce sont 8 enfants de cadres sur 10 qui ont consulté un dentiste dans l'année contre 6 enfants d'ouvriers. Ces inégalités de recours se traduisent par un repérage plus tardif des caries. En maternelle, 4 % des enfants de cadres ont au moins une carie contre 23 % des enfants d'ouvriers. Par ailleurs, les enfants scolarisés dans les Dom ont deux fois plus souvent des dents cariées non traitées que dans l'Hexagone.

Référence : Lucie Calvet, Muriel Moisy, Olivier Chardon, Lucie Gonzalez et Nathalie Guignon, Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge, *Études et résultats*, n°847, Drees, juillet 2013

Delphine Vincent, Annabelle Zimmerman, Observation des dynamiques des contrats locaux de santé, Les notes EDT, Centre de ressources du développement territorial, juillet 2013

En 24 pages, la note de EDT, centre de ressources du développement territorial, restitue un travail d'observation mené en 2012 sur les premiers CLS, en partenariat avec la Datar, et dans le cadre d'un comité de pilotage animé par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, associant notamment le ministère de l'Affaires sociales et de la Santé et cinq ARS (Alsace, Bourgogne, Bretagne, Île-de-France et Poitou-Charentes). L'étude a été menée en trois phases successives. La première a consisté à mener des entretiens avec huit ARS sur la philosophie des contrats, les approches territoriales, les méthodes d'élaboration, les formes d'accompagnement proposées et les moyens mobilisés. La deuxième a été consacrée à l'analyse d'une quarantaine de contrats signés, et la troisième en des échanges avec les territoires. La note se structure en trois parties, la pre-

mière portant sur ce qu'est le CLS, la deuxième sur la contractualisation, et la troisième sur le contenu de CLS étudiés.

Les auteurs notent ainsi que les CLS sont dépendants du type de territoire. En milieu urbain, les questions de prévention et de promotion de la santé sont prééminentes et prioritaires, notamment en raison de la préexistence du volet santé des Cucs et des ateliers santé ville, alors qu'en milieu rural, l'accès aux soins et l'organisation du premier recours et les maisons de santé pluriprofessionnelles constituent l'armature des contrats. Les populations ciblées sont souvent des personnes âgées dont l'isolement est accentué par les caractéristiques géographiques du territoire. Si l'évaluation des actions du CLS est prévue dans la majorité des fiches actions, en revanche, l'évaluation même du dispositif contractuel n'est que très rarement envisagée.

Ni indicateurs, ni méthodologie d'évaluation ne sont prévus pour estimer le dispositif du CLS, la stratégie adoptée et les retombées du contrat, en dehors des opérations elles-mêmes. Il est à noter que le CLS peut être utilisé comme un élément d'attractivité territoriale. Certains professionnels de santé étant plus enclins à s'installer sur des territoires où les questions de santé sont réfléchies, organisées, voire formalisées dans un contrat qui sécurise et pérennise les actions.

De même, la prise en compte de l'impact des politiques publiques sur la santé, dont on perçoit bien la logique et la pertinence dans un CLS, parce qu'intersectorielles et traitant de questions transversales, en particulier liées aux déterminants de santé, n'est pas envisagée dans les CLS. D'après les deux auteurs, il y aurait là des pistes d'action et d'amélioration, pour le partenariat du contrat local de santé.

Suicide

Deux rapports viennent d'être simultanément publiés sur le suicide. L'InVS s'attache à décrire la mortalité par suicide chez les agriculteurs, tandis que le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées a rendu ses recommandations sur la prévention du suicide chez les personnes

L' Institut national de veille sanitaire et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) se sont associés afin d'étudier la mortalité par suicide dans la population des chefs d'exploitation agricole et de leurs conjoints collaborateurs. Cette étude descriptive ne permet de tracer un lien causal entre l'activité agricole et la surmortalité par suicide observée.

L'étude porte sur les années 2007 à 2009 pour une population étudiée de 500 164 personnes en moyenne par an dont 68 % d'hommes et 32 % de femmes. Sur la période, 2 769 décès ont été observés chez les hommes et 997 chez les femmes. La comparaison de la mortalité globale de la population d'étude et de la population française affiche une sous-mortalité significative de 45 % pour les hommes en moyenne pour chacune des trois années.

Parmi les décès, 417 sont dus à un suicide chez les hommes et 68 chez les femmes, répartis de façon assez équilibrée entre les années. Les suicides représentent sur l'ensemble de la période étudiée la troisième cause de décès de cette population. La comparaison de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants à celle des hommes du même âge dans la population française montre un excès de suicides de 28 % en 2008 et de 22 % en 2009. Cet excès est surtout marqué dans les classes d'âge de 45 à 64 ans et dans les secteurs des

filières d'élevage bovins-lait et bovins-viande qui présentent en 2008 et 2009 les surmortalités par suicide les plus élevées. Or, ces deux secteurs ont été particulièrement affectés par les difficultés financières en 2008 et 2009. Les producteurs de lait ont dû faire face à des difficultés économiques auxquelles ils n'étaient pas préparés. Ces résultats préliminaires confirment la nécessité de poursuivre la surveillance dans cette population. Une intégration des données de la période 2010-2011 est d'ores et déjà programmée.

De son côté, le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD) à remis à Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, son rapport sur la prévention du suicide chez les personnes âgées. Le Comité souligne que 28 % des suicides survenus en France en 2010 concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, soit un taux qui reste très élevé malgré plusieurs plans nationaux successifs de prévention du suicide portant sur l'ensemble de la population.

Les propositions du CNBD s'articulent autour de quatre objectifs :

- promouvoir le bien vieillir et prévenir l'isolement des personnes âgées ;
- structurer le parcours de soins et organiser l'interface entre la psychiatrie et la médecine générale ;

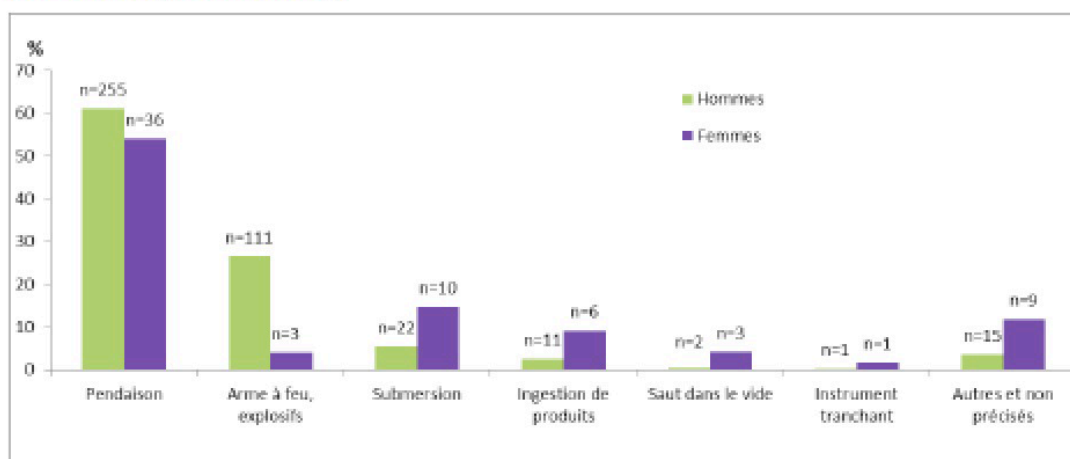


- sensibiliser et former tous les acteurs à la prévention du suicide ;
- mettre en œuvre une politique active de programme de recherche.

Trois mesures opérationnelles viennent donner corps à ces propositions d'action :

- renforcer l'information et la communication à destination du grand public, notamment sur le fait que la dépression n'est pas une fatalité de l'âge, promouvoir toute action de prévention de l'isolement des personnes âgées, et établir une « charte médias » ;
- améliorer la formation initiale et continue de tous les intervenants auprès des personnes âgées, qu'ils soient bénévoles ou professionnels ;
- mieux valoriser les actions et dispositifs déjà existants sur l'ensemble du territoire, notamment en impulsant auprès des agences régionales de santé la mise en place de liens effectifs entre psychiatrie et gériatrie.

Répartition des suicides en fonction des modes de suicides utilisés, par sexe (% moyen années 2007, 2008 et 2009).



Source : InVS, 2013

7 novembre, Creil

Les particules, de la problématique aux actions
Organisée par Atmo Picardie
Contact : jplemaire@atmo-picardie.fr

14 novembre, Amiens

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

14 novembre, Château-Thierry

Rencontre régionale Ville actives PNNS
Organisée par l'ARS de Picardie
Contact : <http://www.ars.picardie.sante.fr/Nutrition.162050.0.html>

14-15 novembre, Paris

Colloque «Vulnérabilités sanitaires et sociales», bilan et perspectives
Organisée par l'Agence nationale de la recherche
Contact : <http://www.agence-nationale-recherche.fr/colloques/vulnerabilites-sanitaires-et-sociales-bilan-et-perspectives/presentation/>

19 novembre, Paris

Colloque : le modèle alimentaire français : adaptation ou disparition ?
Organisée par le Fonds français pour l'alimentation et la santé
Contact : <http://form.dolist.net/o/?s=4031-1739-8294-6e5efe7f&v=1>

25-26 novembre, Marseille

7^{es} Assises nationales du développement durable
Organisées par la Région Paca et l'Association des régions de France
Contact : <http://andd2013.regionpaca.fr>

26 novembre, Amiens

1^{re} journée régionale de veille sanitaire en région Picardie
Organisée par l'Institut de veille sanitaire et l'ARS Picardie
Contact : <http://www.invs.sante.fr/Actualites/Agenda/1re-Journee-regionale-de-veille-sanitaire-en-region-Picardie>

28 novembre, Rennes

Colloque : les portails en santé publique : quel avenir ?
Organisée par la banque de données en santé publique (BDSP)
Contact : http://www.bdsp.ehesp.fr/content/uploads/Documents/2013/programme_bdsp_colloque_28112013.pdf

12 décembre, Amiens

Intimité, vie affective et sexualité à tous les âges dans les services et les établissements médico-sociaux
Organisée par le Creai de Picardie et l'Ireps de Picardie
Contact : http://educsantepicardie.org/_front/Pages/article.php?art=143

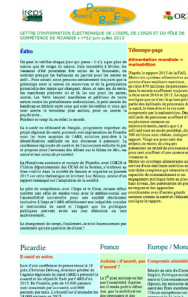
Marie-Charlotte Lefèvre**Épicerie sociale d'Amiens et atelier d'insertion**

L'Udapia gère deux activités, l'Épicerie sociale amiénoise « Le plein de courses » et un atelier d'insertion, « Le cordon Bleu ». L'Épicerie sociale amiénoise est soutenue par l'ARS dans le cadre de la prévention « Santé - Alimentation ». Elle permet l'intervention d'une diététicienne auprès de groupes accueillis. Les personnes sont orientées vers notre association dans le cadre de leur accompagnement, c'est donc avec leur référent social qu'un dossier est constitué. Chaque dossier est étudié en comité de décision et leur permet ou non, en fonction des situations, d'intégrer notre action. Les personnes ou les familles sont accueillies pendant quatre mois, et participent à des ateliers pédagogiques obligatoires en lien avec leur santé et la vie quotidienne. Elles accèdent ensuite à notre magasin, ce qui leur permet de réaliser de

réelles économies, puisqu'elles règlent 20 % du coût des achats. Les ateliers « santé » sont les suivants :
- quatre à cinq ateliers santé par l'alimentation sont animés par la diététicienne ;
- deux ateliers sont animés par l'Antenne santé + ;
- deux ateliers sont animés par « Profession Sport » ;
- un atelier de sensibilisation au bilan est mis en place par la Cpm.
Nous démarrons les ateliers « Santé Active » dès le mois d'octobre avec la Cpm.
Le service du planning familial intervient également sur chaque groupe.
Notre action concerne toujours environ deux cent vingt familles amiénoises en situation de précarité, ce qui représente environ six-cent-cinquante à sept cents personnes par an.

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

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



Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE

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
Mël : plateforme@or2s.fr

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

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S octobre 2013