



Ministère

de l'emploi et

de la solidarité

Secteur santé-solidarité

Rapport d'activité 1999

Sommaire

Chiffres clés

4



Cliquez sur les flèches rouges

pour accéder directement à la page indiquée.

Chronologie des événements 1999

6



Les politiques de la santé et de la solidarité

11



La santé

La politique de santé 14

La politique hospitalière 29

L'action sociale et le développement social

La lutte contre les exclusions 38

Enfance, famille, jeunesse 42

Les mesures en faveur des personnes âgées 44

Les mesures en faveur des personnes handicapées 46

L'égalité entre les femmes et les hommes 48

L'action en faveur des rapatriés 54

Populations et migrations 57

La lutte contre les discriminations raciales 64

Promouvoir l'économie sociale et solidaire 67

La protection sociale

La protection sociale 72

Les fonctions transversales

La politique internationale 78

L'observation, l'expertise et la prospective 81

Le contrôle et l'évaluation 83

Mieux travailler ensemble 88

L'action territoriale

92

Alsace	94	▶
Aquitaine	96	▶
Auvergne	98	▶
Bourgogne	100	▶
Bretagne	102	▶
Centre	104	▶
Champagne-Ardenne	106	▶
Corse	108	▶
Franche-Comté	110	▶
Guadeloupe	112	▶
Guyane	114	▶
Ile-de-France	116	▶
Languedoc-Roussillon	118	▶
Limousin	120	▶
Lorraine	122	▶
Martinique	124	▶
Midi-Pyrénées	126	▶
Nord-Pas-de-Calais	128	▶
Basse-Normandie	130	▶
Haute-Normandie	132	▶
Pays-de-la-Loire	134	▶
Picardie	136	▶
Poitou-Charentes	138	▶
Provence-Alpes-Côte d'Azur	140	▶
Réunion	142	▶
Rhône-Alpes	144	▶
Synthèse cartographique des indicateurs régionaux ..	146	▶

Les annexes

148

Les principales lois de 1999 concernant le ministère de l'emploi et de la solidarité	150	▶
Rapports de référence 1999	151	▶
Organigramme du ministère de l'emploi et de la solidarité	152	▶

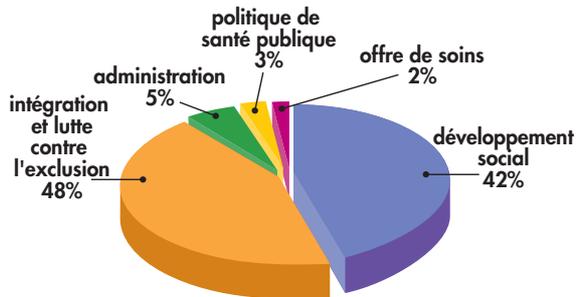
Chiffres clés

4

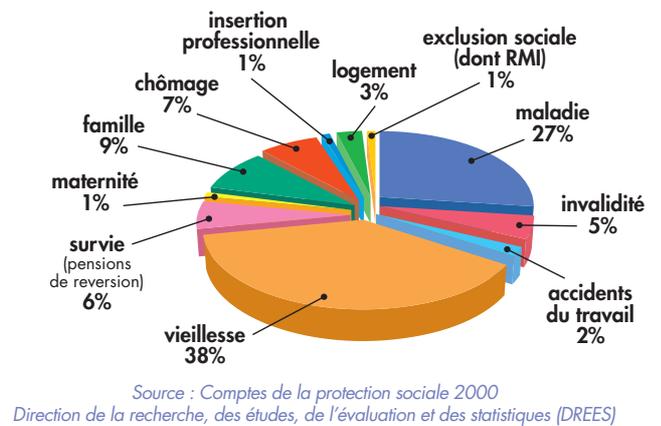
Les effectifs du ministère de l'emploi et de la solidarité (secteur santé - solidarité)



Le budget du ministère (santé - solidarité) en 1999 : 86,6 milliards de francs



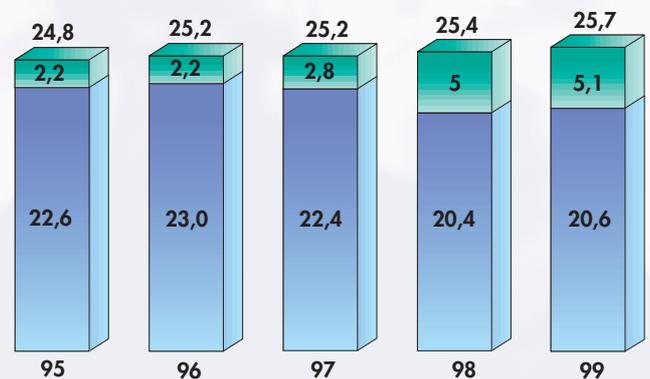
Les dépenses sociales de la nation en 1999 : 2 549,9 milliards de francs



Évolution du poids du financement de la protection sociale dans le produit intérieur brut (PIB)

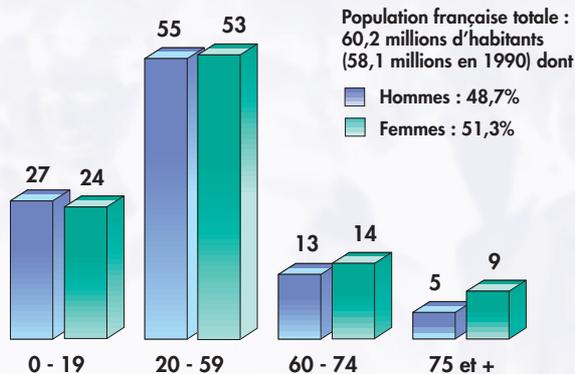
(en %)

■ impôts et taxes affectées (y compris la CSG) / PIB
■ cotisations / PIB



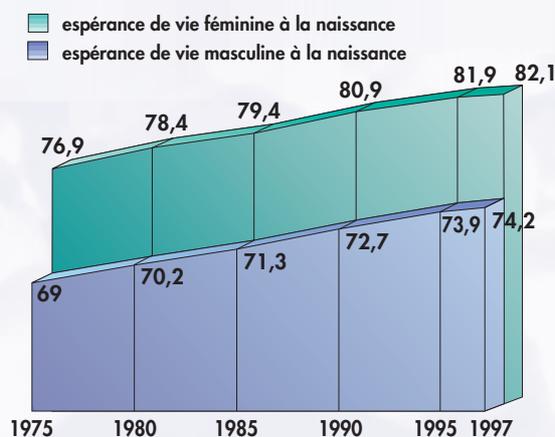
Sources : DREES : Comptes de la protection sociale
INSEE : Comptes nationaux

Répartition de la population française par sexe et âge en 1999 (en %)



Source : INSEE

Évolution de l'espérance de vie à la naissance



Source : INSEE

Familles selon le nombre d'enfants de moins de 25 ans

Champ : France métropolitaine Source : INSEE

(en milliers)

		1968	1975	1990	1998
Ensemble des familles		12 063	13 176	14 965	15 898
Répartition des familles selon le nombre d'enfants célibataires de moins de 25 ans	0	4 346	4 876	6 064	7 119
	1	2 967	3 333	3 664	3 634
	2	2 333	2 665	3 343	3 394
	3	1 256	1 293	1 349	1 276
	4	592	540	348	321
	5	280	239	116	96
	6 ou plus	289	230	81	58

Familles monoparentales

Champ : France métropolitaine Source : INSEE

(en milliers)

	1968	1975	1990	1998
Familles monoparentales	658	726	1 134	1 300
dont hommes	132	141	156	180
dont femmes	526	585	978	1 120

Évolution des causes de décès entre 1920 et 1995

(en %)

Causes de décès	1920	1950	1980	1990	1995
Maladies infectieuses et parasitaires	18,4	6,3	1,3	1,8	2,4
Tumeurs	4,7	14,8	23,5	27,0	27,6
Maladies de l'appareil respiratoire	14,2	8,1	6,1	7,2	7,5
Maladies de l'appareil digestif	3,1	4,3	6,5	5,1	4,9
dont cirrhose	0,9	1,3	2,7	1,8	1,7
Maladies de l'appareil circulatoire	13,5	31,5	37,4	33,2	32,3
Anomalies congénitales	3,5	2,9	0,5	0,3	0,3
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	4,2	5,2	9,2	9,2	8,4
dont accidents de la circulation	0,0	0,6	2,0	1,9	1,5
dont suicides	1,1	1,2	1,9	2,2	2,2
Symptômes, signes et états morbides mal définis	22,4	19,3	6,2	6,0	6,0
Autres causes	16,0	7,6	9,3	10,2	10,6
Total	100	100	100	100	100

Champ : France métropolitaine Source : INSERM

Chronologie des événements 1999

► [Retour au sommaire](#)

6

Janvier

- 22 Présentation du programme national sur 4 ans de lutte contre le virus de l'hépatite C
- Actualisation de la nomenclature des soins infirmiers, notamment pour prendre en compte la lutte contre la douleur et le développement des soins palliatifs, et améliorer la prise en charge des traitements lourds à domicile

Février

- 5 Journée nationale de prévention du suicide
- 9 Protocole d'accord entre le ministère de l'emploi et de la solidarité et la Fédération nationale des médecins et radiologues sur la qualité des soins, le dépistage des cancers et l'évolution des dépenses d'assurance maladie
- 20-21 Assises nationales de la vie associative à La Défense, organisées par la Délégation interministérielle à l'innovation sociale et à l'économie sociale

Mars

- 5 Publication, au journal officiel, des décrets du 4 mars 1999 mettant en place l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et l'Institut de veille sanitaire (InVS)
- 8 Journée internationale des femmes
- 9 Lancement, par la Délégation interministérielle à la famille, d'un réseau d'appui et d'accompagnement des parents
- 28 Publication, au journal officiel, du décret du 26 mars 1999 mettant en place l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA)

Avril

- 2 Entrée en vigueur du dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs exposés aux poussières d'amiante
- 8 Mise en place du numéro vert destiné à recueillir les propositions d'accueil des réfugiés du Kosovo et début de l'arrivée en France des premiers réfugiés
- 15 Création du Groupe d'études sur les discriminations (GED)
- 15-17 Conférence européenne sur la parité à Paris : signature, par les représentants des pays membres de l'Union européenne, de la "Déclaration de Paris" sur la participation égale des femmes et des hommes aux processus de décision

Avril	
	<p>20 Réunion du Conseil national consultatif des personnes handicapées et annonce d'un plan d'action de 20 mesures pour développer les droits des handicapés et leur intégration</p> <p>28 Signature d'un protocole additionnel avec les représentants des pharmaciens d'officine portant sur la rémunération de la pharmacie et le droit de substitution des pharmaciens</p>
Mai	
	<p>1 Entrée en vigueur du Traité d'Amsterdam</p> <p>17-19 Réunion à Poitiers de la Conférence nationale de santé, sous la présidence du professeur de Paillerets</p> <p>26 Présentation du plan de lutte contre le tabagisme</p> <p>28 Décision des autorités françaises de retirer du marché les viandes de poulet, œufs et produits à base d'œufs en provenance de Belgique, suite à la décision des autorités belges de retirer du marché des poulets et œufs contaminés par la dioxine</p> <p>31 Journée mondiale sans tabac</p> <p>Réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale</p>
Juin	
	<p>9 Installation du Comité national de sécurité sanitaire</p> <p>11 Installation de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, présidé par Mme Marie-Thérèse Join-Lambert</p> <p>12 Publication, au journal officiel, du décret du 11 juin 1999 relatif aux médicaments génériques et au droit de substitution des pharmaciens</p> <p>16 Adoption d'un plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances</p> <p>18 Sommet du G8 à Cologne : annonce de la prochaine création d'un Haut conseil scientifique mondial pour la sécurité de l'alimentation</p> <p>21 Installation du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, présidé par M. Jean-Claude Boulard</p> <p>22 Accord entre l'État, le syndicat des biologistes et le syndicat des grands laboratoires de biologie clinique, en vue d'améliorer la qualité de la biologie française et de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé</p> <p>23 Présentation à la presse du programme gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes</p> <p>28 Adoption, par le Parlement réuni en Congrès à Versailles, de la loi constitutionnelle sur l'égalité entre les femmes et les hommes pour l'accès aux responsabilités politiques</p> <p>Présentation, par la ministre de l'emploi et de la solidarité, des orientations concernant la réorganisation du secteur santé-solidarité du ministère</p> <p>30 Journée de synthèse des États généraux de la santé, sous la présidence du Premier ministre</p>

Juillet

- 30 juin - 2 juillet Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies à New York sur les questions de population et de développement économique et social
- 4 Réunion de la Conférence de la famille, sous la présidence du Premier ministre
- 8 Parution, au journal officiel, de trois décrets du 6 juillet 1999 sur le statut des praticiens hospitaliers, qui prévoient notamment la simplification du concours, l'harmonisation des carrières entre les praticiens plein temps et temps partiel, l'amélioration du statut
- 18 Création d'une mission interministérielle pour la célébration du centenaire de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association
- 19 Accord sectoriel entre le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique et le Comité économique du médicament
- 28 Nomination de Mme Dominique Gillot en tant que secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale
- Publication, au journal officiel, de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

Août

- 1 Réunion des ministres avec les syndicats des professionnels paramédicaux exerçant en ville, consacrée aux suites du rapport de Mme Anne-Marie Brocas sur l'exercice libéral des professions paramédicales
- 5 Début des retours volontaires, vers le Kosovo, des réfugiés arrivés en France depuis avril
- 11 Éclipse totale de soleil

Septembre

- 12-16 11^{ème} Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique, à Lusaka (Zambie)
- 21 Réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale
- 22 Présentation, en Conseil des ministres, d'un programme de dépistage et de prévention de la maltraitance contre les enfants
- 23-25 Colloque sur le thème "Une Europe pour tous", organisé à Lille par le Comité national d'action sociale et le Comité international d'action sociale (région Europe), avec la participation de plus de vingt-cinq pays
- 24 Journée nationale de l'enfance maltraitée à l'UNESCO

Octobre

- 1 S'appuyant sur un avis de l'AFSSA, la France maintient l'embargo sur la viande bovine britannique
- Lancement du programme national de mise en réseau de télémédecine des maternités
- 14 Lancement des consultations régionales de l'économie sociale et solidaire
- 30 Parution, au journal officiel, du décret du 27 octobre 1999 relatif aux conditions de prise en charge des médicaments par l'assurance maladie et à la prise en compte du service médical rendu

Novembre

- 18-20 Journées nationales des droits de l'enfant, à la Cité des sciences et de l'industrie à Paris
- 30 Colloque de clôture de l'année internationale des personnes âgées, salle Wagram à Paris

Décembre

- 1 Journée nationale de lutte contre le sida
- 2-3 Première conférence ministérielle euro-méditerranéenne, à Montpellier : adoption d'une déclaration commune des ministres de la santé des 15 Etats membres de l'Union européenne et des 12 pays de la région méditerranéenne sur les maladies transmissibles
- Journées scientifiques de l'Institut de veille sanitaire, à Saint-Maurice, sur la mise en place du nouveau dispositif de sécurité sanitaire instauré par la loi du 1^{er} juillet 1998
- 9 Ouverture du site Internet "www.drogues.gouv.fr" mis en place par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, en partenariat avec le Comité français d'éducation par la santé, Drogue Info Service, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies et le réseau Toxibase
- Adoption, par l'Assemblée générale des Nations-Unies, de la Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'Homme
- 22 Résultats de la première phase de réévaluation de l'ensemble des classes de médicaments par rapport à la notion de service médical rendu, concernant 1 155 spécialités
- 26-28 Tempêtes exceptionnellement fortes sur la majeure partie de la France, occasionnant 88 morts (bilan au 7 janvier 2000) et d'énormes dégâts matériels, notamment dans les forêts
- 29 Mise en place d'un nouveau dispositif d'évaluation des pratiques médicales pour la médecine de ville (décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999)
- 30 Publication, au journal officiel, de la loi du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000
- Publication, au journal officiel, du décret du 29 décembre 1999 mettant en place l'Etablissement français du sang (EFS)



Les politiques de la santé et de la solidarité

La santé

La politique de santé - page 14

La politique hospitalière - page 29

L'action sociale et le développement social

La lutte contre les exclusions - page 38

Enfance, famille, jeunesse - page 42

Les mesures en faveur des personnes âgées - page 44

Les mesures en faveur des personnes handicapées - page 46

L'égalité entre les femmes et les hommes - page 48

L'action en faveur des rapatriés - page 54

Populations et migrations - page 57

La lutte contre les discriminations raciales - page 64

Promouvoir l'économie sociale et solidaire - page 67

La protection sociale

La protection sociale - page 72

Les fonctions transversales

La politique internationale - page 78

L'observation, l'expertise et la prospective - page 81

Le contrôle et l'évaluation - page 83

Mieux travailler ensemble - page 88

La santé

La politique de santé

L'identification des priorités de santé publique

La conférence nationale et les conférences régionales de santé

La conférence nationale de santé (CNS) et les conférences régionales de santé sont chargées de proposer les priorités de santé publique et de contribuer, chaque année, à la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

L'identification des priorités nationales repose également sur les constats et propositions du Haut comité de la santé publique, créé en décembre 1991.

Les conférences régionales de santé déterminent les priorités locales, qui se traduisent dans des programmes régionaux de santé (PRS) associant le système de soins, les acteurs de la prévention et de la veille sanitaire. Sur les 76 PRS actuellement en cours, une dizaine ont été engagés en 1999, sur des thèmes comme l'alcool, la dépression et le suicide, la santé des jeunes, la précarité et la santé, les conduites addictives, les maladies cardio-vasculaires, les

cancers, les accidents de la voie publique, les personnes âgées.

En 1999, le Haut comité de la santé publique a remis à la CNS une synthèse des principales tendances soulignées dans son rapport sur "la santé en France 1994-1998". La CNS s'est tenue à Poitiers, du 17 au 19 mai, sous la présidence du Pr François de Paillerets et a mené ses travaux sur les thèmes du vieillissement et des inégalités de l'allocation des ressources entre régions.

Les recommandations formulées par les CNS depuis 1996 vont de l'introduction, durant les quatre années de collège, de 30 à 40 heures d'éducation à la santé, à la réduction des inégalités (loi contre les exclusions, PRAPS, CMU...), en passant par des actions plus ciblées comme la lutte contre la douleur et le développement des soins palliatifs, la prévention du suicide, la lutte contre l'hépatite C, le dépistage et la prévention du diabète et du risque cardio-vasculaire, le dépistage des cancers...





ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ

La qualité du système de santé

Les États généraux de la santé

Plus de 1 000 réunions dans 180 villes, 350 jurés inaugurant les conférences-citoyennes, 200 000 participants, les États généraux de la santé, annoncés en 1997, ont marqué l'année 1999. Outre les réunions et débats organisés par les DRASS et DDASS, de nombreuses rencontres ont eu lieu sur l'initiative de mutuelles, d'associations, de conseils généraux... Les manifestations ont porté sur les thèmes proposés par le Comité de pilotage national, animé par le Pr Gilles Brücker et Étienne Caniard. Chaque région a également organisé un forum sur le schéma régional d'organisation sanitaire.

Les États généraux ont donné la parole aux citoyens, professionnels de santé, élus, responsables associatifs. Clos le 30 juin 1999 par le Premier ministre, ils ont fait apparaître une forte attente d'information et d'écoute de la part des usagers, une exigence de qualité portant tant sur les aspects relationnels et la reconnaissance de la personne que sur les volets techniques.

Marquant le point de départ d'une participation plus formelle des usagers au système de santé, les États généraux ont inspiré la préparation d'un projet de loi de modernisation du système de santé visant, notamment, à renforcer la démocratie sanitaire, à consacrer les droits de la personne malade, à améliorer la qualité des soins et à développer la prévention.

Davantage de responsabilité pour les professions paramédicales

Le rapport d'Anne-Marie Brocas sur l'exercice libéral d'environ 100 000 professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes), rendu public en septembre 1999, préconise plusieurs mesures visant à responsabiliser davantage ces professionnels et à développer des règles de bonnes pratiques. Ces dispositions font l'objet d'une vaste concertation avec les professionnels. Par ailleurs, la loi du 27 juillet 1999 a, dans son article 37, régularisé la situation des infirmiers psychiatriques au regard du droit communautaire. Les conditions d'accès à la profession de préparateur en pharmacie ont été révisées par le décret du 1^{er} septembre 1999.

Promouvoir la qualité des pratiques professionnelles

Plusieurs mesures ont été mises en place en 1999 pour améliorer la qualité des soins. Le décret du 28 décembre 1999 instaure, à l'échelon local, une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, individuelles et collectives, des médecins libéraux. Un fonds d'aide à la qualité des soins de ville a également été créé.

Un important travail de réactualisation du guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale a été traduit dans l'arrêté du 26 novembre 1999.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) établissent, à l'intention des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, des recommandations de bonnes pratiques accompagnant les références médicales opposables (RMO) afin d'aider les professionnels dans le choix et la bonne stratégie de prise en charge. Fin 1999, il existait près de 360 RMO concernant plus de 60 thèmes. Cette même année, l'ANAES a travaillé à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques concernant, par exemple, les examens préopératoires systématiques, le suivi du patient diabétique de type 2 ou la surveillance biologique de la contraception orale. L'Agence a aussi révisé des recommandations devenues "anciennes" au regard des progrès récents comme, par exemple, celles concernant le suivi des malades hypertendus, le dépistage, le diagnostic et le suivi des dyslipidémies.

Dans ce domaine, qui prend une importance croissante, des travaux similaires se développent dans des pays voisins et des réflexions sont engagées au niveau communautaire.

Des usagers et des patients mieux informés

Il s'agit de favoriser tout à la fois l'information du patient sur sa propre maladie et ses traitements, celle des usagers sur le fonctionnement et l'accessibilité du système de santé ainsi que l'éducation des citoyens à la santé (comportements à promouvoir, dangers et conséquences d'un certain nombre de conduites...).

L'information des patients par les professionnels de santé sur les bénéfices attendus et les risques possibles des actes diagnostiques ou thérapeutiques fait partie intégrante du processus de soins. L'ANAES a élaboré, pour un certain nombre de thèmes, des fiches d'information destinées aux patients et a publié, à destination des médecins, des recommandations en matière d'information.

Le Premier ministre a annoncé le 30 juin 1999, lors de la clôture des États généraux de la santé, la possibilité pour les patients d'accéder directement à leur dossier médical, ce qui pourrait amener à une systématisation de ce dossier.



Parmi les nombreuses actions d'information en direction des patients réalisées en 1999, la Direction générale de la santé a soutenu des projets comme "Allogènes", service d'assistance téléphonique aux patients porteurs de maladies génétiques et à leurs familles, ou "Orphanet", banque de données sur les maladies rares et les médicaments orphelins. L'impact de ces projets ne s'arrête d'ailleurs pas aux frontières puisqu'ils sont partagés au sein de l'Union européenne, sous l'impulsion de la France.

Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient

Dans la continuité des recommandations émises par la Conférence nationale de santé en 1996 et 1998 et suite aux préconisations formulées en 1998 par un groupe d'experts de l'Organisation mondiale de la santé (région Europe), une réflexion globale a été engagée en mars 1999 afin de promouvoir l'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques.

Afin d'étayer cette réflexion, une enquête sur les pratiques en éducation dans les établissements de santé a été lancée en mars-avril 1999. Touchant 20 % de ces établissements sur l'ensemble du territoire national, son but est de connaître les actions qui se développent en faveur de l'éducation du patient, les publics concernés, les professionnels impliqués et leur organisation.

Un séminaire européen, co-organisé avec l'Université de Louvain, s'est tenu à Paris en mai 1999 sur les politiques et les pratiques en matière d'éducation du patient.

Un groupe de travail pluridisciplinaire, réuni de mars à juin 1999, a été chargé d'élaborer des propositions et recommandations sur les thématiques suivantes :

- Contenus, stratégies, méthodes et critères de qualité en éducation du patient
- Formation des professionnels, information des patients et des professionnels
- Organisation d'un système prenant en compte l'éducation du patient, certification des professionnels, accréditation, financement et évaluation.

La synthèse de l'ensemble de ces travaux (enquête hospitalière, séminaire européen et rapport du groupe de travail) sera disponible sur le site internet du ministère (www.sante.gouv.fr).

Une réflexion a été poursuivie afin de définir les modalités de reconnaissance professionnelle et de valorisation financière de ces activités, tant à l'hôpital qu'en médecine de ville.

La douleur n'est plus une fatalité

Lancé en 1998 pour une durée de trois ans, le plan de lutte contre la douleur a pour objectif de diffuser une culture de la prise en charge de la douleur, laquelle ne doit plus être vécue comme une fatalité, compte tenu des moyens existant aujourd'hui pour la réduire.

Dans ce cadre, l'accent a été mis en 1999 sur la simplification de la prescription des antalgiques majeurs (morphiniques) en supprimant le carnet à souche,

qui était obligatoire pour la prescription des stupéfiants, et en le remplaçant par les ordonnances sécurisées (décret du 31 mars). De même, la durée de prescription de certains médicaments classés comme stupéfiants a été allongée à 28 jours. Des précisions concernant la mise en œuvre des protocoles de soins visant à soulager

la douleur ont été apportées aux établissements de santé par la circulaire du 11 février, qui formalise en particulier le rôle des infirmiers dans ce domaine.

L'ANAES a publié, en février 1999, des recommandations de bonnes pratiques sur l'évaluation et le suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, qui ont été regroupées sous forme d'un guide pratique.

Parallèlement, une campagne d'information a été menée dans la presse spécialisée et auprès du grand public.

Au 31 décembre, plus d'un million de réglettes (outil de mesure de l'intensité de la douleur) avaient été distribuées dans les établissements de santé et plusieurs formes pédiatriques d'antalgiques avaient été mises sur le marché. A la même date, 88 structures (consultations, unités, centres) de lutte contre la douleur chronique rebelle étaient recensées. La liste de ces structures, régulièrement mise à jour, est accessible sur le site internet du ministère.

Garantir l'accès aux soins palliatifs

Le plan triennal de développement des soins palliatifs, lancé en avril 1998, a été mis en œuvre en 1999 avec, notamment, la mise en place dans chaque département d'au moins une équipe mobile et d'une unité de soins palliatifs et l'amélioration de la prise en charge à domicile. Un financement de 150 millions de francs a été dégagé en 1999 afin de soutenir la création de ces structures et les équipes existantes ont bénéficié d'un renforcement en moyens humains ainsi que d'actions de formation à caractère pluridisciplinaire. Le nombre d'équipes mobiles est ainsi passé de 85 en 1998 à 185 fin 1999 et le nombre d'unités de soins palliatifs a été porté à 90.

Par ailleurs, la loi du 9 juin 1999 visant à garantir l'accès aux soins palliatifs a permis d'inscrire et de définir ceux-ci dans le code de la santé publique, de les intégrer dans l'organisation hospitalière, de reconnaître et d'encadrer l'action des bénévoles et de faciliter l'accompagnement par la famille (congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie).



La France se dote d'un nouveau dispositif de sécurité sanitaire

La mise en place de nouvelles agences

Le développement des préoccupations sécuritaires de la population accompagne la montée des risques que peuvent entraîner l'accélération des échanges, la sophistication des techniques et la mobilité des personnes. L'Union européenne, qui a une large responsabilité dans le domaine de la sécurité des produits et voit son champ d'action s'élargir pour ce qui concerne la santé publique, a entrepris de se réorganiser pour faire face aux nouveaux défis. Parallèlement, la France affine et complète, à travers la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'architecture du dispositif de sécurité sanitaire qu'elle avait mis en place depuis 1992.

• Existaient déjà :

- l'Office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI), créé le 19 juillet 1994 ;
- l'Établissement français des greffes (EFG), créé le 1^{er} décembre 1994 pour optimiser les conditions de prélèvements et d'attribution des greffons ;
- l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), créée le 24 avril 1996 pour évaluer les soins et les pratiques professionnelles, promouvoir la qualité et accréditer les établissements de santé.



• Les décrets du 5 mars et du 26 mars 1999, pris sur la base de la loi du 1^{er} juillet 1998, ont mis en place :

- l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), qui s'est substituée à l'Agence du médicament avec des missions étendues à l'ensemble des produits de santé et des moyens renforcés. Elle assure des missions d'évaluation, d'inspection, de contrôle, délivre les autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments, établit des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références médicales opposables ;
- l'Institut de veille sanitaire (InVS), qui succède au réseau national de santé publique avec des missions élargies et des moyens accrus. Il surveille l'état de santé de la population, alerte les pouvoirs publics en cas de risque sanitaire, réalise et coordonne des études épidémiologiques ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), qui évalue les risques nutritionnels et sanitaires des aliments, depuis la production des matières premières jusqu'à la consommation finale.

- L'ensemble a été complété par l'Établissement français du sang (EFS) (décret du 29 décembre 1999), qui se substitue à l'Agence française du sang et gère la collecte, la production et la distribution des produits sanguins labiles sur tout le territoire.

Six de ces sept agences sont sous la tutelle du ministre chargé de la santé. L'AFSSA est sous la tutelle conjointe des ministres chargés de la santé, de l'agriculture et de la consommation.

Le Comité national de sécurité sanitaire

Créé par la loi du 1^{er} juillet 1998 pour analyser les événements susceptibles d'affecter la santé des populations, confronter les informations disponibles et constituer une culture commune en matière d'évaluation et de gestion des risques, le Comité national de sécurité sanitaire (CNSS) a été installé le 9 juin 1999.

Présidé par le ministre chargé de la santé, il est composé des directeurs et présidents des conseils scientifiques de l'AFSSAPS, de l'AFSSA et de l'InVS, des représentants des ministères de tutelle (santé, agriculture, consommation) et associe d'autres partenaires concernés par la sécurité sanitaire : ministères de l'environnement, du travail, ANAES, EFG, EFS, OPRI...

Il a pris sa vitesse de croisière dès sa deuxième réunion, tenue le 20 octobre : légionelloses, encéphalopathie spongiforme subaiguë transmissible (ESST) et crise de la dioxine figuraient notamment à l'ordre du jour.



Sécurité et qualité de la grossesse et de la naissance

L'effort engagé depuis 1994 a été poursuivi en 1999 avec, notamment, la création des commissions régionales de la naissance (arrêté du 8 janvier 1999). Il s'agit, en favorisant le travail en réseau autour des femmes enceintes, d'améliorer le repérage et le suivi des grossesses à risques et de promouvoir la sécurité et la qualité des soins en périnatalité.

Produits de santé

Des médicaments plus sûrs et plus accessibles

Poursuivre le renforcement de la sécurité sanitaire, améliorer la prise en charge thérapeutique des patients et leur faciliter l'accès aux médicaments, en ville et à l'hôpital : tels ont été les objectifs de la politique du médicament. L'enquête de satisfaction sur la sortie en ville des antirétroviraux a confirmé la pertinence du double circuit de délivrance ville-hôpital de ces médicaments.

Un pas important a été franchi pour le développement des médicaments orphelins (destinés à traiter les personnes atteintes de maladies rares) avec, en décembre 1999, l'adoption à l'unanimité, par le Parlement européen, d'un règlement destiné à inciter les industriels à développer ces médicaments souvent délaissés en raison du faible marché qu'ils représentent.

Le régime des substances vénéneuses (principes actifs soumis à prescription obligatoire)

Les agences sanitaires Repères 1999

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)

Effectif : 714 personnes - Budget : 457,4 MF
Adresse : 143-147, boulevard Anatole France
93285 Saint-Denis CEDEX

Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA)

Effectif : 625 personnes - Budget : 349,3 MF
Adresse : 23, avenue Charles de Gaulle
B.P. 19 - 94701 Maisons-Alfort CEDEX

Établissement français des greffes (EFG)

Effectif : 107 personnes - Budget : 80,4 MF
Adresse : 5, rue Lacuée - 75012 Paris

Agence française du sang (AFS, remplacée par l'Établissement français du sang depuis le 1^{er} janvier 2000)

Effectif : 101 personnes - Budget : 128,4 MF
Adresse : 100, avenue de Suffren - 75015 Paris

Institut de veille sanitaire (InVS)

Effectif : 100 personnes - Budget : 103,7 MF
Adresse : 12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice CEDEX

Office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI)

Effectif : 206 personnes - Budget : 98,6 MF
Adresse : 31, rue de l'Écluse - 78116 Le Vésinet CEDEX

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)

Effectif : 128 personnes - Budget : 133,6 MF
Adresse : 159, rue Nationale - 75640 Paris CEDEX 13

ainsi que l'organisation du système d'évaluation des pharmacodépendances ont fait l'objet d'une refonte complète (décret du 31 mars 1999) et les exigences en matière d'expérimentation et de mise sur le marché des médicaments vétérinaires ont été renforcées (décret du 4 juillet 1999).

Enfin, le décret du 5 mai 1999 a institué l'obligation d'apposer un pictogramme sur le conditionnement des médicaments susceptibles d'entraîner une baisse de vigilance, afin d'attirer l'attention des conducteurs.



Questions d'éthique

Révision de la loi de bioéthique

La révision de la loi du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale, à la procréation et au diagnostic prénatal a donné lieu à un important travail de réflexion en 1999. Il s'agit de prendre en compte les nouvelles techniques, notamment en matière d'assistance médicale à la procréation, de procéder à un certain nombre de simplifications et d'harmonisations dans le domaine des greffes et de l'utilisation des éléments du corps humain, et de prendre en compte des sujets non abordés comme l'euthanasie ou la stérilisation à visée contraceptive.

La gestion des alertes sanitaires

Des avancées méthodologiques

Le nombre des alertes sanitaires (alimentaires, infectieuses, radioactives...) a connu en 1999 une croissance importante, en partie due aux progrès du dispositif de veille sanitaire. Le ministère et ses établissements publics, en liaison avec les autres pays de l'Union et la Commission européenne, sont en permanence confrontés à des situations d'urgence (plus de 300 en 1999) appelant des décisions rapides

(retrait du marché d'un produit, interdiction de consommation d'une eau, traitement préventif de l'entourage d'un patient porteur d'une infection grave, information des consommateurs, fermeture d'un établissement...).

La réflexion sur la méthodologie de gestion des urgences par les services déconcentrés de l'État a beaucoup progressé durant l'année avec, notamment, la publication d'un guide de gestion des situations d'urgence indiquant les procédures à suivre et l'organisation à mettre en place. Dans les cas difficiles, une cellule opérationnelle d'urgence doit pouvoir être activée et des moyens spécifiques doivent pouvoir être mis en place pour répondre aux demandes d'informations personnalisées du public. Enfin a été lancé le prototype d'une application informatique (ALESAN) permettant d'alerter les professionnels de santé dans les plus brefs délais lorsque survient un problème sanitaire.

Les principaux types d'alertes enregistrés en 1999 ont été des alertes alimentaires (listériose, salmonellose, trichinellose, botulisme...), des zoonoses, des infections nosocomiales, des cas de tuberculose, des infections méningococciques, des cas d'encéphalopathie spongiforme, de légionelloses, de paludisme autochtone.

L'apparition de nouveaux germes, les risques liés à la présence de dioxine dans les aliments pour animaux, les contaminations d'eaux (minérales, de source, de distribution publique), la découverte de sources radioactives, la pollution des sols (métaux, radioactivité) mais aussi le manque de greffons, les problèmes liés à la vente de médicaments sur internet ont également été identifiés.

L'éclipse solaire du 11 août 1999

Un important travail d'information et de coordination a permis de protéger la population des risques oculaires liés à l'éclipse solaire du 11 août 1999. Le ministère a conclu un protocole d'accord avec les fabricants et distributeurs de lunettes pour la mise à disposition du public, à un coût modéré, de lunettes conformes aux exigences de sécurité imposées par la réglementation européenne. Il a également dû gérer les défauts découverts au dernier moment et retirer du marché 4,4 millions de lunettes.



Une campagne d'information et de communication, élaborée avec le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), a été menée jusqu'à la dernière heure précédant l'éclipse, avec diffusion d'un message d'alerte sanitaire sur les médias nationaux.

Le 11 août, 80 % de la population présente sur le territoire a observé l'éclipse. Parallèlement, l'Institut de veille sanitaire commençait l'enquête épidémiologique avec 5 400 ophtalmologistes libéraux et hospitaliers et 500 services d'urgence hospitaliers. 91 kératites superficielles et 122 brûlures rétiniennes, dont 12 graves, ont été recensées dans 65 départements.

Comité français d'éducation pour la santé (CFES)

Association de la loi 1901 placée sous le Haut patronage du ministère chargé de la santé, le Comité français d'éducation pour la santé est l'opérateur national des grandes campagnes d'information et de prévention et contribue au développement de l'éducation à la santé. En 1999, le CFES a particulièrement orienté ses actions en direction des populations en difficulté dans le but de réduire les inégalités de santé. L'année a également été marquée par l'ouverture d'un site internet et par le développement de la pédagogie. A côté des grands programmes nationaux de communication menés pour le compte de l'État (sida, douleur, toxicomanies) et pour le compte de la CNAM (tabac, alcool, vaccination ROR, mal de dos...), le CFES a assuré la campagne de prévention oculaire précédant l'éclipse solaire du 11 août. La nutrition constitue également un thème important de son activité.

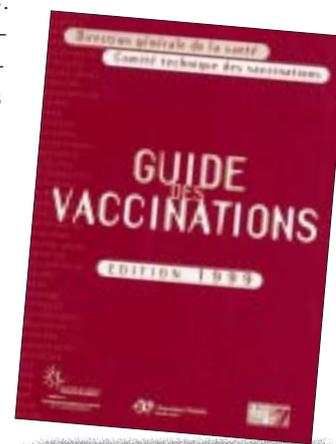
Les programmes de santé

Politique vaccinale : promouvoir l'information

Les efforts de promotion de la vaccination ont été poursuivis avec, notamment, la diffusion d'une nouvelle édition plus complète du guide des vaccinations auprès de l'ensemble des médecins généralistes et pédiatres.

C'est dans ce cadre qu'il faut comprendre la non-reprise de la vaccination en milieu scolaire contre l'hépatite B. Les incertitudes concernant la survenue de complications neurologiques ont en effet incité à approfondir l'entretien médical individuel avant une telle vaccination, qui reste recommandée chez les nourrissons et les personnes à risque.

Les informations sur les vaccinations sont accessibles sur le site



internet du ministère. Ce dernier a pris en charge en 1999, comme les années précédentes, certains vaccins non remboursés dans le cadre de la lutte contre les épidémies (prophylaxie des méningites à méningocoques, cas groupés d'hépatite A).

Cancer : l'État s'engage sur la qualité des dépistages

Le plan national de lutte contre le cancer, présenté le 1^{er} février 2000, a été largement préparé au cours de l'année 1999. Celle-ci a également été marquée par la généralisation progressive des programmes de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colo-rectal. Fin 1999, 32 départements étaient concernés par le dépistage systématique du cancer du sein. Par ailleurs, les résultats d'une expérience menée en Saône-et-Loire sur le dépistage du cancer colo-rectal, publiés en 1999, font état d'une réduction de 14 % de la mortalité par cancer colo-rectal dans la population ayant bénéficié du dépistage.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a prévu la prise en charge à 100 % des actes de dépistage. Pour sa part, l'État s'est engagé à assurer la qualité des dépistages et à surveiller toute la chaîne, à savoir la formation des professionnels, la qualité des examens, le suivi des examens anormaux, le recueil des indicateurs et l'évaluation des programmes. C'est ainsi qu'un accord a été signé en février 1999 entre l'État et la Fédération nationale des médecins radiologues portant notamment sur le tarif des actes de dépistage mais aussi sur la qualité des examens.

Sur le plan épidémiologique, un programme de surveillance des cancers a été mis en place en 1999 au sein de la nouvelle unité des maladies chroniques de l'Institut de veille sanitaire.



Enfin, les États généraux des malades du cancer, organisés le 28 novembre 1998 par la Ligue nationale contre le cancer, ont mis en évidence la nécessité

d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du cancer, de prendre en charge les aspects psychologiques par une information sur la maladie et de prévenir les effets secondaires des traitements.

Améliorer la prise en charge des diabétiques

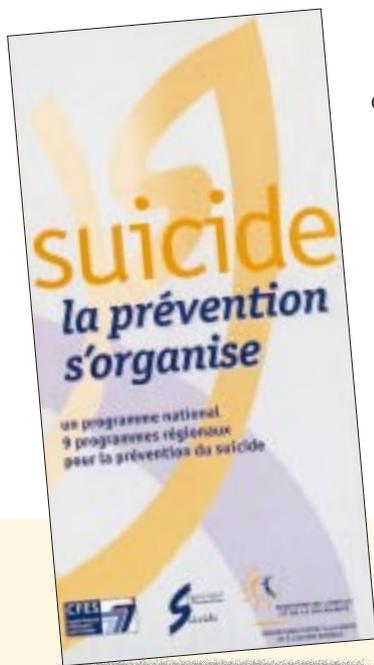
Le rapport de la Conférence nationale de Santé de 1998 insistait sur la nécessité d'offrir aux diabétiques non insulino-dépendants (diabète de type 2) une prise en charge pluridisciplinaire concertée, afin que tous aient accès de manière graduée à des soins de qualité et de proximité. Une circulaire du 4 mai 1999 a précisé les principes d'organisation des soins du diabète de type 2 et trois régions ont entrepris de rédiger un volet spécifique du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) sur ce point.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la stratégie thérapeutique du diabète de type 2 ont été diffusées à l'intention des médecins. Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des autocontrôles glycémiques, l'AFSSAPS a procédé à une réévaluation de la qualité et des performances de tous les lecteurs de glycémie existant sur le marché français. Cette démarche a abouti au retrait de la vente de certains lecteurs qui n'étaient plus adaptés aux critères de précision actuels. Le ministère a mis en place les modalités de remplacement des lecteurs de glycémie détenus par les assurés et retirés de la vente.

Des sites pilotes pour prévenir le suicide chez les jeunes

La mise en oeuvre du programme national de prévention du suicide 1998-2000, dont l'objectif est de passer en dessous de la barre des 10 000 morts dues au suicide chaque année en France, a été poursuivie. Ce programme prévoit des actions de prévention au sens large : formation des professionnels, actions auprès des jeunes en souffrance psychique et des personnes suicidantes...

Le 5 février, à l'occasion de la journée nationale de prévention du suicide, le ministère a dressé un bilan de l'état d'avancement de ce programme et rendu publiques les premières recommandations de l'ANAES concernant la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Neuf régions



ont classé la prévention du suicide comme priorité de santé publique et constituent des sites pilotes pour développer des actions de prévention primaire, c'est-à-dire avant que les signes de souffrance se manifestent.

Il est intéressant de noter que cette réflexion a bénéficié de la mobilisation suscitée à l'échelon communautaire sur le même thème, par la Finlande, qui a présidé l'Union européenne à partir de juillet 1999.

Mieux vieillir en France

L'année internationale des personnes âgées, qui s'est achevée en novembre 1999, a été l'occasion d'engager une véritable politique gérontologique afin de mieux intégrer les conséquences du vieillissement dans les politiques de santé. La maladie d'Alzheimer (environ 90 000 nouveaux cas par an) et l'ostéoporose (environ 50 000 personnes victimes d'une fracture du col du fémur chaque année) représentent des problèmes prioritaires de santé publique. C'est pourquoi une mission d'analyse et de propositions concernant l'ensemble des dégénérescences séniles – au premier rang desquelles figure la maladie d'Alzheimer - a été confiée au Pr Jean-François Girard, conseiller d'État et ancien directeur général de la santé.

Un programme d'action coordonné concernant l'ostéoporose et ses conséquences a été mis au point. Il s'articule autour de la prévention, de la recherche et de la thérapeutique. Son objectif est de réduire les fractures dues à l'ostéoporose de 25 % d'ici 10 ans et de 50 % d'ici 25 ans.

En 1999, un certain nombre d'actions sont venues renforcer les dispositions existantes en matière de prise en charge des personnes âgées : développement des réseaux de soins gérontologiques ville-hôpital et de l'hospitalisation à domicile, accompagnement des établissements pour améliorer la prise en charge

des résidents présentant une détérioration intellectuelle.

Sida : améliorer l'accès à la prise en charge et la qualité de vie

Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ont vu leur champ de compétences élargi aux hépatites et aux maladies sexuellement transmissibles (loi du 27 juillet 1999). Les objectifs poursuivis sont un diagnostic plus précoce et l'amélioration de l'accès à la prise en charge des populations vulnérables.

Conseil national du sida

Créé en 1989 par décret présidentiel, le Conseil national du sida (CNS) est une autorité morale indépendante qui a pour mission " de donner son avis sur l'ensemble des problèmes posés à la société par le sida et de faire au gouvernement toute proposition utile ". Il est présidé depuis mars 1999 par le Pr Jean-Albert Gastaut et composé de 22 autres membres nommés par le Président de la République, le Premier ministre, le ministre chargé de la santé, l'Assemblée nationale, le Sénat, le Conseil économique et social, le Comité national d'éthique...

A travers ses avis, le CNS tente de répondre à court, moyen et long terme au défi social lancé par le sida. Il a toujours cherché à concilier le respect des libertés individuelles et les impératifs de santé publique, la protection de la personne et la prise en compte de l'intérêt général.

En 1999, le Conseil s'est doté de quatre commissions permanentes de travail, spécialisées dans les aspects médicaux, les problèmes de l'adolescence, la toxicomanie et les questions internationales. Ces commissions sont chargées d'engager une réflexion au long cours sur leurs thèmes spécifiques, mais aussi de travailler à brève échéance sur les saisines du CNS.

En 1999, le Conseil a rendu public un rapport sur le thème " Assurance et VIH/SIDA. Pour une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé ".



En matière de prévention, plusieurs programmes ont été lancés et poursuivis en 1999 en direction des migrants, des homosexuels, des toxicomanes et des femmes avec, en particulier, la mise à disposition du préservatif féminin.

L'information des professionnels et du public a été complétée par la diffusion de plusieurs brochures et les dispositifs départementaux permettant le traitement après exposition aux risques ont été généralisés.

En matière de prise en charge thérapeutique, un groupe d'experts, sous la direction du Pr Delfraissy, a été mis en place pour suivre les progrès thérapeutiques et adapter régulièrement les stratégies d'utilisation des antirétroviraux. Des tests évaluant la résistance des souches virales aux traitements (tests génotypiques) ont commencé à être largement diffusés durant l'année dans les laboratoires hospitalo-universitaires.

Pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes, un Comité de suivi des conditions d'assurance des personnes séropositives, présidé par Jean-Michel Belorgey, a été mis en place par les ministres chargés de la santé et de l'économie.

Un programme national contre l'hépatite C

L'infection par le virus de l'hépatite C concerne entre 500 et 600 000 personnes, soit 1 % de la population française. Définie comme priorité de santé publique pour 1999, la lutte contre l'hépatite C s'est traduite par la mise en œuvre d'un programme national, lancé le 22 janvier et s'étalant sur 4 ans, qui réorganise l'accès au dépistage (possible dans les CDAG) et renforce l'offre de soins, la prévention de l'infection, la formation des professionnels ainsi que la surveillance épidémiologique et la recherche.

Plusieurs actions d'information ont été mises en œuvre fin 1999 : création d'un numéro vert national "Hépatites info service" (0800 845 800) et d'un service minitel (36 15 Hépatites) renseignant sur les lieux de dépistage.

Une approche globale des pratiques addictives

La lutte contre les toxicomanies, conduite par la Direction générale de la santé en liaison avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT), se décline selon trois axes :

- L'amélioration de la prise en charge dans le dispositif spécialisé et à l'hôpital et la constitution de réseaux ville-hôpital. Le ministère a mobilisé l'ensemble des professionnels de santé sur la lutte contre les addictions qu'il entend faire reconnaître comme des pathologies à part entière. Cet engagement des établissements de santé et de la médecine de ville a permis le développement des réseaux et la mise en place des premières équipes d'addictologie.
- Le développement du dispositif de réduction des risques. De nombreux usagers de drogue continuent en effet à être contaminés par le VIH, le VHB et le VHC.
- Le développement des traitements de substitution.

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, adopté le 16 juin 1999, tire les conséquences des travaux scientifiques récents montrant que toutes les dépendances ont une base biologique commune et prend en compte le phénomène de polytoxicomanie, fréquent chez les jeunes. Il privilégie donc une approche globale et préconise notamment de développer une culture commune chez les professionnels de la prévention.

Tabac : priorité au sevrage

Environ 60 000 décès sont attribués chaque année au tabac. Lancé le 23 mai 1999, le plan de lutte contre le tabagisme s'est donné pour objectifs une diminution de 5 % par an de la consommation du tabac, une diminution d'un tiers du nombre des fumeurs chez les adolescents et



de moitié chez les femmes enceintes. Ce programme vise à prévenir le tabagisme et à développer des mesures d'aide au sevrage. Ces dernières ont été préparées en 1999 (arrêté du 30 novembre) afin que dès janvier 2000, les substituts nicotiniques sous toutes leurs formes (gomme à mâcher, comprimé sublingual, cartouche pour inhalation, dispositif transdermique) soient mis en vente libre dans les pharmacies. La gratuité de ces substituts pour les personnes en situation de précarité est expérimentée depuis le 1^{er} octobre 1999 dans un certain nombre de centres d'examen de santé (CES) de la CNAM et de centres de consultation ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Le ministère est également très présent au plan international et appuie fortement les travaux de l'OMS, lancés en mai 1999, en vue de l'élaboration de la première convention cadre internationale de lutte contre le tabac et participe activement à la révision des directives européennes tendant au rapprochement des législations à l'égard des produits du tabac.

Alcool : agir sur l'abus et la dépendance

De 40 à 50 000 décès sont liés chaque année à la consommation excessive d'alcool. Les réseaux alcoologiques, associant l'ensemble des partenaires et intervenants afin d'agir simultanément sur l'abus et la dépendance alcoolique, ont été renforcés. La campagne de communication du CFES et de la CNAM a été relancée en octobre sous forme d'interpellation : "**Et vous, avec l'alcool, vous en êtes où ?**". Des actions plus ciblées ont visé les jeunes, les femmes enceintes et les médecins.

Une politique nutritionnelle pour la France

Des réflexions ont été engagées en 1999 pour la mise en place d'une politique nutritionnelle en France. L'objectif est de réduire le risque de maladies (maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète, obésité...), d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie (prévention de certaines malformations du nouveau-né, croissance et développement optimal des enfants et adolescents, longévité et meilleur confort de vie des sujets âgés).

Mieux protéger la santé des sportifs

La loi du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage a rendu obligatoire un contrôle médical préalable à la délivrance d'une licence sportive. Elle confie aux fédérations sportives l'organisation d'une surveillance médicale particulière pour les sportifs de haut niveau, comprenant notamment la réalisation de bilans biologiques. L'objectif est de protéger la santé des sportifs en surveillant le retentissement des charges d'entraînement sur l'organisme mais aussi la prise éventuelle de substances illicites. Le nombre de contrôles a continué à augmenter en 1999 : 7 500, soit 8 % de plus qu'en 1998, concernant 68 fédérations sportives.

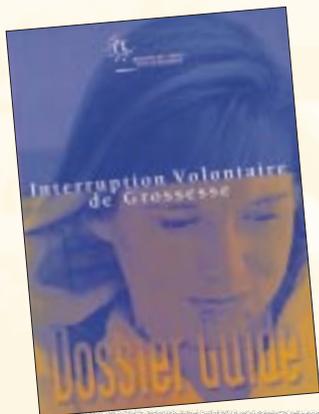
Développer l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

Depuis 1994, la prise en charge sanitaire de la population sous main de justice dépend du ministère chargé de la santé. Celui-ci a mis en place, dans chacun des 149 établissements pénitentiaires concernés, une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), qui dépend de l'hôpital le plus proche, et a constitué des services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

Le ministère a également élaboré des politiques de santé adaptées au milieu pénitentiaire et veillé à l'affiliation systématique des détenus à l'assurance maladie. L'année 1999 a été plus particulièrement marquée par le développement des actions d'éducation pour la santé. 10 sites pilotes se sont engagés dans un processus de formation-action, rassemblant des professionnels de santé et des professionnels pénitentiaires, sur des thématiques comme l'hygiène, le respect des personnes, les comportements d'addiction, la prévention des accidents du travail...

Parallèlement, les projets de restructuration des sept unités d'hospitalisation interrégionales pour les détenus (qui s'ajoutent à l'établissement public national de santé de Fresnes et doivent compléter le dispositif mis en place depuis 1994) ont beaucoup progressé en 1999.

Un plan d'information sur la contraception



Le nombre des interruptions volontaires de grossesse (IVG) effectuées chaque année en France est de 220 000 environ ; 10 000 adolescentes subissent chaque année une grossesse non désirée dont une sur deux aboutit à une IVG. Le rapport remis en mai par le Pr Nisand sur l'IVG en France comporte des propositions

pour diminuer les difficultés rencontrées par les femmes. Les réflexions menées en 1999 ont notamment porté sur la possibilité d'allonger jusqu'à 12 semaines le délai légal d'accès à l'IVG et sur la suppression de l'autorisation parentale pour les mineures.

Face aux insuffisances constatées dans le dispositif de maîtrise de la fécondité, une vaste campagne de communication (officiellement lancée le 12 janvier 2000) sur la contraception et la prévention des grossesses non désirées des adolescentes a été préparée. L'objectif est de mieux informer, notamment les jeunes, afin de permettre une meilleure maîtrise de la contraception, un meilleur accès à la contraception d'urgence, une meilleure prévention des IVG tout en garantissant l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire.

L'année 1999 a également vu l'introduction en France de la " pilule du lendemain ".

Gestion des risques des milieux

Des eaux sous étroite surveillance

La transposition en droit français de la directive européenne relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine constitue une étape majeure pour la transformation du réseau français de distribution, notamment en raison de la norme adoptée pour le plomb.

Un travail a été mené pour définir un cadre réglementaire de conformité sanitaire pour les matériaux au contact de l'eau. Un guide pratique a notamment été publié à l'intention des industriels.

Pour mieux prévenir les risques liés au développement des légionelles dans les réseaux d'eau, une réflexion a été conduite concernant la maintenance des réseaux de distribution, notamment dans les établissements recevant du public, et l'entretien des tours aéro-réfrigérantes.

Une vaste refonte de la réglementation des eaux minérales naturelles a été conclue et de nouvelles recommandations ont été préparées afin d'améliorer la gestion du risque microbien dans les établissements thermaux.

Le ministère a, durant la saison 1999, accru l'effort de vigilance vis-à-vis des eaux de baignade ; les maires ont eu la possibilité de prononcer des interdictions de baignade et l'information du public a été renforcée par la mise à disposition de cartes régionales et la mise en ligne des résultats des contrôles sur le site internet du ministère. En 1999, 30 054 prélèvements ont été effectués dans 3 409 zones de baignade contrôlée. En outre,



4 millions de mesures ont été réalisées pour vérifier la qualité des eaux d'alimentation.

Ont par ailleurs été élaborés le rapport triennal sur la qualité des eaux de boissons, le rapport sur l'état national de réalisation des périmètres de protection des captages d'eau ainsi que le rapport annuel sur la surveillance des eaux de baignade.

La toxicovigilance s'organise sur de nouvelles bases

L'organisation de la prévention et de la surveillance des risques toxicologiques (toxicovigilance) a été définie par un décret du 28 septembre 1999, qui tend à clarifier les objectifs et les fonctions de la toxicovigilance et à en réorganiser le réseau, qui repose entre autres sur les centres anti-poison.

Plusieurs décisions ont été prises en 1999 comme l'interdiction des phtalates dans les objets de puériculture et les jouets pour enfants susceptibles d'être mis en bouche.

Afin de limiter la pollution de l'environnement par les vapeurs de mercure, particulièrement nocives, et conformément aux recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique,

la commercialisation et la fabrication des thermomètres à mercure ont été interdites. De très nombreux thermomètres étaient brisés chaque année en France, ce qui entraînait une pollution environnementale de plusieurs tonnes de mercure.

Sécurité des bâtiments

Un programme " Bâtiment et santé " a été lancé en 1999 par les ministères de la santé et du logement, portant sur l'amiante, le saturnisme et le radon. Il s'agit d'organiser une véritable veille scientifique et sanitaire sur les questions de santé liées au bâtiment, de développer des programmes de recherche et de mettre en place les leviers de l'action publique (aspects techniques, réglementation, formation, information).

Amiante : une réglementation plus complète

À la suite du rapport du Pr Claude Got, une cellule " amiante/fibres " a été créée en 1999 afin de proposer, en liaison avec le ministère du logement, les modifications souhaitables à la réglementation de 1996 et de traduire concrètement les recommandations contenues dans le rapport. Ces dernières concernent plus particulièrement l'amélioration du dispositif de reconnaissance de l'amiante en renforçant notamment les obligations des propriétaires des bâtiments, en améliorant l'information des occupants des immeubles et des professionnels intervenant dans ces bâtiments et en accentuant le contrôle de l'application des obligations réglementaires.

Par ailleurs, le dispositif permettant une cessation anticipée d'activité pour les travailleurs exposés aux poussières d'amiante durant leur vie professionnelle a pris effet le 2 avril 1999. Une allocation mensuelle de cessation anticipée d'activité est versée aux salariés et anciens salariés - âgés de 50 ans au moins - des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante et aux victimes de maladies professionnelles. Ces prestations sont financées par un fonds spécial alimenté par une taxe sur le tabac et une participation de la branche accidents du travail - maladies professionnelles de la sécurité sociale.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France

Créé par ordonnance du 7 août 1822, à la suite de l'épidémie de peste à Marseille, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) s'est régulièrement adapté aux évolutions de la société et à l'émergence de problèmes nouveaux. Instance consultative à caractère scientifique et technique placée auprès du ministre chargé de la santé, le CSHPF est chargé " d'émettre des avis ou recommandations et d'exercer des missions d'expertise, en particulier en matière de prévention, d'évaluation et de gestion des risques pour la santé de l'homme. Il peut également (...) examiner toute question d'ordre scientifique ou technique relative à la santé de l'homme sur laquelle il estime nécessaire d'alerter les pouvoirs publics ".

Ses avis de portée générale sont rendus publics. Le CSHPF est composé de cinq sections (alimentation, eaux, maladies transmissibles, milieux de vie et radioprotection) comprenant chacune 23 membres, exclusivement scientifiques. En 1999, il a tenu une centaine de réunions (réunions plénières, de section, groupes de travail).

Saturnisme : une réglementation plus précise

La lutte contre le saturnisme a été renforcée par la publication, le 11 juin 1999, de deux décrets concernant les mesures d'urgence et de prévention. Ces textes précisent les conditions de signalement au préfet d'un risque ou d'un cas de saturnisme, les procédures destinées à faire réaliser les travaux nécessaires ainsi que les obligations d'information des propriétaires. Ils complètent la réglementation déjà adoptée, qui a notamment permis de faire disparaître l'utilisation des peintures au plomb, responsables du saturnisme chez les enfants qui ingéraient des écailles de ces peintures.

Radon : mieux informer le public

Une circulaire définissant les modalités pratiques d'évaluation de l'exposition au radon dans les bâtiments et la conduite à tenir en présence de concentrations an-



normalement élevées a été adressée aux préfets en janvier 1999. Faisant suite à cette circulaire, la campagne " radon " destinée à détecter les bâtiments à risque parmi ceux recevant du public a été mise en œuvre.

Pollution atmosphérique et santé : surveillance accrue

Le rapport de l'InVS concernant la surveillance des effets de la pollution atmosphérique en milieu urbain sur la santé a été rendu public en mai. Menée dans neuf agglomérations françaises, l'étude confirme les résultats d'autres études européennes, c'est-à-dire l'existence d'une relation à court terme entre la pollution atmosphérique et la mortalité respiratoire et cardiovasculaire. La surveillance épidémiologique a été poursuivie et élargie à d'autres indicateurs de pollution ainsi qu'aux indicateurs d'admissions hospitalières. Les données recueillies vont être rendues accessibles au public sur le réseau internet.

Renforcer la radioprotection

À la suite du rapport des Prs André Bonnin et Jean-François Lacronique relatif à la radioprotection des patients, plusieurs mesures ont été étudiées afin de renforcer la protection des patients vis-à-vis de l'irradiation médicale (radiologie), qui représente le tiers des doses reçues en moyenne par la population française. Des mesures de contrôle de la qualité des appareillages utilisés et de mise en conformité ont été entreprises, en particulier pour les mammographes.

L'Office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI) et l'Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs (ANDRA) ont lancé, en décembre 1999, une campagne nationale de collecte des objets contenant du radium. Il s'agit de récupérer des objets au radium utilisés à des fins médicales (curiethérapie) jusque dans les années 70 et qui présentent une forte radiotoxicité.

Les risques des radiofréquences (téléphones portables, lignes à haute tension, radars...) pour la santé préoccupent de plus en plus le public. Une recommandation européenne a été adoptée le 12 juillet 1999 et appliquée lors de la reconstruction des lignes à haute tension endommagées par la tempête de décembre. Un groupe de travail interministériel, piloté par la Direction générale de la santé, a été mis en place en septembre pour faire le point sur le sujet et assurer une veille scientifique et technologique.



La politique hospitalière

Adapter le système hospitalier aux besoins de la population

La révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)

Les SROS ont pour objectif d'organiser le système hospitalier (établissements publics et privés) dans chaque région. Définis pour la première fois en 1994, ils ont été révisés en 1999 afin d'adapter l'offre de soins à l'évolution des besoins de santé de la population. Cet important travail s'est déroulé à partir de juin et jusqu'à la fin de l'année sous la conduite des Agences régionales de l'hospitalisation, en étroite collaboration avec les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Il a mobilisé, à l'échelon de chaque région, tous les acteurs du système de santé mais également les élus et les usagers. Ces derniers ont notamment pu prendre part aux débats lors des États généraux de la santé.



Enracinés dans un contexte régional, ces projets stratégiques se sont essentiellement structurés autour des thèmes des urgences, de la périnatalité, de la cancérologie, de la cardiologie et de la prise en charge des personnes âgées.

Un bilan de l'ensemble de ces travaux a été établi fin 1999 et présenté au Comité national de suivi de l'élaboration des SROS. Les SROS dits de "deuxième génération" vont permettre de combler un certain nombre de besoins mal satisfaits, de déficits dans certaines disciplines ou activités, de mieux répartir les installations et les équipements lourds sur le territoire, de prendre en charge des besoins nouveaux. C'est ainsi, par exemple, que les SROS prévoient de doubler le nombre de structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle ou l'installation de nouveaux centres pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique.

L'évolution des structures hospitalières

Comme chaque année au moment de la présentation au Parlement du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), le ministère a remis le rapport annuel destiné à rendre compte des évolutions du dispositif hospitalier et des progrès réalisés en matière de rationalisation. Le rapport 1999 a plus spécifiquement mis l'accent sur les opérations de fusion d'institutions (rapprochement juridique), au nombre de 68 et qui impliquent 153 établissements publics et privés, et sur les communautés d'établissements. Ces dernières



opérations, au nombre de 46 fin août 1999 et impliquant 229 établissements, sont destinées à structurer les coopérations entre des établissements de santé d'un même secteur (urgence, cancérologie, chirurgie, personnes âgées, par exemple) avec l'objectif de préparer une organisation en réseaux de soins. Les coopérations portent, par exemple, sur la mise en place de systèmes d'information partagée afin de connaître les places disponibles dans les différents établissements, le développement de la télémédecine ou de la formation, des partages d'activité.

Le rapport rend également compte des opérations de réorganisation de l'obstétrique, intervenues depuis le début des années 70 pour tenir compte de la baisse de la natalité (- 2,6 % entre 1975 et 1996), de la réduction des durées de séjour et des conséquences des nouvelles normes de fonctionnement visant à accroître la sécurité de la naissance. C'est ainsi que le nombre de maternités est passé de 1335 à 779 entre 1975 et 1996 avec, parallèlement, un nombre moyen d'accouchements par structure qui a progressé de 528 à 840. En 1999, 46 opérations étaient en cours afin de poursuivre les ajustements nécessaires dans ce domaine.

La recomposition des structures hospitalières bénéficie du soutien du Fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO). En 1999, 250 millions de francs ont été attribués à des établissements engagés dans des projets de restructuration.

Les établissements de santé

L'ensemble des établissements de santé est constitué des établissements publics de santé, des établissements de santé privés non lucratifs participant ou non au service public hospitalier et des établissements de santé à but lucratif.

L'offre de soins (au 1.1.99)

- 3 265 établissements de santé publics et privés
- 944 autres structures de santé
- 492 104 lits d'hospitalisation
- 3 908 places en hospitalisation à domicile

Il s'agit :

- d'établissements pratiquant les traitements et soins à domicile, la dialyse ambulatoire
- de personnes physiques ou morales de droit privé titulaires d'autorisation d'équipement lourd, mais ne disposant pas de lits ou places d'hospitalisation.

Chaque jour

- 200 000 personnes accueillies à l'hôpital
- 60 000 personnes accueillies en clinique
- 20 000 interventions chirurgicales ou exploratoires

Une vision prospective de l'évolution des services sanitaires

La loi d'orientation sur l'aménagement et le développement durable du territoire, adoptée en juillet 1999, a prévu l'adoption de neuf schémas de services collectifs qui doivent permettre de tracer, pour les vingt ans qui viennent, les perspectives d'aménagement du territoire afin d'améliorer les services rendus à la population dans les domaines de la santé, des transports, de la culture ou des communications.

Le schéma national des services collectifs sanitaires énonce les orientations et les choix stratégiques de l'État pour préserver et conforter un système de santé assurant notamment un égal accès à des soins de qua-

lité sur l'ensemble du territoire. Il traite du rééquilibrage à trouver entre la prévention et le soin, de l'organisation de l'offre sanitaire ambulatoire et hospitalière dans un contexte de décroissance de la démographie médicale. Il accorde une attention particulière aux actions à mener dans certaines parties du territoire national.

Un comité stratégique interministériel a été mis en place en 1999, sa présidence est assurée par Dominique Polton, directrice du CREDES. Au cours de l'été 1999, ce Comité a transmis aux préfets des éléments de cadrage pour leur permettre d'apporter leur contribution à la préparation de ce schéma national des services collectifs sanitaires. Un séminaire d'échanges sur les contributions régionales a réuni en décembre 1999 le comité stratégique et les chefs de projet régionaux.

Diversifier les modes de prise en charge des patients

Les progrès de la médecine et des techniques, les aspirations de la population et la nécessaire rationalisation des dépenses de santé ont rendu l'hospitalisation classique inutile pour un certain nombre de patients qui sont pris en charge dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation.

Le développement de la chirurgie ambulatoire, par exemple, a été encouragé par plusieurs mesures concernant notamment les établissements financés par dotation globale, afin de mettre fin à un certain nombre d'obstacles qui limitait jusqu'alors le développement de cette activité dans les hôpitaux. De même, la place et le mode de fonctionnement de l'hospitalisation à domicile ont été clarifiés.

Parallèlement, des équipes de liaison se développent dans les domaines de la toxicomanie et de l'alcoolologie, afin de permettre la prise en charge, au décours d'une hospitalisation, des personnes dépendantes et de former et soutenir les équipes soignantes. Le bilan des équipes de liaison dans ces deux domaines a été dressé en 1999 et a permis de définir les critères d'allocation des crédits (11 MF) destinés à conforter le dispositif en matière de toxicomanie.

Développer la qualité et la sécurité dans les établissements

Les hôpitaux s'engagent dans l'accréditation pour mieux satisfaire les patients

Après une phase pilote dont les résultats ont été rendus publics en 1999, l'accréditation des établissements hospitaliers est entrée dans sa phase opérationnelle. Procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, l'accréditation vise à évaluer l'ensemble du fonctionnement et des pratiques d'un hôpital. Son objectif est d'accroître la sécurité et la qualité des soins et de créer une dynamique interne de développement continu de la qualité.

Conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), cette procédure accorde une place centrale au patient, à la coordination des soins qui lui sont délivrés et à sa satisfaction. Tous les établissements de santé doivent s'engager avant le 24 avril 2001 dans cette démarche, dont les conclusions seront rendues publiques.

Transparence sur l'activité hospitalière

Le cadre législatif permettant aux usagers d'avoir accès aux informations sur la qualité du service rendu et sur l'activité des établissements de santé a été complété en 1999 (article 41 de la loi du 27 juillet 1999) afin de concilier ce droit à l'information et la protection de la vie privée des personnes malades.



En effet, les informations sur l'activité des établissements sont notamment recueillies au travers du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui permet d'analyser les différents types de prise en charge des patients et de calculer les moyens nécessaires aux établissements. Ces recueils sont anonymes mais ils contiennent néanmoins des informations médicales individuelles dont les conditions de diffusion devaient être précisées. C'est donc la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) qui a compétence pour autoriser l'accès à ces recueils.

Tous les établissements de santé mobilisés pour lutter contre les infections nosocomiales

Le dispositif de lutte contre les infections Lacquises à l'hôpital (infections nosocomiales), mis en place à partir de 1988, a été renforcé en 1999 par le décret du 6 décembre qui impose désormais à tous les établissements de santé, publics et privés, de créer un comité de

lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Celui-ci établit un bilan d'activité annuel et propose le programme d'action de l'établissement pour l'année suivante en matière de prévention, de surveillance, de formation des personnels, d'information des patients, d'évaluation ; ce programme est mis en œuvre par une équipe opérationnelle d'hygiène.

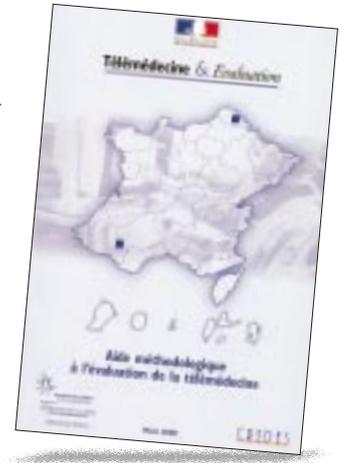


Par ailleurs, le plan financier triennal (182 MF sur 3 ans de 1998 à 2000) destiné à conforter les équipes intervenant dans ce domaine a été poursuivi.

Le développement de la télémedecine dans les maternités

Le développement des technologies de l'information et de la communication permet d'améliorer l'organisation et l'accessibilité des soins. La télémedecine permet ainsi de réaliser, depuis la maternité la plus proche, des consultations de spécialistes exerçant

dans des structures éloignées, des diagnostics, de surveiller à domicile des patientes présentant des grossesses à risques ; elle offre également aux professionnels de santé la possibilité, tout en restant dans leur hôpital, d'échanger des informations, de dialoguer ou de se former.



Le ministère a lancé, en octobre 1999, le premier programme national de mise en réseau de télémedecine des maternités intitulé **Périn@t**, qui concerne 410 services de gynécologie-obstétrique. Cette action, qui constitue un progrès important en matière de qualité, de coordination et de continuité des soins délivrés aux mères et aux nouveau-nés, a bénéficié d'un financement de 20 MF par le ministère de l'Aménagement du territoire et de l'Environnement.

La promotion de la recherche clinique dans les établissements publics de santé

Au cours de l'année 1999, la direction des hôpitaux a mis en œuvre le 6^e programme hospitalier de recherche clinique. Ce programme était essentiellement orienté vers la santé publique, avec la promotion des axes de recherche suivants :

- toxicomanie
- douleur
- soins palliatifs
- psychiatrie
- gériatrie
- études d'impact.

563 projets ont été présentés, témoignant d'une forte mobilisation de la communauté hospitalo-universitaire sur les axes novateurs de recherche. 178 MF vont être alloués sur une période de 4 ans pour la réalisation des 209 projets sélectionnés.

Tous les établissements de santé sensibilisés au passage à l'an 2000

Un guide de novembre 1998 avait déjà formulé les principales recommandations



Améliorer le financement des établissements

Des ressources mieux réparties entre les hôpitaux publics

Le ministère pilote et suit les dépenses hospitalières à la charge des régimes d'assurance maladie afin de contribuer à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale et de participer aux priorités de la politique hospitalière. Le ministère s'est attaché à poursuivre la réduction des inégalités d'accès aux soins par le biais des dotations régionales et des budgets des établissements de santé publics.

En 1999, la prise en compte d'un nouvel indicateur - l'indice comparatif de mortalité générale, qui mesure la surmortalité régionale - a permis de cibler l'effort de rattrapage au profit des trois régions les plus en retard : Poitou-Charentes, Picardie et Nord-Pas-de-Calais (région où la surmortalité par rapport à la moyenne nationale est de l'ordre de 30 %).

La réforme du financement des cliniques privées

Le pilotage et le suivi des dépenses des cliniques privées ont connu une évolution importante. Jusqu'alors régi dans le cadre du tripartisme (État, caisses d'assurance maladie et fédérations de cliniques), le dispositif de régulation des cliniques repose désormais sur l'État, qui négocie chaque année un accord avec les fédérations de cliniques. L'accord national est ensuite décliné en accords régionaux négociés par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Ce nouveau cadre a été introduit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, votée fin 1999.

permettant la mise en œuvre du plan de préparation pour le passage à l'an 2000. En 1999, un second outil méthodologique destiné à faciliter l'élaboration du plan de sauvegarde d'établissement a été adressé à tous les établissements de santé. Ce plan était destiné à assurer la continuité du fonctionnement, la qualité des soins et la sécurité des patients en faisant face aux éventuels incidents ou défaillances qui pouvaient survenir lors du passage à l'an 2000.

Le bilan de ce passage a permis de constater qu'aucun incident notable n'avait été rapporté, qu'il s'agisse des dispositifs médicaux, des systèmes informatiques ou des infrastructures techniques.



Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)

Les 26 agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont été créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Elles ont des attributions importantes dans deux domaines :

- l'organisation de l'hospitalisation publique et privée, avec, en particulier, l'élaboration des schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS), qui tracent, tous les cinq ans, le cadre de l'évolution de l'offre de soins hospitalière et arrêtent les décisions de fusion, coopération, fermeture d'établissement, reconversions d'activités... Les ARH ont le pouvoir de suspendre ou de retirer des autorisations d'activité, ou d'en modifier le contenu.
- la répartition des enveloppes financières régionales entre les établissements publics et privés, en tenant compte de l'activité de chacun et des objectifs négociés chaque année avec eux. Les ARH fixent les ressources annuelles des établissements de santé.

Faire évoluer les conditions de travail des personnels hospitaliers

La situation des médecins hospitaliers

Le ministère veille à l'évolution des statuts des quelque 70 000 praticiens travaillant dans les établissements publics de santé. En 1999, au terme d'une concertation avec les organisations syndicales, des modifications significatives sont intervenues au bénéfice de plusieurs catégories de médecins hospitaliers, en particulier des 20 000 praticiens hospitaliers et des 5 500 praticiens à temps partiel, afin de rendre plus attractives les carrières hospitalières. Ainsi, les conditions de reprise, pour le calcul de l'ancienneté, de services accomplis antérieurement à l'entrée dans le corps ont été élargies. Une seconde demi-journée d'intérêt général hebdomadaire a été instaurée pour permettre aux praticiens d'enrichir leur activité professionnelle. Enfin, l'harmonisation des statuts de praticien hospitalier et de praticien à temps partiel permettra aux médecins concernés de poursuivre leur carrière alternativement dans l'un et l'autre corps.

Des mesures statutaires importantes ont également concerné les 8 000 médecins à diplôme étranger exerçant dans les établissements publics, les internes et les étudiants en odontologie. Un protocole d'accord signé avec les médecins urgentistes afin d'améliorer leurs conditions de travail a prévu notamment la création de 230 postes de praticiens hospitaliers sur trois ans.

En liaison avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur, le ministère organise le recrutement des personnels médicaux hospitalo-universitaires (3 700 praticiens hospitalo-universitaires) et en assure la gestion, organise le concours national de l'internat en médecine, pharmacie et odontologie (7 596 candidats en 1999), ainsi que le recrutement de certaines catégories de médecins (7 000 candidats pour le concours de praticien hospitalier pour la session 1999-2000 au lieu de 3 400 l'année précédente, 1 200 candidats pour le concours de praticien hospitalier contractuel).



Les évolutions de la fonction publique hospitalière

La fonction publique hospitalière représente 685 000 personnels non médicaux travaillant à l'hôpital public, soit 16 % de l'ensemble des trois fonctions publiques et près de 2 % de la population active. Le ministère a en charge l'élaboration réglementaire, le suivi statutaire et la définition de la politique de ressources humaines concernant ces personnels alors que la gestion des carrières individuelles dépend de chaque établissement employeur. En 1999 ont eu lieu les élections pour le renouvellement des commissions administratives paritaires dont le taux de participation a atteint 64,08 % et dont les résultats se traduisent dans la composition du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

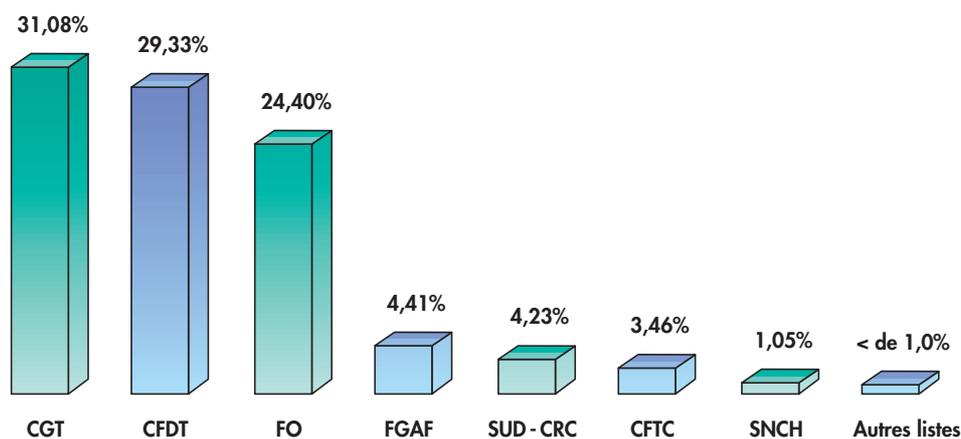
Les personnels des établissements appelés à connaître une opération de conversion, fusion ou redéploiement des services peuvent, depuis la loi de financement de la sécurité sociale 1999, bénéficier d'aides financières.

Par ailleurs, la préparation de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail à l'hôpital, qui constitue une opportunité majeure d'accompagnement du processus de modernisation en cours, est précédée dans chaque établissement d'un état des lieux qui doit faire apparaître les forces et les faiblesses de son organisation. En 1999, un plan national de formation des formateurs a été lancé. L'objectif est de former 1 300 personnes qui seront " référentes " dans leur propre établissement pour toutes les questions d'organisation et d'aménagement du temps de travail.

Les évolutions très importantes survenues ces dix dernières années dans les fonctions de directeur d'hôpital justifiaient une réforme statutaire pour ce corps (environ 4 000 personnes) directement recruté, formé et géré par le ministère. Des négociations ont été menées tout au long de l'année 1999 avec les organisations syndicales et ont abouti à deux textes majeurs, l'un réécrivant le décret statutaire lui-même, l'autre créant un statut d'emploi.

Représentativité syndicale : scrutin du 28 octobre 1999

Résultats des élections aux Commissions administratives paritaires de la Fonction publique hospitalière



CGT : confédération générale des travailleurs
 CFDT : confédération française et démocratique du travail
 FO : force ouvrière
 FGAF : fédération générale autonome des fonctionnaires

SUD - CRC : solidaires, unitaires et démocratiques -
 coordonner, rassembler, construire
 CFTC : confédération française des travailleurs chrétiens
 SNCH : syndicat national des cadres hospitaliers

L'action sociale et le développement social

La lutte contre les exclusions

Le ministère en première ligne

La lutte contre les exclusions constitue une des missions principales de la Direction de l'action sociale¹. Les actions sont très largement menées au niveau des services déconcentrés (DRASS et DDASS) et mobilisent également d'autres ministères (logement, éducation, justice, finances) ainsi que les collectivités locales, les organismes de protection sociale et les réseaux associatifs.

1999 a été consacré à la mise en œuvre de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, qui s'appuie sur quatre principes essentiels :

- ne pas créer de droits spécifiques pour les plus pauvres mais garantir, par des moyens adaptés, l'accès aux droits fondamentaux ;
- prévenir les exclusions et agir le plus en amont possible (améliorer le traitement du surendettement, maintenir dans le logement, encourager la reprise d'emploi, garantir un minimum de ressources, faciliter l'accès aux biens et services fondamentaux...)

¹ - devenue "Direction générale de l'action sociale" en 2000 (cf. organigramme en annexe)

- réagir plus efficacement face à l'urgence sociale (assurer une veille sociale, améliorer le versement des aides financières d'urgence, préserver l'accès à la fourniture d'eau, d'énergie et au téléphone) ;
- favoriser la mobilisation de tous les acteurs de façon cohérente et continue, au plan national et local, et valoriser le travail social.

Programmes mis en œuvre et actions conduites

Le dispositif de veille sociale, d'accueil et d'hébergement

Dans chaque département a été mis en place un numéro téléphonique (115) fonctionnant en permanence, afin d'informer, d'accueillir ou d'orienter vers des lieux d'accueil disponibles les personnes en situation d'urgence et de rupture sociale. Les acteurs de la veille



sociale (associations, équipes mobiles...) peuvent être saisis par toute personne, organisme ou collectivité. Le ministère a consacré en 1999, 90 millions de francs supplémentaires au renforcement des moyens de l'urgence sociale :

accueil, écoute, orientation, hébergement, aide élémentaire et secours divers, accompagnement social.

Parallèlement, les missions des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ont été élargies, 561 places d'accueil d'urgence (structures précaires) ont été transformées en places de CHRS (relevant de l'aide sociale), ce qui porte à près de 30 000 le nombre des places disponibles dans les 780 établissements. 120 000 personnes en ont bénéficié en 1999.

Les schémas de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion ont été mis en place en 1999, afin de mieux coordonner, à l'échelon départemental et régional, l'ensemble des réponses mobilisables pour les personnes en situation de rupture sociale.

Garantir à tous l'accès à la prévention et aux soins

Parallèlement à la création de la CMU, qui garantit la continuité des droits à l'assurance maladie, des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ont été mis en place durant l'année et déclinés en volets départementaux. Ils ont pour objectif d'intégrer toutes les personnes dans le système de droit commun (prévention, urgence, hospitalisation, suivi à domicile). Ils contribuent à une meilleure coordination des acteurs, au développement de réseaux de santé de proximité, à l'amélioration de la lutte contre certaines pathologies ayant un lien avec la précarité et au renforcement de la prévention, notamment auprès des plus jeunes.

Pour leur part, les établissements de santé ont bénéficié des financements nécessaires à l'installation de 291 permanences d'accès aux soins (PASS), qui permettent à toute personne en difficulté de bénéficier de consultations à tout moment.

Accompagner le retour à l'emploi

L'un des enjeux forts du volet "emploi" de la loi et du programme de lutte contre les exclusions est l'emploi des personnes en très grande difficulté grâce, notamment, à un renforcement des mesures d'accompagnement personnalisé comme l'appui social individualisé (ASI). Destinée à aider les personnes en difficulté à lever les freins de leur accès à l'insertion professionnelle et à l'emploi, cette mesure est gérée par les DDASS, en liaison avec l'ANPE et les directions départementales du travail. En 1999, 27 000 personnes en ont bénéficié, le coût individuel moyen de l'ASI pour un suivi pendant 6 mois est de 4 800 francs.

Le renforcement des Fonds d'aide aux jeunes (FAJ)

Les FAJ, financés par l'État et les départements, ont pour objectif de lever les obstacles matériels susceptibles d'entraver l'insertion professionnelle des jeunes. Ils peu-



vent être sollicités pour attribuer un secours financier d'urgence ou une aide financière liée à un projet d'insertion, ou pour proposer un accompagnement social adapté.

Ces fonds peuvent notamment intervenir pour permettre aux jeunes d'accéder au programme TRACE (trajet d'accès à l'emploi) qui propose un parcours d'insertion pouvant aller jusqu'à 18 mois et articulante, selon les cas, des actions de bilan, de remobilisation, de mise en situation professionnelle, de formation. En 1999, l'État a augmenté de 90 millions de francs sa contribution aux FAJ, la portant au total à 225 millions de francs.

Maintenir l'accès à l'eau, à l'énergie et au téléphone

Toute personne ou famille en situation de précarité a droit à une aide pour accéder ou pour préserver son accès à une fourniture d'eau, d'énergie ou de services téléphoniques. En 1999, 224 650 personnes ont bénéficié d'aides pour les impayés de factures EDF-GDF, soit 12 % de plus qu'en 1998. Les fonds correspondants sont cofinancés par l'État, EDF-GDF Service, les départements, les ASSEDIC et les caisses d'allocations familiales. Enfin, un dispositif d'aide aux impayés de téléphone, par abandon par les opérateurs de créances en faveur des personnes en difficultés, a été créé.

La réforme des formations sociales

Le nombre des travailleurs sociaux (plus de 400 000) et leur formation doivent être adaptés aux nouveaux besoins et attentes des usagers. La loi de juillet 1998 prévoit donc de renforcer leur formation, notamment dans le domaine de la lutte contre les exclusions, et d'améliorer le fonctionnement des 300 centres de formation en travail social, tout en augmentant leurs capacités d'accueil, qui sont aujourd'hui d'environ 30 000 étudiants chaque année.

En 1999, un schéma national des formations sociales - décliné en schémas régionaux - a été adopté. Il prévoit une politique de qualification des travailleurs sociaux et d'accompagnement des politiques sociales, la définition d'une réforme des formations sociales, une programmation des effectifs d'étudiants, une organisa-

tion des filières de formation, une mise en cohérence du dispositif de formation. La réforme de la formation des travailleuses familiales a été finalisée en 1999.

Les travaux préparatoires à la déconcentration des agréments des centres de formation en travail social au niveau des régions (DRASS) ont été engagés.

Observation, évaluation et coordination

Un dispositif décloisonné pour apporter une aide plus efficace aux personnes en situation d'exclusion

Une loi qui concerne à la fois la santé, le logement, l'emploi, la formation, la famille... nécessite que soient assurées la cohé-



rence, la lisibilité et la continuité des actions. A cette fin, un Comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE), destiné à favoriser la mobilisation de chacun des départements ministériels, a été créé (décret du 12 février 1999).

A l'échelon local, la cohérence des actions est assurée par les comités départementaux de coordination des politiques de prévention et de lutte contre les exclusions, présidés par les préfets et mis en place en 1999. La coordination des interventions repose sur la conclusion de conventions entre les collectivités territoriales et les organismes dont relèvent les différents acteurs.

La commission de l'action sociale d'urgence pour rendre plus accessibles les aides d'urgence

Des commissions de l'action sociale d'urgence (CASU) ont été constituées dans chaque département, par convention entre le préfet et le président du Conseil général, pour assurer la coordination des dispositifs susceptibles d'allouer des aides, notamment financières, aux personnes et aux familles en grande difficulté.

Les CASU associent l'État, le Conseil général, les communes, les organismes de protection sociale et, souvent, l'ANPE, l'OPHLM, EDF-GDF, la Banque de France... Ces institutions s'organisent pour mettre en place des guichets polyvalents, assurer une formation spécifique à leur personnel, constituer un formulaire unique de demande d'aide, élaborer un guide des multiples aides financières ou créer un site Internet permettant de recenser ces dernières.

Dans de nombreux départements, des sous-commissions (CASU locales) ont été créées afin de travailler au niveau de territoires plus restreints.

Un rôle renforcé pour le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), créé par la loi du 1er décembre 1988 instituant le RMI, a vu son rôle renforcé par la loi

d'orientation relative à la lutte contre les exclusions et notamment le décret du 22 mars 1999.

Le CNLE assiste, par ses avis, le Gouvernement pour toutes les questions concernant la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Placé auprès du Premier ministre, il assure une concertation entre les pouvoirs publics et les associations, organisations et personnalités qualifiées concernées. Il est également chargé de réaliser ou de faire réaliser, notamment par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, toutes études sur les situations et phénomènes de précarité et d'exclusion sociale.

Composé de 38 membres et présidé par Monsieur Jean-Claude Boulard, député, le CNLE s'est réuni à cinq reprises en 1999 et a rendu 9 avis au Gouvernement sur des sujets très différents (associations intermédiaires, fonds d'aide aux jeunes en difficulté, revalorisation des minima sociaux, CMU, création de micro entreprises, loi "solidarité et renouvellement urbain"...).



L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Créé par la loi du 29 juillet 1998, l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale est placé auprès du ministre de l'emploi et de la solidarité. Il a pour mission de faire le point, chaque année, de l'état des connaissances sur la pauvreté et l'exclusion en France, et d'approfondir la connaissance sur des aspects mal connus ou nouveaux, repérés par les acteurs de terrain.

Composé de 22 membres, présidé par Madame Marie-Thérèse Join-Lambert et travaillant en réseau avec les observatoires régionaux et locaux, il remet chaque année un rapport au Gouvernement et au Parlement. En 1999, l'Observatoire a été mis en place et ses premiers travaux ont essentiellement porté sur le problème des jeunes, notamment pour mieux connaître la situation des jeunes en errance ou en très grande difficulté et qui n'ont aucune ressource.

Enfance, famille, jeunesse

La reconnaissance et l'appui de la fonction parentale

À la suite des décisions prises lors de la Conférence de la famille du 12 juin 1998, les réseaux d'appui, d'écoute et d'accompagnement des parents, destinés à favoriser le développement des relations entre parents et leur accès à l'information, ont été lancés par la circulaire du 9 mars 1999. Ce dispositif représente une approche nouvelle (laisser l'initiative aux parents, a priori compétents, sans les laisser seuls). Il s'appuie sur les initiatives existantes afin de les renforcer, en susciter de nouvelles, mettre les intervenants en réseau, est le fruit d'un travail collectif entre les grands réseaux associatifs, les caisses d'allocations familiales, les associations d'élus locaux et les services du ministère.



Un premier bilan, dressé le 21 septembre 1999, montre que l'aide à la fonction parentale, priorité gouvernementale, a pris une nouvelle ampleur. Tous les préfets ont mis en place un comité d'animation réunissant tous les partenaires concernés. Ce dispositif donne de la cohérence à l'action des DDASS, pilotes dans plus de la moitié des départements,

leur permet de développer de nouveaux modes opératoires, de formaliser des partenariats et de dynamiser le réseau associatif.

La prévention de l'inadaptation sociale des jeunes

Les interventions de la Direction de l'action sociale en direction des jeunes de 11 à 25 ans se situent dans une perspective de prévention de l'inadaptation sociale. S'appuyant pour la plupart sur des partenariats avec les collectivités locales et d'autres ministères, elles visent les populations en risque de marginalisation, en particulier celles qui sont victimes de discriminations.

Il s'agit ainsi de développer l'accompagnement scolaire, par le biais des Réseaux Solidarité-École et des Contrats locaux d'accompagnement scolaire, ou de proposer des activités éducatives à des adolescents, à travers l'opération "**Ville, Vie, Vacances**", dispositif interministériel de prévention de la délinquance, ou du programme "**École ouverte**", qui offre aux jeunes de 10 à 18 ans ne partant pas en vacances des activités au sein des établissements publics du second degré (45 000 jeunes en ont bénéficié en 1999). Un soutien financier est par ailleurs apporté dans 40 départements prioritaires aux projets visant à développer des supports éducatifs en dehors du temps scolaire pour les adolescents de 12 à 16 ans.

Le programme des chantiers de jeunes bénévoles favorise quant à lui les projets d'utilité socia-



le ouvrant sur des formations ou des débouchés professionnels. 800 chantiers ont été réalisés en 1999 et ont concerné 17 000 jeunes de 16 à 25 ans.

Plus largement, le ministère participe à la prévention des risques inhérents à l'adolescence en finançant le numéro vert destiné aux 15-25 ans "Fil santé jeunes".

La journée nationale des droits de l'enfant du 20 novembre

La journée du 20 novembre 1999 a permis de dynamiser la réflexion et le débat entre les services publics, les professionnels et le milieu associatif autour de l'application des dispositions de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), signée par la France. La mise en œuvre de la CIDE en France et l'action en faveur de la situation des enfants dans le monde ont fait l'objet d'un rapport présenté au Parlement par le Gouvernement.

Vigilance accrue vis-à-vis de la maltraitance

Le programme d'action sur "la bien-traitance institutionnelle des jeunes enfants et de leurs parents dans les établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires" a été poursuivi en 1999. Une convention pluriannuelle a été passée avec l'Association nationale des Communautés éducatives pour mettre en œuvre, en partenariat avec les collectivités territoriales compétentes, différentes actions : sessions de formation, organisation des journées nationales des 11, 12 et 13 mars 1999 à Grenoble, qui ont réuni 500 professionnels, organisation de groupes de travail régionaux dans l'Isère, le Finistère et les Côtes d'Armor, le Nord-Pas-de-Calais.

Un guide méthodologique a été diffusé aux DDASS pour les aider à prévenir, repérer et traiter les violences dans les institutions. Le premier bilan statistique des situations recensées dans les établissements sous contrôle des DDASS a été réalisé en 1999 et fait état, pour l'année précédente, de 81 affaires en provenance de 71 établissements, dans 44 départements. Les personnels de l'établisse-

ment sont mis en cause deux fois sur trois ; les victimes sont majoritairement des garçons et ont subi dans les deux tiers des cas des agressions à caractère sexuel. Dans 80 cas, le Procureur de la République a été saisi.

La prise en charge des enfants victimes de mauvais traitements repose en particulier sur le service national d'accueil téléphonique "Allô enfance maltraitée", qui fonctionne 24 heures sur 24. Par ailleurs, à l'occasion du 10^{ème} anniversaire de la loi du 10 juillet 1989 sur la prévention des mauvais traitements à enfants, la journée nationale de l'enfance maltraitée du 24 septembre a permis d'affirmer un certain nombre de priorités comme le renforcement de la coordination entre l'État et les conseils généraux pour le dépistage des situations de maltraitance, la prévention et le traitement des violences en institution, la mobilisation des hôpitaux et des services de pédo-psychiatrie pour une meilleure prise en charge des enfants maltraités. Des études ont été lancées sur le signalement à l'autorité judiciaire ainsi que sur les décès et les handicaps consécutifs à des maltraitements.

Garantir la formation et faire progresser le statut des professionnels

Des travaux ont été menés sur l'évolution du statut des assistantes maternelles, la formation, l'agrément et le suivi des assistantes maternelles non permanentes, la formation, la qualification et le statut des conseillers conjugaux et familiaux, qui sont employés dans des conditions très diverses, ou encore la formation des médiateurs familiaux.

Les mesures en faveur des personnes âgées

Une année charnière

Face à la perspective d'un vieillissement de la population, l'année 1999 a été marquée par l'ouverture de nombreux chantiers qui doivent concourir à préserver, le plus longtemps possible, le libre choix par la personne âgée de son mode de vie, à domicile comme en établissement.

Le Premier ministre a confié à Paulette Guinchard-Kunstler, députée du Doubs, une mission d'analyse et de propositions, afin que les réponses apportées aux personnes âgées en perte d'autonomie prennent davantage en compte leurs attentes et leurs besoins. Remis le 1er octobre, ce rapport formule 43 propositions pour, entre autres, améliorer la connaissance du vieillissement, en prévenir les effets, réorganiser le financement de la prise en

charge des personnes en perte d'autonomie, renforcer l'aide aux familles, améliorer les réponses hospitalières.

Par ailleurs, l'année 1999 était aussi l'année internationale des personnes âgées ; célébrée par l'ONU autour du thème "une société pour tous les âges", cette manifestation fut notamment l'occasion de

rappeler l'utilité sociale des personnes âgées, qui doit être reconnue et valorisée. Les mesures annoncées par le Gouvernement le 30 novembre, lors de la clôture en France de l'année internationale, ont marqué une profonde réorientation de la politique en leur faveur.

Favoriser le maintien à domicile

La politique engagée en faveur de la professionnalisation du maintien à domicile s'est, en 1999, concrétisée par l'exonération à 100 % des charges patronales de sécurité sociale pour les organismes d'aide ménagères. Parallèlement, une réflexion a été menée, conjointement avec la caisse nationale d'assurance vieillesse, sur l'évolution des modes de financement de l'aide ménagère à domicile, afin d'aboutir à des taux de participation différenciés, propices au développement d'une démarche d'amélioration du service rendu.

Le ministère s'est également engagé dans la mise en place d'une coordination gérontologique qui doit apporter une réponse plus humaine et plus adaptée au problème de la dépendance en organisant un maillage du territoire national à partir des échelons de proximité. Une autre priorité est la transformation des services de soins infirmiers à domicile en services polyvalents de soutien à domicile pouvant intervenir aussi bien auprès des personnes âgées dépendantes qu'auprès des adultes handicapés.

Combinant une prise en charge sanitaire et



sociale, ces services polyvalents doivent permettre d'offrir des soins modulés, de l'intervention ponctuelle de l'infirmière libérale à la prise en charge de personnes souffrant d'affections chroniques.

Améliorer la qualité de vie en établissement



L'objectif est moins quantitatif que qualitatif. Il s'agit d'adapter les 10 000 établissements existants (qui offrent 650 000 places) aux besoins et attentes des personnes hébergées, de plus en plus âgées et dépendantes, et de leurs familles.

Plusieurs pistes ont été lancées en 1999 comme le développement d'une prise en charge spécifique pour les personnes souffrant de détérioration intellectuelle (40 % des résidents) au travers de la création d'unités fonctionnelles, autonomes ou intégrées dans les établissements existants. Un appel à projet a été lancé avec la Fondation de France pour recenser les réalisations innovantes dans ce domaine.

Rénover la prise en charge de la dépendance

La prestation spécifique dépendance (PSD) s'est substituée en janvier 1997 à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), désormais réservée aux personnes handicapées de moins de 60 ans. Ce nouveau dispositif a fait preuve de lourdes insuffisances, dans la mesure où il bénéficie à moins de personnes âgées que le précédent. Le Gouvernement a annoncé, le 30 novembre 1999, une réforme en profondeur des conditions de prise en charge de la dépendance et a confié à Jean-Pierre Sueur, maire d'Orléans, une mission de concertation avec l'ensemble des partenaires concernés, notamment les Conseils généraux, pour la mettre au point.

La réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Organisée par les décrets du 26 avril 1999, la réforme privilégie la dimension qualitative, s'attachant à mieux répondre à la diversité des besoins et des situations et favorisant entre autres le développement de modes d'hébergement et de structures intermédiaires et de proximité (accueil de jour, hébergement temporaire...). Trois sections tarifaires distinctes sont instaurées à l'intérieur du budget des établissements : l'hébergement, les prestations "domestiques et sociales" liées à la dépendance, les soins médicaux (dont la tarification est basée sur des coûts réels et non plus forfaitaires). Une mission d'appui a été confiée à Jean-René Brunetière pour recenser les difficultés rencontrées dans l'application de la nouvelle tarification et proposer les ajustements nécessaires.



Les mesures en faveur des personnes handicapées

La politique en faveur des personnes handicapées repose sur le principe de la "discrimination positive", qui s'attache, sans nier les différences, à mobiliser au profit des personnes handicapées les dispositifs de droit commun tout en prenant en compte, au travers de mesures spécifiques, les sujétions particulières imposées par leurs déficiences et incapacités.

Renforcer les capacités d'accueil pour les plus lourdement handicapés

Arrêté par le Gouvernement le 8 avril 1998, le plan pluriannuel (1999-2003) de création de 16 500 places dans les établissements spécialisés pour adultes handicapés a commencé à être mis en œuvre en 1999 avec le financement de 2 000 places nouvelles en centre d'aide par le travail (CAT), de 500 places en atelier protégé et de 1 100 places nouvelles dans les établissements pour adultes lourdement handicapés. L'objectif est de résoudre les problèmes liés au maintien de jeunes adultes dans les établissements pour enfants et de permettre une meilleure répartition géographique des équipements tout en augmentant leur capacité globale sur le territoire.

Au bénéfice des autistes ont été créés 420 places nouvelles dans les établissements médico-sociaux ainsi que trois centres de ressources (Brest, Tours, Montpellier).

La réflexion sur le problème des conditions d'hébergement des personnes handicapées

âgées, notamment en termes de normes qualitatives d'accueil et de qualification des personnels, a été poursuivie en 1999

Le Conseil national consultatif des personnes handicapées

Le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) rassemble, autour des administrations, les principales associations représentatives des personnes handicapées, les organismes de protection sociale et des centres de recherche dans le domaine du handicap.

Il peut être consulté par les ministres sur tout projet, programme ou étude intéressant les personnes handicapées. Il peut aussi, de sa propre initiative, examiner toute question relative à la politique en faveur des personnes handicapées. Sa composition (47 membres, désignés pour trois ans) a été renouvelée par arrêté du 14 mars 1999 et étendue à l'Association des départements de France.

Scolariser et intégrer les jeunes handicapés

Vingt mesures en faveur de la scolarisation des enfants handicapés ont été annoncées par les ministres de l'emploi et de la solidarité et de l'enseignement scolaire devant le Conseil national consultatif des personnes handicapées le 20 avril 1999. Elles visent notamment à réaf-

firmer le droit à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés en milieu ordinaire, chaque fois que cela est possible, et, à défaut, dans les établissements d'éducation spéciale.

Une circulaire du 19 novembre 1999 a officiellement créé les groupes départementaux de coordination **Handiscol** afin de favoriser, grâce à une connaissance plus fine des besoins à l'échelon départemental, une meilleure adaptation des réponses éducatives, sociales et médico-sociales. Fin décembre 1999, ces groupes s'étaient réunis dans près d'un quart des départements. Par ailleurs, 12 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ont été créés et 16 projets de création ou d'extension de services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) lancés.

Favoriser le maintien à domicile

Il s'agit de permettre aux personnes handicapées de disposer, à un moindre coût, des aides techniques propices à leur maintien à domicile. Une expérimentation, menée depuis 1997 dans quatre départements, a montré l'utilité de constituer des équipes pluridisciplinaires chargées de mettre au point des plans d'aide individualisés.

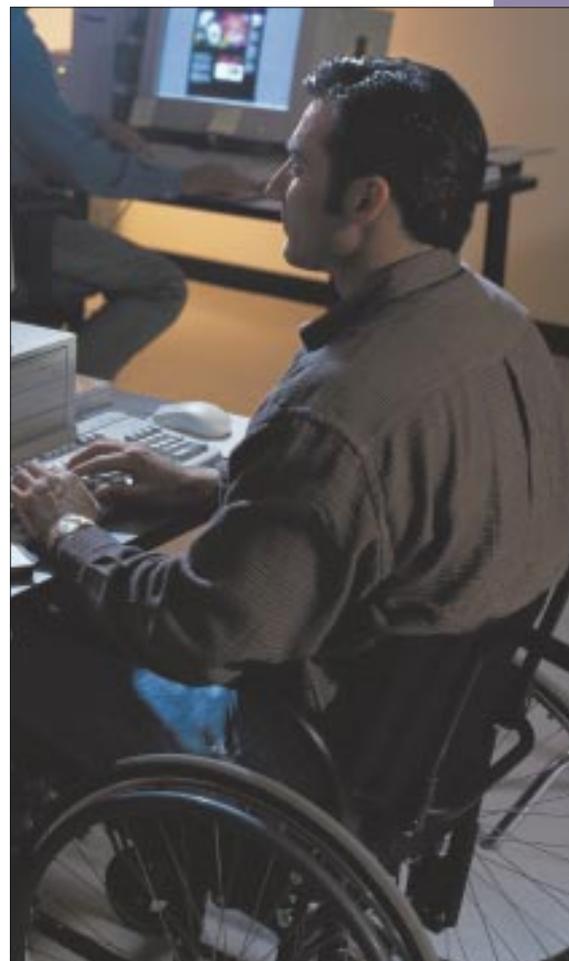
Des mesures spécifiques en faveur des sourds

La mise en œuvre des 115 propositions contenues dans le rapport de Dominique Gillot sur le "droit des sourds" a commencé, concernant notamment l'accès des personnes sourdes aux fonctions d'aide-soignante.

Dynamiser le fonctionnement des COTOREP

Les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) ont rendu, en 1999, environ 1,2 million de décisions individuelles concernant la reconnaissance du taux d'incapacité, l'accès à l'emploi, l'ouverture de droits aux allocations ou l'orientation vers les structures spécialisées.

Un comité de pilotage présidé par Claude Fonrojet et une mission d'appui à l'amélioration du fonctionnement des COTOREP ont été constitués en mai 1999 ; ils sont chargés de proposer des mesures propres à rénover les missions de ces structures et à améliorer leurs moyens de fonctionnement.



L'égalité entre les femmes et les hommes

Une politique active de l'égalité

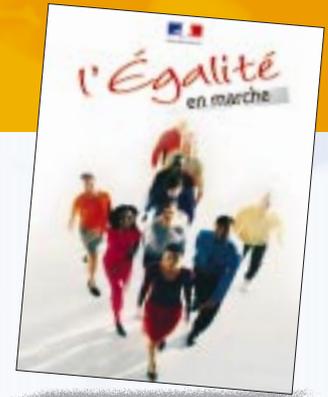
L'année 1999 a été marquée par la volonté du gouvernement d'œuvrer pour une politique active de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Cette volonté s'est traduite par l'élaboration d'une plate-forme gouvernementale sur l'égalité, présentée le 23 juin 1999 et déclinée en 25 actions, autour de 3 axes prioritaires : l'égalité professionnelle, les femmes dans la prise de décision et les droits spécifiques des femmes. Cette plate-forme a constitué le cadre d'action du Secrétariat d'Etat chargé des droits des femmes et de la formation professionnelle.

Si l'égalité en droit est un principe proclamé dans les textes, elle demeure insuffisamment ancrée dans les faits, ainsi que le montrent les nombreuses sources statistiques convergentes, dans les domaines de la formation, de l'emploi et de l'accès à l'ensemble des processus décisionnaires.

La méthode adoptée pour la mise en œuvre de cette politique d'égalité s'appuie sur une approche globale engagée à l'échelon international lors de la 4^{ème} Conférence mondiale des

Nations Unies sur les femmes en 1995 et dans les travaux européens. Cette approche globale de l'égalité (ou "gender mainstreaming" en langage international) se définit par la prise en compte systématique des situations et des besoins des hommes et des femmes dans la conception puis la mise en œuvre des politiques publiques aux fins d'incorporer la perspective de l'égalité hommes/ femmes dans tous les domaines. L'intégration de la dimension de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes implique également le recours à des mesures spécifiques.



Des objectifs précis

Réaliser l'égalité professionnelle

Des expertises pour rendre visibles les inégalités

Des évaluations de la situation des femmes au regard de l'emploi ont été effectuées.

- Le rapport de Béatrice Majnoni d'Intignano, rédigé pour le Conseil d'Analyse Economique et rendu en février 1999, porte sur les aspects économiques des disparités entre sexes. Ce rapport, qui est assorti d'un bilan d'application de la loi du

13 juillet 1983 (dite loi Roudy), met en évidence l'importance de la participation des femmes dans l'amélioration des performances économiques.

- En juillet 1999, la députée Catherine Genisson a remis son rapport " Davantage de mixité professionnelle pour plus d'égalité entre les hommes et les femmes ". Malgré la loi du 13 juillet 1983, qui devait permettre une égalité des chances plus effective entre les femmes et les hommes dans l'entreprise, les discriminations en termes d'embauche, de salaire, d'accès à la formation et à la promotion n'ont pas disparu. Les propositions du rapport visent notamment à redynamiser la négociation collective autour de la problématique de la promotion de l'égalité professionnelle.

- Un groupe de travail piloté par Catherine Blum, inspectrice générale de l'INSEE, en collaboration avec le service des droits des femmes a permis le recensement des données existantes et le repérage des manques en ce qui concerne l'outil statistique. Le rapport a débouché, le 8 mars 2000, sur une circulaire du Premier ministre destinée à améliorer l'exploitation et la publication des données par sexe, ainsi qu'à réaliser des études complémentaires.

L'égalité des chances dans le système éducatif

- Le prix de la vocation scientifique et technique, créé en 1991, a été reconduit. En 1999, 480 prix d'un montant de 5 000 francs ont été attribués.



- Une brochure sur l'égalité des sexes à l'école a été rédigée à l'intention des enseignants et des décideurs du système éducatif. Elle a fait l'objet d'une large diffusion durant le premier trimestre 2000.

- Le secrétariat d'État aux droits des femmes et à la formation professionnelle, le ministère de l'éducation nationale et le ministère de l'agriculture et de la pêche ont élaboré une convention (signée en février 2000) relative à l'égalité des chances entre les filles et les garçons dans le système éducatif.

- Un site internet sur l'égalité des chances à l'école a été conçu conjointement avec le Ministère de l'éducation nationale (<http://www.education.gouv.fr/syst/egalite>)

Une réactivation du Conseil supérieur de l'égalité professionnelle

Le Conseil supérieur de l'égalité professionnelle a été réactivé en juillet 1999 et ses membres renouvelés. Deux groupes de travail ont rendu leur rapport en juillet 1999 : l'un a porté sur l'aménagement du temps de travail et l'égalité professionnelle, le second sur l'accès des femmes à la formation continue et les effets sur leur carrière.

Par ailleurs, 3 nouveaux groupes de travail ont été mis en place :

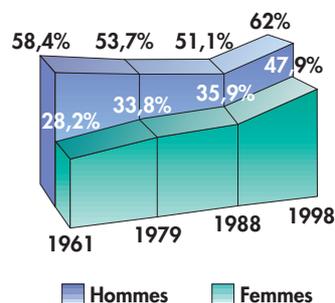
- femmes et dialogue social,
- articulation vie professionnelle/vie familiale,
- analyse et rénovation de la loi de 1983 sur l'égalité professionnelle.

La prise en compte de l'égalité dans les programmes d'action nationaux et communautaires (plan national d'action pour l'emploi (PNAE), contrats de plan État-Région, Fonds social européen)

Dans le cadre du PNAE, l'action gouvernementale sur l'égalité entre les femmes et les hommes s'organise autour des quatre piliers de la stratégie européenne pour l'emploi : améliorer la capacité d'insertion professionnelle, développer l'esprit d'entreprise, encourager la capacité d'adaptation des entreprises et renforcer les politiques d'égalité des chances. Ce dernier pilier prévoit des actions spécifiques en faveur des femmes, notamment dans les trois domaines suivants : lutte contre les discriminations, conciliation entre vie fami-

Taux d'activité selon le sexe

(source INSEE - Les femmes 1995 / enquête emploi 1999)

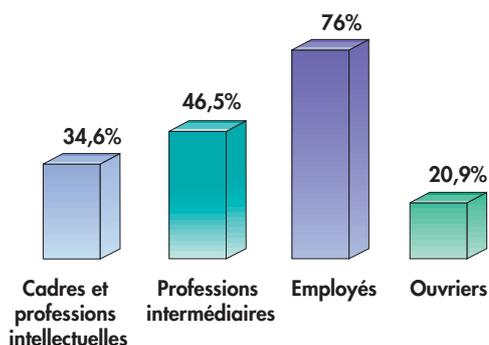


liale et vie professionnelle, réintégration sur le marché du travail. L'approche globale de l'égalité s'est inscrite également dans les contrats de plan entre l'État et les Régions et dans la nouvelle programmation des fonds structurels européens pour la période 2000 - 2006.

La promotion de l'égalité professionnelle

Proportion des femmes dans les catégories professionnelles (% par rapport aux hommes)

(Source INSEE - enquête emploi 1999)



- Promotion de l'égalité professionnelle pour l'amélioration de l'accès à l'emploi

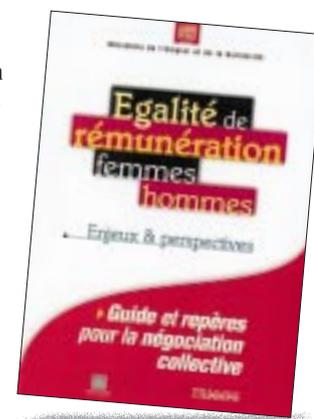
Il a été décidé que les femmes devaient accéder aux mesures d'aide à l'emploi et à la formation à hauteur de leur part dans le public visé par les programmes, soit 55 % pour ce qui concerne la globalisation des crédits de lutte contre le chômage de longue durée et l'exclusion. De même, la part des femmes dans le service individualisé de "nouveau départ" vers l'emploi, mis en œuvre depuis octobre 1998, devra atteindre 55 % de femmes parmi les bénéficiaires.

- Promotion de l'égalité professionnelle dans l'entreprise

Il s'agit d'augmenter le nombre des contrats d'égalité professionnelle (50 d'ici fin 2000) et de promouvoir les contrats pour la mixité des emplois. Par ailleurs, un guide pratique sur l'égalité de rémunération entre les femmes et les hommes a été publié en septembre 1999. Il est destiné à aider les négociateurs dans l'entreprise à prévenir et corriger les discriminations de salaires entre les sexes.

- Articulation vie professionnelle / vie familiale
Parmi les obstacles à l'accès des femmes aux postes de responsabilité et à la sphère profes-

sionnelle, les difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale ont été soulignées. Aussi une réflexion a-t-elle été entamée sur cette problématique par le service des droits des femmes, dans le cadre des travaux du Conseil supérieur de l'égalité professionnelle.



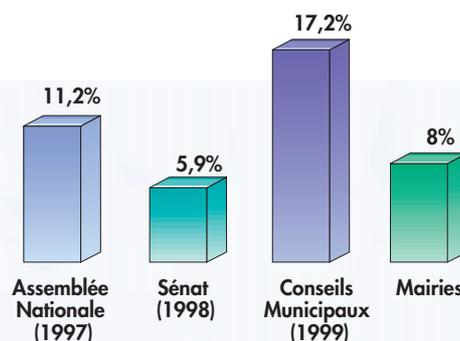
Favoriser l'accès des femmes aux postes de décision

dans la vie politique

Le rôle des femmes dans la vie publique et particulièrement la place des femmes dans la prise de décision politique constitue une priorité gouvernementale.

Femmes élues aux différents scrutins en %

(source : Ministère de l'Intérieur)



Dans ce cadre, le ministère a participé étroitement à la préparation de la loi constitutionnelle adoptée par le Parlement réuni en Congrès à Versailles (loi du 8 juillet 1999) et modifiant les articles 3 et 4 de la Constitution de 1958 dans les termes suivants :

• Article 3 :

" la loi favorise l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et aux fonctions électives "

• Article 4 :

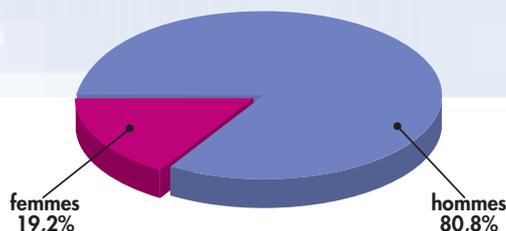
" (les partis) contribuent à la mise en œuvre du principe énoncé au dernier alinéa de l'article 3 dans les conditions déterminées par la loi " .

dans la sphère administrative

Les femmes sont majoritaires dans la fonction publique de l'État, puisqu'elles représentent 56,9 % des effectifs mais elles occupent seulement 7,7 % des postes de directeurs d'administration centrale. A la suite du rapport d'Anne-Marie Colmou sur "**l'encadrement supérieur de la fonction publique : vers l'égalité entre les hommes et les femmes - Quels obstacles ? Quelles solutions ?**", rendu en février 1999, deux mesures ont d'ores et déjà été retenues : assurer une composition équilibrée entre les femmes et les hommes dans les instances paritaires et les jurys de concours ; élaborer des plans pluriannuels d'égalité entre les femmes et les hommes dans chaque ministère.

Proportion des femmes dans les postes d'encadrement supérieur d'administration

(source : la fonction publique de l'État : rapport mars 1997/98 - DGAFP)



dans la sphère sociale

- le monde syndical : une étude a été demandée au CNRS en vue d'analyser les obstacles à la participation des femmes à la prise de décision dans les syndicats. Un groupe de travail a été créé au sein du Conseil supérieur de l'égalité professionnelle sur la place des femmes dans le dialogue social.

- la vie associative : une étude a également été lancée concernant la prise de décision dans la sphère associative. Un travail a été effectué pour encourager une plus grande mixité au sein des instances de décision des associations notamment par l'introduction de l'objectif de parité dans les conventions financières État/associations.

Défendre les droits spécifiques des femmes

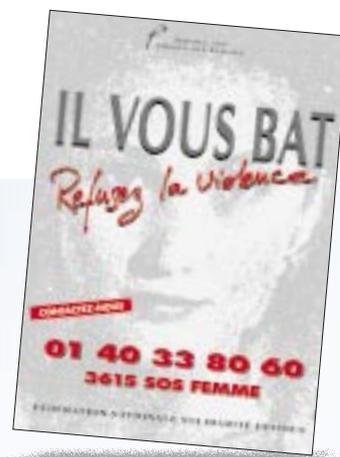
lutter contre les violences à l'encontre des femmes

Malgré l'impulsion internationale donnée à ce thème depuis la IV^e conférence mondiale sur les femmes tenue à Pékin en 1995, l'absence de données statistiques homogènes et fiables constitue une entrave à la prise de décision. Aussi, après une enquête pilote, dont les conclusions ont été rendues en juin 1999, une grande enquête nationale sur les violences (ENVEFF), portant sur 7000 femmes, sera lancée courant 2000 afin d'évaluer l'ampleur et la nature du phénomène. Première enquête de ce type en France, elle sera réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs et d'universitaires. Les résultats seront largement exploités aux assises sur les violences qui se tiendront au début de 2001.

Les crédits consacrés à la lutte contre les violences faites aux femmes ont permis, d'une part, de soutenir l'activité des associations nationales qui oeuvrent dans ce domaine et celle des deux services téléphoniques nationaux - "**Violence conjugale femmes info service**" et "**Viols femmes informations**", et, d'autre part, de participer au financement de 150 lieux d'écoute et d'accompagnement locaux de femmes victimes de violences conjugales ou sexuelles.

Par ailleurs, une circulaire interministérielle sur les violences faites aux femmes au sein du couple a été signée le 8 mars 1999.

Enfin, au plan départemental, les commissions de lutte contre les violences ont été relancées.

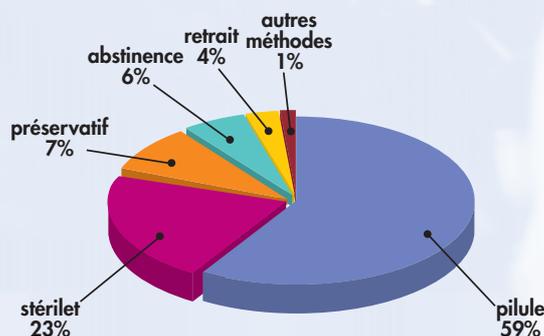


Conserver les acquis : contraception et IVG

Depuis plus d'une décennie, la France se caractérise par une large utilisation de la contraception puisque plus de deux femmes sur trois utilisent un moyen contraceptif. Néanmoins, et c'est un paradoxe difficile à analyser, le nombre des avortements reste stable, autour de 220 000 par an.

Méthodes contraceptives utilisées par les femmes en 1994

(source : Ined, enquête sur les situations familiales et l'emploi, mars 1994)



- Le service des droits des femmes et de l'égalité a participé activement à la préparation de la campagne sur la contraception (lancée au début de l'année 2000), notamment sur le terrain avec le réseau des déléguées régionales et des chargées de missions départementales.
- Depuis plusieurs mois, il apparaît que les modes d'action des commandos anti-IVG ont considérablement changé. L'application de la loi de 1993 relative à l'entrave à l'IVG doit être reconsidérée : un travail conjoint avec le Ministère de la Justice a été engagé en ce sens.

- L'accouchement sous X

Un groupe de travail sur l'accouchement sous X a rendu son rapport en octobre 1999. Il s'agissait de mieux analyser la situation des femmes recourant à ce type d'accouchement et de faire des propositions conciliant droits de l'enfant et attentes des femmes. Ce rapport a été remis à la mission Dekeuwer-Défossez, diligentée par le Ministère de la Justice sur la refonte du droit de la famille.

Les travaux du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS)

Le CSIS s'appuie sur quatre groupes de travail, constitués en 1997, qui traitent :

- de l'information et de l'éducation des jeunes à la sexualité,
- de la prévention des violences à caractère sexuel,
- du soutien des parents dans leur tâche éducative,
- de la planification familiale et de la prévention de la stérilité.

Se dégagent de leurs travaux : le besoin d'information sur les dispositifs existants, la nécessité de renforcer les liens entre les différents types d'intervenants, le manque de lieux de rencontre sur les questions de sexualité et d'éducation, la promotion d'une éducation qui prendrait en compte la question de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Ces conclusions ont fait l'objet d'une présentation lors d'une réunion plénière du CSIS, le 18 février 1999.

Rendre plus efficaces les actions en matière de prostitution

Suite à la circulaire ministérielle du 30 mai 1997, il a été procédé à un état des lieux de la prostitution dans les départements et à une synthèse des initiatives locales, qui ont débouché sur un ensemble d'actions et de réflexions dans les domaines suivants : éducation et prévention, information et sensibilisation, lutte contre la traite des êtres humains au niveau international.

Une action renforcée au plan international

Nations Unies

Le troisième rapport national sur l'application de la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) a

été remis au comité de suivi de cette convention en septembre 1999.

Parallèlement, a été élaboré, à l'automne 1999, le rapport national, en vue de l'évaluation, cinq ans après son adoption, du programme d'action établi à Pékin en 1995 lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes.

Le ministère a participé à la 43^{ème} session de la Commission de la condition de la femme.

Des réunions avec les organisations non gouvernementales ont eu lieu afin de favoriser la présence active des associations françaises dans les travaux de l'ONU.

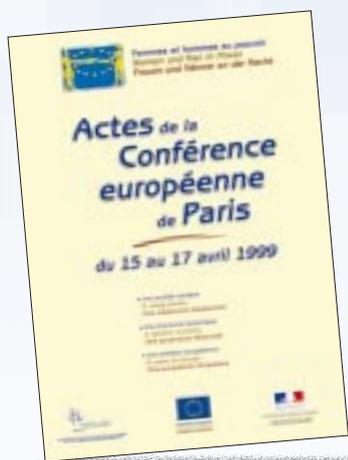
Conseil de l'Europe

La représentation de la France au Comité directeur pour l'égalité entre les femmes et les hommes (CDEG) du Conseil de l'Europe est assurée par le ministère. A ce titre, celui-ci participe à divers séminaires et à deux groupes d'experts sur l'élaboration d'une recommandation sur "**le droit au libre choix en matière de sexualité et de procréation**" et d'une recommandation sur "**la protection des femmes et des fillettes contre la violence**". La représentante de la France a présidé ce Comité pendant deux ans (1998-1999).

Union Européenne

- La conférence de Paris

La Conférence européenne "**Femmes et hommes au pouvoir**" s'est tenue à Paris du 15 au 17 avril 1999. Au terme de celle-ci, les ministres présents des États membres de l'Union Européenne ont adopté une déclaration solennelle visant à favoriser un partage égal du pouvoir entre les femmes et les hommes afin de conduire à l'instauration d'une économie plus dynamique, d'une société plus solidaire et d'une approche de la politique plus attentive à l'ensemble des citoyens.



- Suivi des actions européennes

Le ministère participe à l'élaboration de normes communautaires et assure le suivi des directives, des recommandations comme celle de 1996 (relative à la participation équilibrée des femmes et des hommes aux processus de décision) et des programmes tels que le 4^{ème} Programme d'action communautaire à moyen terme pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes 1966-2000 ou NOW (**New Opportunities for Women**). Il participe au Comité consultatif sur l'égalité des chances entre les femmes et les hommes.

Les services déconcentrés

L'action territoriale du ministère dans le domaine de l'égalité entre les femmes et les hommes est assurée par un réseau déconcentré spécifique, composé de déléguées régionales et de chargées de missions départementales.

Celles-ci ont pour mission de mettre en œuvre, à l'échelon local, les orientations stratégiques définies par la ministre chargée des droits des femmes.

Elles assurent un soutien aux réseaux associatifs, la tutelle des 121 centres d'information des droits des femmes (CIDF) et encouragent les initiatives de lutte contre les violences envers les femmes. Plusieurs axes d'intervention ont constitué les priorités des services durant l'année 1999 : la lutte contre l'exclusion, la politique de la ville, la lutte contre les violences, la promotion des femmes dans l'emploi et la parité politique. Leur activité est présentée dans le chapitre relatif à l'action territoriale.

L'action en faveur des rapatriés

Le désendettement des rapatriés réinstallés dans une activité non salariée

Lors de leur arrivée en métropole, les rapatriés exerçant outre mer une activité professionnelle non salariée se sont réinstallés dans des conditions souvent précaires. Diverses mesures ont permis de traiter un nombre important de situations d'endettement consécutives à cette réinstallation. Certains cas parmi les plus graves n'ont cependant pas encore pu trouver une solution appropriée.

Le décret n° 99-469 du 4 juin 1999, relatif au désendettement des rapatriés réinstallés dans une profession non salariée, publié au Journal officiel le 6 juin 1999 (rectificatifs publiés au Journal officiel le 10 juillet 1999), a mis en place un dispositif destiné à régler ces derniers cas.

Il prévoit la création d'une commission nationale de désendettement des rapatriés réinstallés dans une profession non salariée ; celle-ci est présidée par un magistrat de la Cour des Comptes et comprend une représentation de rapatriés. La procédure est ouverte pour résoudre les graves difficultés économiques et financières que peuvent rencontrer

les rapatriés réinstallés en activité ou ayant cédé leur exploitation ainsi que leurs héritiers ou enfants repreneurs.

Au 31 juillet 1999, date limite de dépôt, 1 800 demandes d'examen par la commission nationale ont été déposées auprès des préfetures. A ce jour, les premiers dossiers sont instruits. Le coût total estimatif de ce dispositif est de 280 MF.

En complément, les rapatriés ont bénéficié d'un dispositif, régulièrement prorogé depuis plusieurs années, de suspension de plein droit des poursuites, qui s'étendait aux procédures collectives et aux mesures conservatoires, à l'exclusion des dettes fiscales. L'article 25 de la loi de finances rectificative pour 1998 a étendu cette suspension aux personnes ayant déposé en temps voulu un dossier de désendettement, conformément au décret du 4 juin 1999. En outre, l'article 21 de la loi de finances rectificative pour 1999 a, pour la première fois, institué un sursis de paiement des dettes fiscales jusqu'à décision de l'autorité administrative sur le fond du dossier.

Les anciens supplétifs et assimilés de l'armée française en Algérie

Un bilan effectué à la fin de l'année 1997 par l'Inspection générale des affaires sociales a établi que la loi du 11 juin 1994, qui visait à porter témoignage de la reconnaissance de la République française envers les anciens supplétifs et instituait un certain nombre de mesures en leur faveur, n'avait pas produit pleinement les effets attendus. Il a souligné la nécessité de traiter avec la plus grande attention les difficultés d'insertion professionnelle des enfants de harkis.

Un effort supplémentaire a alors été engagé, exprimant le devoir de l'État de garantir aux anciens supplétifs et à leurs familles une pleine citoyenneté économique et sociale en assurant des moyens d'existence décents aux harkis et un emploi à leurs filles et à leurs fils.

Assurer des moyens d'existence décents aux harkis

La création de la rente viagère

En raison des préjudices subis du fait de leur engagement pour la France, les anciens supplétifs âgés de 60 ans et plus bénéficieront, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1999, d'une rente viagère de 9 000 F par an, sous conditions de ressources pour les bénéficiaires (6 414,75 F de revenus mensuels déclarables pour un couple au 1^{er} janvier 2000). Cette mesure a été créée par l'article 47 de la loi de finances rectificative pour 1999.

La prorogation des dispositifs spécifiques liés à l'habitat

Les dispositifs spécifiques en matière d'habitat prévus par la loi du 11 juin 1994 ont été prorogés jusqu'au 31 décembre 2000, également par l'article 47 de la loi de finances rectificative pour 1999.

La prorogation des aides au logement permet notamment de poursuivre l'effort financier de l'État au titre du désendettement immobilier

dans le cadre des COMADEF (commissions d'aide au désendettement immobilier des anciens membres des formations supplétives et assimilés) dont le montant moyen par bénéficiaire a atteint la somme de 106 379 F en 1998 et 114 185 F en 1999. Ces montants sont à comparer au montant accordé par bénéficiaire pour la période précédente : 35 000 F.

En outre, l'aide aux travaux d'amélioration de l'habitat pour les propriétaires occupants, initialement fixée à 15 000 F avec possibilité exceptionnelle d'attribution jusqu'à 50 000 F, peut atteindre ce dernier montant par cumul de travaux de nature différente.

Apporter un emploi aux filles et aux fils des harkis

La mise en place progressive, dans le cadre de projets de développement locaux cofinancés par l'Etat, de chantiers permettant de préparer une réinsertion professionnelle pour les personnes les plus éloignées de l'emploi, le conventionnement depuis 1998 de cellules pour l'emploi, rémunérées aux résultats, prenant en charge individuellement les participants volontaires et les conduisant jusqu'à l'emploi, les objectifs fixés aux préfets pour l'insertion de membres de la communauté des Français rapatriés originaires d'Afrique du Nord sur des contrats de type emploi jeune : ces dispositifs ont permis l'insertion de 4 141 personnes en 1998 et de 4 364 en 1999. Ce résultat est à comparer aux 2 351 insertions constatées en 1996 et aux 2 376 de 1997.

Les insertions se sont faites à 42 % sur des contrats de travail à durée indéterminée.

L'engagement d'insérer 3 000 Français rapatriés originaires d'Afrique du Nord par an est ainsi largement tenu depuis 1998. Dans certaines zones d'emploi, notamment dans les Bouches-du-Rhône, le taux de chômage des membres de la communauté des Français rapatriés originaires d'Afrique du Nord est devenu quasi identique à celui qui est constaté pour les autres demandeurs d'emploi.

Le coût total de ces nouvelles mesures est de plus de 2 milliards de francs :

- 1,5 milliard de francs pour la rente viagère, jusqu'à extinction de celle-ci ;

- 255 millions de francs pour la prorogation des mesures spécifiques du plan harki jusqu'au 31/12/2000 ;
- 675 millions de francs sur 10 ans pour la création et d'une brigade de 220 personnes au sein de l'Office National des Forêts dans la zone de défense-Sud, action commune avec le ministère de l'agriculture et de la pêche.

Ces chiffres n'incluent pas les coûts des dispositifs de droit commun, notamment les emplois jeunes et les contrats aidés qui profitent de plein droit aux ressortissants français rapatriés originaires d'Afrique du Nord. Les 1 000 emplois jeunes déjà créés au bénéfice de cette communauté représentent sur 5 ans une dépense de 460 millions de francs.

L'évaluation de ces mesures est assurée par un comité national de suivi, annoncé par une circulaire du 31 mai 1999, créé par un arrêté du 28 février 2000 et comprenant 25 membres : 1 président, haut fonctionnaire honoraire, 12 anciens supplétifs et assimilés et 12 représentants de la seconde génération.

L'ACTION DE MÉMOIRE : LE MÉMORIAL DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

Depuis septembre 1983, les pouvoirs publics se sont attachés à réaliser un monument à la mémoire de l'œuvre accomplie par la France, outre-mer.

En septembre 1989, le site du Fort Saint-Jean à Marseille avait été choisi pour son édification. Les contraintes du site, notamment en matière d'accessibilité et de sécurisation des bâtiments existants, et la complémentarité avec les projets d'Euroméditerranée, rendent son utilisation très complexe.

Il a été décidé en 1999 d'abandonner cette localisation et d'étudier d'autres sites, à proximité du Fort Saint-Jean.

Populations et migrations

L'amélioration des connaissances et le renforcement des échanges au plan international

L'évaluation de la conférence du Caire

En sus du suivi permanent des différents organismes œuvrant sur le terrain des études et des relations multilatérales, la Direction de la population et des migrations a, en 1999, focalisé son action sur la préparation de la contribution de la France à la 21^{ème} session extraordinaire de l'assemblée générale de l'ONU.

Cette session (30 juin - 2 juillet 1999) a été consacrée à l'examen et à l'évaluation de l'application du programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en 1994. Plusieurs thèmes ont émergé des discussions : le sida et la nécessaire éducation des jeunes pour faire face à l'épidémie, les migrations, le vieillissement de la population. Les débats ont été âpres sur l'égalité des genres et le statut de la femme, l'avortement, les droits des jeunes (notamment l'éducation sexuelle et la contraception d'urgen-

ce), mais des avancées substantielles ont été constatées sur ces questions. La contribution de la France, d'une grande richesse, s'est appuyée sur les travaux de trente chercheurs appartenant à des organismes très divers.

En marge de cette manifestation, un certain nombre de réflexions ont été lancées à partir du constat, récurrent, de la baisse du taux de croissance global des pays de l'Union Européenne (375,3 millions d'habitants en 1998 ; taux de croissance passant de 2,3 pour 1 000 en 1997 à 2 en 1998). Ce constat relance le thème de l'immigration, qui demeure le facteur principal de croissance de la population de l'Union.

Les rapports du Haut conseil de la population et de la famille et de l'Institut national des études démographiques

Le ministère s'appuie sur une instance de référence, le Haut conseil de la population et de la famille, présidée par le Président de la République et dont la Direction de la population et des migrations assure le secrétariat.

Le Haut conseil est chargé d'éclairer les pouvoirs publics sur les problèmes démo-



graphiques et leurs conséquences à moyen et long terme dans les domaines de la fécondité, du vieillissement et des mouvements migratoires ainsi que sur les questions relatives à la famille. Il a établi en 1999 deux rapports : l'un sur le lien entre le chômage et la famille et l'autre sur la dépendance des personnes âgées.

Les données statistiques exploitées en matière démographique émanent, en sus de l'INSEE, de l'Institut national d'études démographiques (INED) dont le directeur de la population et des migrations assure la vice-présidence.

Comme chaque année, l'INED a élaboré en 1999 son rapport sur la situation démographique de la France, présenté au Parlement par la ministre de l'emploi et de la solidarité : ce 28^{ème} rapport consacre sa première partie à l'évolution démographique récente et sa seconde partie aux " couples d'aujourd'hui ".

Flux migratoires : une année marquée par les événements du Kosovo

Un meilleur encadrement des flux

Un renforcement de la lutte contre le travail illégal

Le ministère s'efforce de protéger le marché de l'emploi à travers l'autorisation de travail des étrangers non communautaires tout en tenant compte des inadaptations locales ou sectorielles (dans l'informatique par exemple) qui peuvent contraindre à admettre de nouveaux étrangers ou à faire face à des situations humanitaires, telles que celles résultant du conflit du Kosovo.

En 1999 les étrangers qui ont obtenu une autorisation de travail se répartissent ainsi :

- 5 328 travailleurs permanents (+ 28,4 % par rapport à 1998)
- 5 790 travailleurs temporaires (+ 34,8 % par rapport à 1998)
- 7 611 travailleurs saisonniers (en quasi stabilité).

L'Office des Migrations Internationales (OMI)

Créé en 1945, l'OMI est un établissement public à caractère administratif rattaché au ministère de l'emploi et de la solidarité qui a reçu par la loi, en 1945, le monopole des opérations de recrutement de travailleurs étrangers venant exercer en France et, en 1988, les compétences en matière d'expatriation des travailleurs français pour l'étranger.

L'OMI participe activement à toutes les opérations administratives, sanitaires et sociales relatives au contrôle, à l'accueil, à l'établissement des étrangers en France - notamment dans le cadre de la politique du regroupement familial - ainsi qu'à leur rapatriement ou à leur réinsertion dans le pays d'origine.

En 1999, l'OMI a instruit plus de 17 000 dossiers de demandes de regroupement familial et a pris en charge l'aide au retour de 3 805 personnes (dont 2 547 originaires du Kosovo).

Cette mission suppose, pour être efficace, une lutte vigoureuse contre le travail illégal : celle-ci a été renforcée par la loi n° 97-210 du 11 mars 1997. Dans ce nouveau cadre législatif un projet de circulaire, en cours de signature fin 99, vise à préciser les conditions de signalement des infractions afin d'en assurer la meilleure transmission possible à l'Office des Migrations Internationales (OMI). En 1999, 385 dossiers de mise en recouvrement de la contribution spéciale ont été adressés à l'OMI pour 691 infractions constatées soit une baisse de 13,1 % par rapport à 1998. Par contre, 513 infractions ont été notifiées soit une hausse de 14,8 % par rapport à 1998.

Les conditions d'entrée et de séjour

Le ministère a continué à apporter sa contribution à l'élaboration des textes d'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile.

Ainsi, le décret n° 99-352 du 5 mai 1999, modifiant le décret n° 46-1574 du 30 juin 1946 réglementant les conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers, a précisé les documents nécessaires à l'obtention des divers titres de séjour.

Faciliter le regroupement familial

L'installation d'un étranger sur notre sol s'appelle après un certain temps le regroupement familial. Il s'agit d'un droit constitutionnel s'exerçant dans le cadre de dispositions législatives.

Le décret n° 99-566 du 6 juillet 1999 relatif au regroupement familial des étrangers détermine la nouvelle procédure de traitement des demandes et les documents à fournir par le demandeur.

Les modifications essentielles par rapport à la procédure précédente portent sur :

- les modalités de calcul des ressources ;
- les documents justifiant que le demandeur dispose ou disposera, à l'arrivée de sa famille en France, d'un logement considéré comme normal pour une famille comparable vivant en France ;
- les normes à prendre en compte pour apprécier le confort et l'habitabilité du logement.

En 1999, 19 370 personnes ont bénéficié du regroupement familial : 14 953 ont été autorisées à entrer en France (+12,3 % par rapport à 1998) et 4 417 ont vu leur situation régularisée sur place.

Par ailleurs, 2 394 personnes ont été introduites en France dans le cadre de la procédure "familles accompagnantes", qui concerne principalement les membres de la famille.

En prenant en compte l'ensemble des personnes ayant obtenu le droit de résider en France au titre du regroupement familial et de la procédure "familles accompagnantes", l'augmentation par rapport à 1998 est négligeable (0,3 %).

Une forte hausse des demandes d'asile

Les demandes d'asile, qu'il s'agisse de l'asile au titre de la convention de Genève, de l'asile "constitutionnel" ou de l'asile territorial (loi n° 98-349 du 11 mai 1998, dite loi Réséda), ont connu en 1999 une forte augmentation : 30 907 demandes d'asiles ont été enregistrées par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), soit une progression de 38 % par rapport 1998.

L'évolution actuelle de la demande d'asile par origine géographique peut expliquer la précarisation croissante des populations accueillies en France. La demande d'asile européenne, avec 27 % des demandes en 1999 (contre 36 % en 1998), n'est plus la première en importance, en raison en particulier de la forte baisse récente des demandes roumaine et bulgare en 1998 et 1999, même si le nombre des demandes d'asiles de ressortissants des pays issus de l'ex-Yougoslavie a pour sa part augmenté de 75 % en 1999. La demande asiatique se place désormais en première position avec 36 % du nombre total des dossiers examinés par l'OFPRA (contre 34,5 % en 1998).

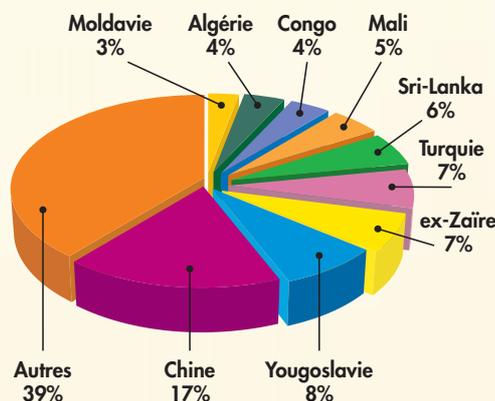
La demande africaine augmente également, passant de 28 % en 1998 à 33,8 % du total en 1999.

Le nombre de décisions de l'OFPRA accordant le statut de réfugié est passé de 4 342 en 1998 à 4 659 en 1999. Rapporté au nombre total de décisions prises en 1999, le taux d'accord moyen est donc de 19,3 %, soit une stabilité par rapport à 1998. Les principaux bénéficiaires de ces reconnaissances de statut demeurent les personnes originaires de l'ex-Yougoslavie, du Sud-est asiatique (Cambodge, Laos, Viêt-Nam) et du Sri-Lanka.

La forte augmentation du nombre de demandeurs d'asile et la précarisation croissante de ces derniers pèsent sur l'action ministérielle en matière d'accueil. Le dispositif national d'accueil, dont la coordination est confiée par le ministère à l'association France Terre d'Asile,

Principales nationalités ayant sollicité l'asile

(source : direction de la population et des migrations)



a permis d'héberger en 1999 6 000 demandeurs d'asile (hors Kosovo) pour un coût total de 300 MF.

Une augmentation significative du nombre de places de CADA a été décidée pour la période 1999-2000, portant la capacité d'accueil à près de 5 000 places. Par ailleurs, un centre d'accueil et d'orientation pour mineurs demandeurs d'asile d'une capacité de 30 places, financé par le ministère, a ouvert ses portes en octobre 99 à Boissy Saint-Léger dans le Val-de-Marne. Enfin, pour répondre aux très nombreuses demandes de places d'hébergement d'urgence enregistrées en 1999 et 2000, le ministère a financé un grand nombre d'accueils transitoires avec entrée programmée et progressive dans le dispositif d'accueil d'urgence.

1999 : l'année du Kosovo

À la suite de l'exode en masse des Albanais du Kosovo vers les pays voisins au printemps 1999, il a été décidé, en avril, de compléter le dispositif de protection mis en place en mars 1998 par un plan d'évacuation humanitaire des Albanais du Kosovo fuyant cette province, accompagné d'un accueil dans des centres d'hébergement collectif en France. Entre le 16 avril et le 26 juin 1999, les services du ministère ont dû faire face à l'arrivée

en France de plus de 8 000 personnes, dont 6 300 évacuées des camps de Macédoine par le pont aérien mis en place par l'OTAN et environ 2 000 personnes qui sont arrivées en France par leurs propres moyens.

Les DDASS, relayées localement par les associations humanitaires et caritatives, ont pu ouvrir en moins de dix semaines 215 centres d'accueil et d'hébergement pour ces 8 000 réfugiés, ce qui revenait à créer une capacité d'accueil supérieure au double de celle du dispositif national d'accueil alors existant pour les demandeurs d'asile en France.

Un régime de protection temporaire a été mis en place pour les personnes déplacées du Kosovo par le ministre de l'intérieur comprenant le droit au séjour (délivrance d'autorisations de séjour temporaire de trois mois, qui ont été renouvelées une première fois en juillet 1999 en cartes de séjour temporaire de un an renouvelables portant la mention "sala-rié" pour les Kosovars arrivés par leurs propres moyens), le droit au travail, le droit aux prestations familiales et à une formation linguistique et professionnelle. Des circulaires signées par la ministre de l'emploi et de la solidarité au cours de l'été 1999 sont venues préciser les modalités d'exercice de ces différents droits.



Les préfetures de région ont organisé l'arrivée des avions chargés de réfugiés. Le ministère de la défense a ouvert un certain nombre de casernes désaffectées pour y héberger des familles kosovares.

Postérieurement à l'arrêt des hostilités en ex-Yougoslavie le 8 juin 1999, la situation a évolué et de nombreux Albanais du Kosovo ont exprimé le souhait de se rendre dans cette région pour y retourner ou pour y effectuer un voyage exploratoire. Un dispositif d'aide au rapatriement humanitaire vers le Kosovo a été mis en place le 21 juillet 1999 par une circulaire de la ministre de l'emploi et de la solidarité : l'Office des Migrations Internationales était chargé d'organiser les voyages depuis les aéroports français vers Skopje en Macédoine. 2 624 voyages de retour et 813 voyages exploratoires ont été ainsi organisés entre le 20 août et le 31 décembre 1999.

La poursuite du dispositif d'accueil au-delà de l'été 1999 a nécessité une adaptation de celui-ci. L'objectif de faciliter l'accès à une certaine autonomie des familles déplacées du Kosovo a été fixé par la ministre lors de la réunion du 27 septembre 1999 avec les DDASS (accès au logement social et à des revenus stables partout où cela était possible).

Cette opération d'une envergure exceptionnelle a pu être réussie grâce à une mobilisation remarquable des services de l'État et des associations. Elle a suscité un élan de générosité de l'ensemble des Français (500 000 appels en une semaine au numéro vert mis en place pour recueillir les propositions d'accueil des familles) qui mérite d'être souligné. Un tel phénomène marquera durablement la mémoire collective des services.

Une approche des migrations plus active à l'échelon européen

L'année 1999 a vu l'entrée en vigueur du titre IV " Asile, Immigration et libre circulation des personnes " du traité d'Amsterdam.

Par ailleurs 1999 a été marquée par la tenue, à Tampere les 15 et 16 octobre 1999, du premier Conseil Européen consacré à ce sujet et qui a retenu la nécessité d'une approche globale des migrations fondée sur le partenariat avec les pays d'origine, d'un régime d'asile européen commun, d'un traitement équitable

des ressortissants de pays tiers et d'une gestion plus efficace des flux. Dans ce cadre, la Commission européenne a établi un programme de travail portant en particulier sur l'élaboration d'une directive relative au groupement familial et la création d'un Fonds Européen sur les réfugiés et la mise en œuvre de divers plans d'action.

L'approche bilatérale des questions migratoires garde parallèlement à l'approche européenne une certaine importance. Ainsi les discussions ont-elles été menées de façon très constructive en 1999 pour la négociation d'un accord en matière de séjour et de travail entre la France et la Tunisie. Une forme non négligeable de coopération bilatérale consiste également en la conclusion d'accords relatifs à l'échange de stratégies professionnels (accords conclus en 1999 avec la Hongrie et le Canada) ou en matière de "vacances-travail" (Japon, Nouvelle-Zélande).

La politique d'intégration : améliorer l'accueil

La politique d'intégration reste le corollaire de la politique de contrôle des flux migratoires : si le contrôle est strict, la possibilité doit être offerte aux étrangers séjournant régulièrement en France de bénéficier, au plan social, des mêmes conditions que tout résidant en France. La politique d'intégration vise à agir sur divers plans pour que cet objectif puisse être effectivement atteint.

La première priorité est celle de **l'accueil des personnes** arrivant dans le cadre du regroupement familial mais aussi, depuis 1999, des membres étrangers de familles de Français et de familles de réfugiés.

En 1999, dans les départements les plus concernés par les arrivées, ont été mises en place 11 plates-formes d'accueil qui regroupent sur un même lieu tous les services concernés

Plates-formes d'accueil

- Ile-de-France : Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Yvelines
- Lorraine : Moselle
- Midi-Pyrénées : Haute-Garonne
- Nord-Pas-de-Calais : Nord
- Provence-Alpes-Côte d'azur : Bouches-du-Rhône
- Rhône-Alpes : Rhône

(OMI, FAS, services sociaux spécialisés) pour informer, identifier les besoins et orienter les nouveaux arrivants. D'autres modalités sont retenues dans les départements où le nombre des arrivées ne justifie pas d'un tel dispositif.

La seconde priorité est de **développer la médiation** entre les immigrés et les différents services publics, notamment au sein des quartiers difficiles.

La DPM a contribué tout particulièrement en 1999 à la réalisation d'actions de recrutement et de formation en faveur des "femmes relais" et des "agents de développement local pour l'intégration" (ADLI) et a participé à l'élaboration de la circulaire "adultes relais", qui prévoit la création, à partir de 2000, de 10 000 postes subventionnés en partie par l'Etat.

Les autres actions fortes développées par la DPM ont porté sur l'insertion professionnelle, la lutte contre l'échec scolaire, l'amélioration

des conditions de logement et l'apprentissage du français.

Ces interventions gagnent à être mobilisées dans le cadre de la politique de la ville. La politique d'intégration peut être territorialisée de façon pertinente soit à travers les contrats de ville pour le XII^{ème} plan soit à travers les contrats locaux pour l'accueil et l'intégration (CLAI) intéressant les sites non situés dans les priorités de la politique de la ville.

Au 31 décembre, plus de 200 contrats de ville étaient en cours de préparation et une grande majorité d'entre eux identifient bien l'intégration des populations immigrées et la lutte contre les discriminations en tant qu'enjeu central pour la cohésion sociale, le FAS étant largement associé à cette phase de diagnostic et à la signature des contrats.

Par ailleurs, 43 communes et 3 regroupements de communes ont bénéficié d'un contrat ou d'un pré-contrat pour l'accueil et l'intégration en 1999.

Le Fonds d'Action Sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles (FAS)

La mission du FAS, établissement public, est fixée par l'article L 767 -1 du code de la Sécurité sociale :
le FAS est chargé de concourir à l'intégration sociale et professionnelle des travailleurs immigrés et de leur famille ;
il apporte son concours financier à tout organisme privé ou public dont l'action participe à la réalisation de cet objectif.

En 1999, son budget d'intervention, de 1,1 milliard de francs, a bénéficié, par ordre décroissant : aux actions sociales et familiales, au soutien d'opérations en faveur du parc social (privé ou public) et à la rénovation des foyers de travailleurs migrants, à l'aide à l'insertion professionnelle, notamment par des actions de formation linguistique, à l'information et aux animations socio-culturelles.

Naturalisations : raccourcir les délais

Le processus d'intégration se traduit pour un nombre toujours croissant d'étrangers par le dépôt d'un dossier en naturalisation, ce qu'a confirmé le colloque sur le droit de la nationalité organisé à Nantes le 4 février 1999.



1999 a vu la mise en œuvre en année pleine de la loi du 16 mars 1998. Cette nouvelle législation a peu touché les règles de fond de la naturalisation (séjour régulier, cinq ans de résidence, assimilation linguistique, absence de condamnation) mais impose en revanche à l'administration de statuer désormais sous 18 mois.

Au total en 1999, 70 432 personnes majeures ont acquis la nationalité française (contre 62 571 en 1998, soit une progression de 12,6 %). A ces chiffres s'ajoutent 21 225 enfants mineurs devenus français par l'effet collectif de la naturalisation de leurs parents.

Les conditions légales objectives sont explicitées par des instructions ministérielles qui évoluent en fonction de la politique nationale en faveur des étrangers et des transformations de la société et de la jurisprudence des juridictions administratives. Une réécriture complète de ces instructions a été conduite pour faciliter et accélérer la prise de décision.

Bien que le nombre de dossiers reste très élevé, le délai de traitement est passé de plus de 14 mois à 11 mois et 10 jours, grâce à une modernisation vigoureuse et un renforcement significatif des moyens humains et matériels.

La lutte contre les discriminations raciales

Des recherches menées tant par les universitaires que par les syndicats et les associations mobilisées pour les droits de l'homme et contre le racisme ont, de façon convergente, mis en évidence la progression des pratiques discriminatoires dans de nombreux secteurs et particulièrement dans le monde du travail. Il est pourtant difficile de cerner les discriminations et d'en démontrer les mécanismes avec précision : l'appareil statistique français ne le permet pas puisqu'il n'opère de classification qu'entre Français et étrangers en application du principe républicain selon lequel il n'y a pas lieu de repérer les étrangers ayant acquis la nationalité française et de les distinguer des autres Français.

Par ailleurs, toute une partie de l'opinion nie l'existence de discriminations et renvoie le racisme à des comportements individuels condamnables et l'exclusion à un parcours social handicapé par la faiblesse de la formation initiale, aux difficultés pour l'école de promouvoir les jeunes issus des classes défavorisées, à la concentration des populations concernées sur des territoires concernés...

Le ministère intervient à travers le financement de grandes associations qui luttent pour la promotion des droits de l'homme (MRAP, GISTI, Ligue des droits de l'homme, SOS-racisme). Il est membre de la Commission Nationale consultative des droits de l'homme et apporte sa contribution à l'élaboration du " rapport contre le racisme et la xénophobie " remis chaque année au Premier Ministre. La partie thématique de ce document a été consacrée en 1999 aux discriminations racistes et xénophobes dans l'emploi, le logement et les services.

Un nouvel élan a été donné en 1999 à la politique de lutte contre les discriminations, notamment à partir de la table ronde organisée le 11 mai 1999 avec les partenaires sociaux et qui a abouti à une déclaration commune.

La création du Groupe d'Études sur les Discriminations

Combattre ce phénomène de société implique en premier lieu qu'il soit établi, analysé et porté à la connaissance de chacun.



C'est pourquoi a été décidée la création, effective au printemps 1999, d'un observatoire national sous forme d'un groupement d'intérêt public, **le Groupe d'Études sur les Discriminations (GED)**. La nécessité est très vite apparue d'associer à son fonctionnement outre les principaux ministères concernés, des élus, des chercheurs mais aussi des acteurs sociaux (syndicats, patronat, associations). Le directeur de la population et des migrations a été nommé président du conseil d'administration. Les résultats des premiers travaux du GIP, dont le champ d'investigation sera aussi étendu que nécessaire (emploi, logement, loisirs, santé, éducation, ...) sont attendus dès le début de l'an 2000.

La sensibilisation et la formation des acteurs publics et privés

Des actions ont été menées en direction de trois cibles privilégiées :

- le service public de l'emploi : signature d'un accord-cadre avec l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et expérimentation de formations pour les personnels des agences locales pour l'emploi ; mise en place d'un réseau de correspondants dans chaque centre de l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), spécialement formés sur ce sujet ; préparation, avec l'Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, d'un colloque (tenu en mars 2000), pour préparer les actions de formation des personnels de l'inspection du travail et des services déconcentrés du ministère ;
- les cadres syndicaux : réexamen, avec les syndicats, des priorités retenues pour l'aide de l'État à la formation des syndicalistes pour intégrer plus fortement la thématique de la lutte contre les discriminations ;
- les cadres d'entreprises : action expérimentale avec la Fondation "Agir contre l'exclusion" (FACE) pour mettre au point un module de sensibilisation des directeurs des ressources humaines des entreprises à l'approche inter-culturelle du management.

Les actions en faveur des jeunes

L'enseignement technique

Le ministère a veillé à ce qu'une attention particulière soit portée, dans l'enseigne-

ment technique, aux élèves issus de l'immigration et que la lutte contre les discriminations soit inscrite dans le programme "Nouvelles chances" de l'éducation nationale, programme qui vise à aider les élèves qui sortent du système scolaire sans qualification. Des expériences seront menées à partir de l'année 2000 dans les domaines suivants : développement du parrainage à partir d'établissements scolaires, réflexion sur les difficultés d'accès aux stages en entreprise pour les élèves issus de l'immigration ou des quartiers.

Le développement du parrainage des jeunes vers l'emploi

Le nombre de jeunes parrainés a augmenté de 50 % en 1999 et cette démarche a ainsi concerné plus de 20 000 personnes. Pour permettre un plus fort accroissement des opérations de parrainage, une charte nationale a été signée entre le ministère et de grands réseaux du monde économique, et la négociation de chartes régionales a été amorcée.



Par ailleurs, plusieurs conventions ont été signées entre le ministère et des têtes de réseaux économiques ou associatifs pour inciter celles-ci à développer le parrainage au sein de leur structure : il s'agit notamment du Comité national de coordination et d'évaluation des groupements d'entreprises pour l'insertion et la qualification (CNCE-GEIQ), de l'Association pour faciliter l'insertion professionnelle des jeunes diplômés (AFIJ) et l'association de pré-traités "AGIR ABCD". L'accord avec l'ANPE prévoyait également le recours au parrainage dans le cadre du dispositif "Nouveau départ".

L'inscription de la lutte contre les discriminations dans la politique de la ville

Cette thématique a été retenue parmi les priorités des nouveaux contrats de ville. A l'automne a été lancée la préparation d'un guide pratique et méthodologique à l'intention des négociateurs des contrats de ville pour leur permettre de traiter efficacement le thème de la lutte contre les discriminations dans le volet-

emploi de ces contrats. En outre, un forum sur la discrimination à l'emploi a été organisé au cours des rencontres nationales de Nantes portant sur la ville, l'économie et l'emploi.

Le renforcement de la législation anti-discriminatoire

Des aménagements juridiques permettant d'améliorer le dispositif légal portant sur la lutte contre les discriminations ont été préparés. Les principales dispositions sont les suivantes : aménagement de la charge de la preuve, possibilité pour les syndicats de saisir la justice à la place de la victime, renforcement des pouvoirs de l'inspection du travail, suivi de ce thème par la commission nationale de la convention collective.

Les études sur les restrictions d'accès à certains emplois

Trois études ont été conduites à la demande du ministère :

- l'inventaire des professions privées fermées aux étrangers, confié au cabinet Bernard Brunhes Consultants, qui a révélé que plus de 1,2 million d'emplois étaient soumis à des conditions de nationalité ou de diplôme français ;
- l'examen des restrictions d'accès des étrangers aux emplois statutaires de grandes entreprises et établissements publics dans le domaine industriel et des transports (EDF-GDF, RATP, SNCF, Air France, La Poste, France-Télécom...) ;
- l'étude des restrictions d'accès à l'emploi dans les organismes de sécurité sociale.

Les actions de communication

Le ministère a, durant l'été 1999, conduit une campagne d'affichage intitulée "elle est où la différence ?", conjointement avec le ministère de la jeunesse et des sports.

Un guide pratique sur l'Islam a été élaboré par l'Agence pour le développement des relations interculturelles (ADRI), le ministère de l'intérieur et le ministère de l'emploi et de la solidarité pour mettre à la disposition des maires, des élus locaux et de l'ensemble des acteurs de terrain une somme d'informations de base concernant tant l'histoire de l'Islam que ses aspects rituels et pratiques.

Le ministère siège à la commission de gestion du Fonds de soutien à l'expression radiophonique, qui a aidé en 1999 le fonctionnement de 535 radios associatives de proximité, une majoration étant donnée à celles qui font des efforts en faveur de l'intégration. En ont notamment bénéficié les radios réunies dans le GIP-EPRA ("Échanges et productions radiophoniques"), qui ciblent une partie de leurs programmes en direction des populations immigrées.

Il soutient le magazine des banlieues " Sagacités " diffusé sur FR3 et qui a obtenu en 1999 un auditoire hebdomadaire de 500 000 personnes ; il a aidé la création de " Télécités ", émission diffusée également sur FR3, régions Ile-de-France et Centre, et réalisée avec des jeunes de banlieue depuis septembre 1999.

Une nouvelle dynamique à l'échelon européen

L'article 13 du traité d'Amsterdam, entré en application en 1999, introduit une clause de non-discrimination. Sur cette base ont été engagés un certain nombre de travaux :

- proposition de directive sur la mise en œuvre du principe d'égalité entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique ;
- proposition de directive portant un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail ;
- proposition de décision établissant un programme d'action communautaire de lutte contre la discrimination 2001-2006.

Le Comité directeur des migrations du Conseil de l'Europe a quant à lui réalisé 2 rapports : " tensions et tolérance " et " politique d'intégration ".



Promouvoir l'économie sociale et solidaire

L'économie autrement

L'économie sociale concilie l'*économique* et le *social* dans un projet collectif privilégiant le service de l'homme sur la recherche exclusive du profit. Elle est mise en œuvre par des organismes spécifiques : les coopératives, les mutuelles et les associations, regroupées dans un Comité national de liaison ainsi que dans des chambres régionales de l'économie sociale (GRES).

Mieux faire connaître l'action de ces structures à l'échelon national et régional, mettre en valeur leur rôle innovant, appuyer les efforts d'adaptation du secteur et faire prendre en compte les spécificités des organismes de l'économie sociale dans l'élaboration des dispositifs législatifs et réglementaires : telles sont les principales missions de la Délégation interministérielle à l'innovation sociale et à l'économie sociale (DIES), relayée sur le territoire par un réseau de correspondants placés auprès des préfets de région. L'action de la DIES s'appuie également sur un certain nombre d'instances consultatives dont elle assure le secrétariat.

L'année 1999 a connu plusieurs temps forts, au premier rang desquels les Assises nationales de la vie associative, organisées les 20 et 21 février. Quelques mois plus tard, en juin 1999, le colloque « Quels défis pour l'économie sociale ? », organisé avec le Conseil économique et social dans le cadre des Forums d'Iéna, a marqué le coup d'envoi des premières consultations régionales de l'économie sociale et soli-

daire, mises sur pied conjointement par le ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement et le ministère de l'emploi et de la solidarité.

La préparation de ces consultations, dont l'objectif est d'identifier les principaux enjeux auxquels l'économie sociale et solidaire est confrontée et de leur apporter des réponses, a été engagée dès l'automne 1999.

Egalement impliquée dans le programme « Nouveaux services/Emplois jeunes » pour l'aspect relatif aux employeurs associatifs, la DIES a préparé le « Forum pérennisation » des rencontres de Lille en décembre 1999 et assuré le suivi de l'avis du Conseil national de la vie associative (CNVA) sur ce programme, remis au Premier ministre en décembre.

Les Assises nationales de la vie associative : un partenariat renouvelé

Annoncées par le Premier ministre en mai 1998, préparées par la DIES en concertation avec le CNVA et la Conférence permanente des coordinations associatives et précédées de forums départementaux qui ont rassemblé plus de 30 000 personnes, les Assises nationales de la vie associative se sont tenues les 20 et 21 février 1999 à Paris



LE CONSEIL NATIONAL DE LA VIE ASSOCIATIVE (CNVA)

Créé en 1983, le CNVA est composé de membres nommés par le Premier ministre sur proposition des ministres concernés, après consultation des associations nationales. Il suit l'ensemble des questions intéressant la vie associative, donne son avis sur les projets de textes législatifs ou réglementaires et propose les mesures utiles au développement de la vie associative. Il établit au cours de chaque mandature un rapport d'ensemble sur la vie associative. Le secrétariat est assuré conjointement par la DIES et le ministère de la jeunesse et des sports.

La Défense. Première manifestation de cette ampleur dans ce secteur, les Assises ont réuni, autour du Premier ministre et de 8 ministres, quelque 3 000 responsables associatifs afin de dresser un état des lieux du mouvement associatif et d'établir les bases d'un partenariat renouvelé.

Les mesures annoncées lors des Assises s'articulent autour de cinq axes : la clarification des relations entre l'État et les associations, notamment par l'extension du dispositif de conventionnement pluriannuel ; l'évolution du cadre juridique, fiscal et comptable ; la valorisation des ressources humaines ; une

reconnaissance plus affirmée des associations à l'échelon européen ; l'amélioration de la connaissance statistique du secteur.



La mise en œuvre des mesures a commencé dès 1999 avec, par exemple, la mise en place dans chaque département d'une mission d'accueil et d'information des associations (circulaire interministérielle du 22 décembre 1999) destinée à simplifier les relations des associations avec les différents services de l'État, la préparation de l'application du nouveau régime fiscal des associations, l'homologation du nouveau plan comptable (arrêté publié au journal officiel du 4 mai 1999), la relance des travaux sur le statut d'association européenne ou encore les travaux préparatoires à la création d'un observatoire de la vie associative.

Préparer la nouvelle génération de contrats de plan entre l'État et les Régions

La préparation des nouveaux contrats de plan entre l'État et les Régions a largement mobilisé les acteurs de l'économie sociale au plan local et plus de 80 millions de francs ont été engagés sur la durée des contrats pour des projets spécifiques d'économie sociale.

De cinq durant la précédente période, le nombre des régions bénéficiaires de financements pour des projets d'économie sociale et solidaire est passé à onze (Alsace, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Centre, Limousin, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Poitou-Charentes). Par ailleurs, l'Aquitaine, la Champagne-Ardenne, le Languedoc-Roussillon et la Réunion bénéficient de financements hors contrat de plan. D'autres lignes budgétaires ainsi que des fonds européens participent également au financement de projets, notamment pour le soutien aux initiatives locales.

Relancer l'action des délégués départementaux à la vie associative

Le réseau des délégués départementaux à la vie associative a été largement mobilisé, sous la responsabilité des préfets, pour la préparation des forums départementaux qui ont précédé la tenue des Assises nationales ainsi que pour la mise en place du nouveau dispositif de gestion des relations entre l'État et les associations, dont ces délégués constituent

LE FONDS NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DE LA VIE ASSOCIATIVE (FNDVA)

Créé en 1985, le FNDVA a été rénové par un décret du 3 mars 2000, qui en renforce le caractère interministériel et en améliore les conditions de fonctionnement. Il finance la formation des bénévoles et responsables associatifs ainsi que des études et expérimentations en vue du développement de la vie associative. Il est géré par un conseil composé de représentants des ministères concernés et des coordinations associatives et présidé par la Ministre de la jeunesse et des sports. Sa dotation annuelle est de 40 MF.

la cheville ouvrière au plan départemental. Une réunion d'information a été organisée à leur intention le 27 octobre 1999, avec la participation du ministère de la jeunesse et des sports.

Préparer le centenaire de la loi de 1901

Une mission interministérielle pour la célébration du centenaire de la loi de 1901, relative au contrat d'association, a été créée par un décret du 15 juillet 1999. Jean-Michel Belorgey, conseiller d'État, en a été nommé président. La mission doit susciter un travail de réflexion sur la vie associative et coordonner les projets de manifestation qui lui seront proposés par les associations, les partenaires publics ou privés. Elle donnera un label aux projets les plus significatifs et pourra accorder une aide financière à certaines initiatives.

LE CONSEIL SUPERIEUR DE LA COOPERATION (CSC)

Composé de parlementaires, de représentants des différentes activités coopératives et administrations concernées, le CSC est présidé par la Ministre de l'emploi et de la solidarité. Sa mission : étudier et suivre l'ensemble des questions intéressant la coopération ; donner son avis sur les projets de textes législatifs ou réglementaires ; proposer toutes mesures utiles pour faciliter le développement des différents organismes coopératifs. Le conseil établit chaque année un rapport sur la coopération et son évolution.



Repères législatifs

- Loi du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale
- Loi du 25 juillet 1985 portant réforme du code de la mutualité
- Loi du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat
- Loi du 7 août 1991 relative au congé de représentation
- Loi du 13 juillet 1992 relative à la modernisation des entreprises coopératives

L'économie sociale en chiffres

Sur 60 millions de Français :

- 30 millions de personnes assurent leurs biens, leur santé ou leur vie dans plus de 5 000 mutuelles de santé, de prévoyance et d'assurance
- 15 millions de personnes sont assurées par les mutuelles d'assurance
- 13 millions ont leur compte bancaire géré par les banques coopératives
- 7 millions de coopérateurs appartiennent aux secteurs de la consommation, de la production, du commerce, de l'artisanat, de l'agriculture, de l'habitat et de l'éducation
- 1 Français sur 2 est membre d'une association.

L'économie sociale représente de nombreux emplois :

1 700 000 emplois salariés dont 1 200 000 pour le secteur associatif, soit 6 % de l'effectif salarié total.

Elle draine annuellement plus de 1200 milliards de francs, dont :

- Coopératives (y compris les banques coopératives) : 700 Mds
- Associations : 220 Mds (budget)
- Mutualité sociale agricole : 145 Mds (prestations du régime agricole)
- Mutuelles d'assurances (y compris GROUPAMA / GAN) : 120 Mds
- Mutuelles de santé : 70 Mds (prestations complémentaires, réalisations sociales, activités de prévoyance)

La protection sociale

La protection sociale

L'accès aux soins et aux prestations familiales

La création de la CMU

La loi du 27 juillet 1999 créant la couverture maladie universelle (CMU) consacre la généralisation de l'accès à l'assurance maladie. Composante de la lutte contre les exclusions, elle assure à tous les résidents en France un accès effectif aux soins par la mise en place d'une couverture de base et d'une couverture complémentaire pour les plus démunis (6 millions de personnes).

Fondée sur un critère de résidence (depuis plus de trois mois en France) et nécessitant une situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France, la CMU permet aux personnes qui ne relèvent à aucun titre d'un régime obligatoire d'assurance maladie d'accéder aux mêmes soins et services que le reste de la population. Les bénéficiaires de la couverture complémentaire doivent satisfaire, en outre, à des conditions de ressources. Cette couverture complémentaire est financée par un fonds alimenté par le budget de l'État et par une contribution annuelle des organismes complémentaires.

Pour les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence en France, l'aide



COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, la loi sur la CMU

- 1. assure à tous ceux qui vivent en France l'accès aux soins, en particulier aux plus démunis.
- 2. ouvre un droit à une couverture complémentaire gratuite (6 millions de bénéficiaires potentiels dont les revenus mensuels sont inférieurs à 3 500 F pour une personne seule, jusqu'à 7 350 F pour quatre personnes, et 1 400 F supplémentaires pour chaque personne au-delà, sont concernés.)

• Condition : résider en France

- personnes résidant de manière ininterrompue de plus de trois mois, (sauf cas spécifiques et réfugiés),
- étrangers en situation régulière à la date de leur affiliation (les personnes ne remplissant pas les conditions de résidence continuent de bénéficier de l'aide médicale de l'État).

• Financement de la couverture complémentaire

- un fonds abondé par l'État,
- une contribution annuelle des organismes complémentaires.

médicale de l'État reste en vigueur. Ainsi, plus aucune personne présente sur le sol français ne doit se trouver dans l'impossibilité de se faire soigner.

Des prestations familiales qui s'adaptent aux évolutions de la famille

L'universalité du versement des allocations familiales (qui avaient été placées sous condition de ressources en 1998) a été rétablie le 1er janvier 1999. 390 000 familles ont bénéficié de cette mesure. En contrepartie, les avantages fiscaux liés à la présence d'enfants au foyer sont limités par l'abaissement du plafond du quotient familial, qui passe de 16 000 à 11 000 francs. En 1999, l'âge limite pour le versement des prestations familiales a été porté de 18 à 20 ans pour tous les enfants à charge.

L'effort de la Nation en faveur des familles représente 380 milliards de francs : 290 milliards de prestations familiales, 70 milliards de prestations pour le logement et près de 20 milliards d'aides fiscales par le mécanisme du quotient familial.

Le financement de la sécurité sociale

Le régime général de la sécurité sociale retrouve l'équilibre

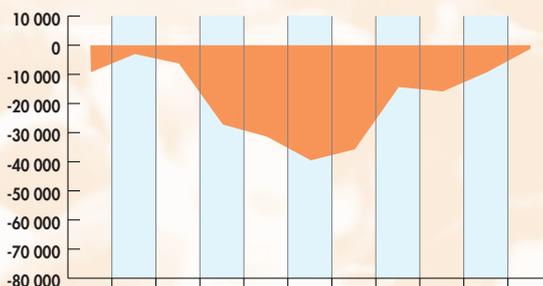
Le solde du régime général de la sécurité sociale (branches maladie, accidents du travail, vieillesse et famille) s'établit à 0,2 milliard en 1999, poursuivant ainsi l'amélioration constatée depuis 1996, où le déficit atteignait 53,2 milliards de francs. Les recettes du régime général ont augmenté de 4,6 % en 1999, ses dépenses de 3,2 %. Trois principaux facteurs expliquent ce redressement : le retour de la croissance économique, la diversification des recettes et les mesures de maîtrise des dépenses.

Cependant, si les branches vieillesse, famille, accidents de travail sont excédentaires, l'assurance maladie a conservé un déficit de

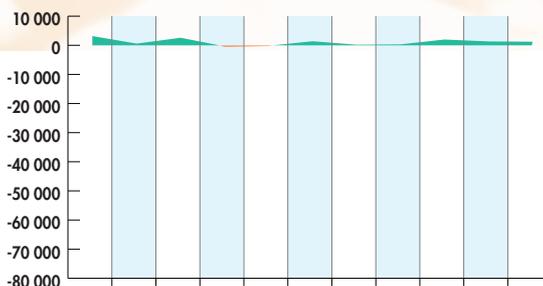
Soldes du Régime général de 1990 à 2000

(en millions de francs)

Maladie



Accidents du travail



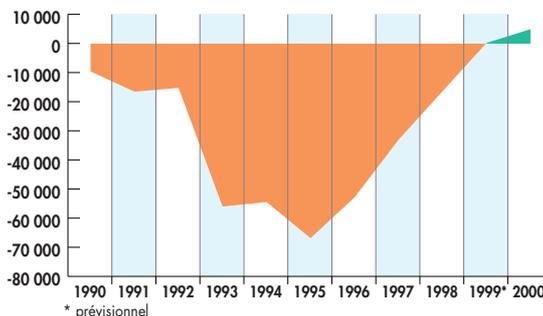
Retraites



Famille



Ensemble



* prévisionnel

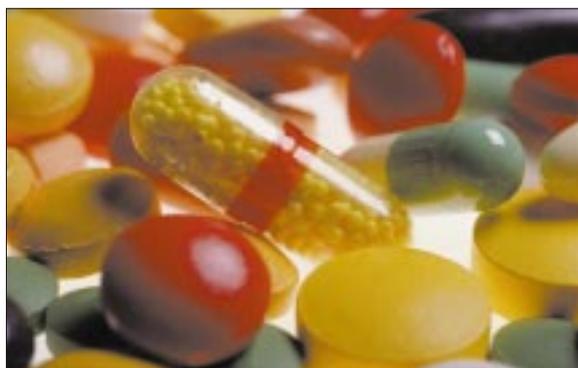
9,3 milliards de francs. Les dépenses des établissements d'hospitalisation et médico-sociaux (publics et privés) ayant connu une croissance modérée, le déficit résulte en grande partie de l'augmentation qu'ont connue les soins de ville. Plus précisément, la dynamique de 1999 est imputable pour l'essentiel aux dépenses de médicaments, en particulier de ceux remboursés à 100 %.

Les recettes du régime général ont été profondément diversifiées au cours des dernières années et des ressources durables ont été apportées en 1998 et 1999 comme, par exemple, la prise en charge par le budget de l'État du coût des exonérations de cotisations de sécurité sociale pratiquées dans le cadre de la politique de l'emploi (près de 60 milliards reversés par l'État au régime général en année pleine).

De nouveaux outils pour maîtriser les dépenses de l'assurance maladie

La régulation des prescriptions médicales et paramédicales

Des accords nationaux et régionaux de bon usage des soins, négociés entre les syndicats des médecins et les caisses d'assurance maladie, fixent des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques et de maîtrise des dépenses et définissent des actions permettant d'atteindre ces objectifs. Les contrats de bonnes pratiques sont négociés entre chaque profession et les organismes d'assurance maladie. En contrepartie de certains avantages sociaux, les médecins s'engagent sur un certain nombre de pratiques : évaluation, formation continue, contrôle de leurs prescriptions, prescription de médicaments génériques, application des recommandations de bonnes pratiques et des références médicales opposa-



bles (RMO) mais également évolution du mode d'exercice, niveau d'activité, participation à différents services destinés aux assurés.

La rénovation de la politique du médicament

La maîtrise des dépenses de médicaments permet la prise en charge de nouvelles thérapeutiques, plus efficaces mais souvent chères. Des médicaments importants en termes de santé publique, pour le traitement de l'hépatite C, par exemple, ont été admis au remboursement.

Les critères et procédures d'évaluation du " service médical rendu " ont été modifiés (décret du 27 octobre 1999). Ce service s'apprécie désormais en tenant compte de l'efficacité et des effets indésirables du médicament, de sa place dans la stratégie thérapeutique, du caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et de son intérêt pour la santé publique. La Commission de la transparence a commencé en avril 1999 à réévaluer, en fonction de ce nouveau cadre, le service médical rendu de tous les médicaments remboursables en France.

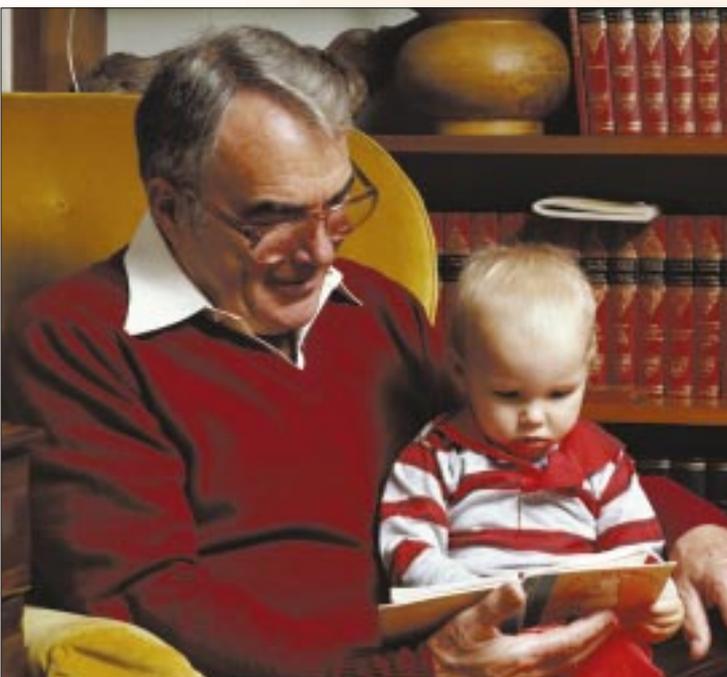
Depuis 1999 également, la fixation des prix des médicaments remboursables se fait dans le cadre de conventions cadres conclues entre le Comité économique du médicament et chaque entreprise pharmaceutique. Ces conventions s'inscrivent dans le cadre d'un mécanisme global de régulation, qui a fait l'objet d'un accord signé le 19 juillet 1999 entre le Comité économique du médicament et le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique, et qui prévoit en particulier que lorsque le chiffre d'affaires réalisé sur des médicaments remboursés évolue plus rapidement que les objectifs fixés, le laboratoire pharmaceutique reverse à l'assurance maladie une contribution.

Enfin, une réforme globale du secteur de la distribution des médicaments a été entreprise : le décret du 11 juin 1999 a introduit le droit de substitution, qui permet au pharmacien de délivrer, dans un même groupe générique, la spécialité la moins chère (les médicaments génériques sont en général de 30 % moins chers que les médicaments princeps), à condition que le médecin prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité pour des raisons particulières tenant au patient. Ce dernier reste libre de refuser la proposition de substitution.

Préparer l'avenir de nos systèmes de retraite

Un fonds de réserve pour les retraites

La réflexion sur l'avenir des régimes de retraite a été marquée en 1999 par la remise des rapports respectifs de Jean-Michel Charpin, Commissaire général du Plan, de Dominique Taddei, membre du Conseil d'analyse économique, et de René Teulade, membre du Conseil économique et social. Sans attendre la remise de ces rapports, la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé un fonds de réserve pour les retraites destiné à limiter la hausse des cotisations au moment de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du " baby-boom ". Ce fonds est alimenté par les excédents de la branche vieillesse du régime général, des ressources de nature fiscale et des ressources à caractère exceptionnel provenant des caisses d'épargne et de la Caisse des dépôts et consignations. En 1999, 2 milliards de francs ont été affectés à ce fonds de réserve.



Les réseaux de soins expérimentaux

L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale permet d'expérimenter de nouvelles formes d'organisation et de prise en charge des soins, de favoriser un accès plus rationnel au système de soins et une meilleure coordination des intervenants constitués en réseaux.

A cette fin, le Conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux, mis en place en 1997 et présidé par M. Raymond Soubie, a pour mission d'instruire les projets présentés par les promoteurs (caisses, associations, organismes de protection complémentaire...) et de rendre un avis en vue de leur agrément ministériel.

Dans ce cadre ont d'abord été développés des réseaux expérimentaux offrant la possibilité d'un suivi et d'une prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques. Ces réseaux visent notamment une meilleure coordination ville/hôpital/secteur médico-social et bénéficient de dérogations aux dispositions du code de la sécurité sociale en ce qui concerne notamment le périmètre du remboursement (panier de biens et services) et le mode de rémunération (paiement à l'acte) des professionnels de santé. A l'issue de ces expériences, d'une durée de trois ans, les actions mises en œuvre font l'objet d'une évaluation médicale, économique et organisationnelle, les formules les plus performantes étant généralisées via une modification du cadre réglementaire.

C'est ainsi qu'ont été agréés en 1999 un réseau de soins palliatifs piloté par la caisse primaire de Tarbes et un réseau spécifique de prise en charge à domicile des personnes atteintes de cancer à titre curatif et palliatif en Corrèze.

Parallèlement ont émergé des projets à vocation plus générale, correspondant davantage à la notion de filière de soins. Après le réseau promu par GROUPAMA Partenaires Santé, un réseau gérontologique a été développé par la Mutualité sociale agricole en partenariat avec le régime

général et le régime des travailleurs indépendants, avec pour objectif l'amélioration de la qualité des soins dispensés à domicile aux personnes âgées dépendantes et une meilleure maîtrise de la dépense supportée par les caisses. Ce réseau, réparti sur 19 sites dans toute la France, comporte une forte articulation ville-hôpital.

La modernisation du service public de protection sociale

L'informatisation du système de santé : faciliter les relations avec les professionnels et les usagers

Après le système de l'assurance vieillesse, dont l'informatisation a été achevée en 1993, et celui des allocations familiales, dont le premier modèle national date de 1974, la sécurité sociale a entrepris l'informatisation du système de santé. Il s'agit d'apporter une réponse plus rapide aux attentes des usagers tant pour la délivrance des soins que pour leur remboursement, de permettre une communication plus simple et plus rigoureuse entre les professionnels de santé et leurs patients et entre les professionnels eux-mêmes, et d'assurer un suivi plus fiable de l'activité des professions de santé par la sécurité sociale. En 1999, l'utilisation des nouveaux outils est montée en charge : carte de professionnel de santé, carte d'assuré social VITALE, réseau "santé social". Le quart des médecins généralistes télétransmettent les feuilles de soins électroniques.



Parallèlement, le projet " Net Entreprises ", engagé à l'automne 1998 et qui devrait aboutir en 2002, a continué à se développer en 1999. Mené en partenariat avec l'ACOSS, l'AGIRC, l'ARRCO, la CNAV et l'UNEDIC, il doit permettre une simplification radicale des tâches de déclaration sociale pour les entreprises et leurs mandataires. Des formulaires électroniques seront mis à leur disposition et des déclarations automatiques, par échange de données informatisées, seront possibles avec un très haut niveau de sécurité.

La rénovation des relations avec les caisses de sécurité sociale : le développement de la contractualisation et de l'évaluation

Les ordonnances de 1996 ont prévu la conclusion de conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Etat et les caisses nationales des principaux régimes de sécurité sociale, ainsi que la création de conseils de surveillance chargés de contrôler leur mise en œuvre. Les COG, qui formalisent la délégation de gestion du service public de la sécurité sociale, ont pour but d'entraîner la pluralité des acteurs (Etat, caisses nationales, caisses de base) dans la mise en œuvre d'un projet négocié. Il s'agit notamment d'inciter les caisses à s'assigner des objectifs clairs et précis pour améliorer leur mission de service public, notamment dans leurs relations avec les assurés sociaux.

Les engagements souscrits par les caisses servent de référence pour l'évaluation. Leur mise en œuvre au plan local passe par des contrats pluriannuels de gestion conclus entre les caisses nationales et les caisses locales, dont l'évaluation repose sur les DRASS, dans le cadre d'une procédure contradictoire.

La première génération des COG (branche maladie, famille, vieillesse, recouvrement) a vu le jour en 1997 ; les conventions avec les régimes de non-salariés ont été négociées en 1998.

En 1999 ont été évaluées les conventions conclues entre l'Etat et, respectivement, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF). Cette évaluation fait notamment l'objet d'une information auprès du Parlement.

Les fonctions transversales

La politique internationale

Un élargissement de la dimension européenne de l'action ministérielle

L'entrée en vigueur du Traité d'Amsterdam (1^{er} mai 1999)

L'article 152 du Traité ayant élargi les compétences de l'Union européenne en matière de santé, les États membres ont incité la Commission à en tirer les conséquences par un certain nombre d'initiatives : l'élaboration d'un programme-cadre de santé publique, l'inclusion, dans les politiques communautaires, des aspects liés à la protection de la santé et à la promotion de la santé mentale, l'examen des difficultés provoquées par la résistance aux antibiotiques. Les États membres ont également relancé la lutte contre le tabagisme et travaillé sur les dispositifs médicaux ou les bonnes pratiques dans la conduite des essais cliniques.

Le séminaire sur les conséquences sociales de l'élargissement (Vienne - 10 et 11 juin 1999)

Ce séminaire sur la dimension sociale de l'élargissement de l'Union Européenne a

réuni les représentants des gouvernements et des partenaires sociaux des pays candidats à l'Union. Lors de cette manifestation, l'accent a été mis sur la nécessité de faire de la politique sociale l'une des priorités essentielles du processus d'élargissement. En effet, les efforts considérables d'adaptation demandés aux populations des pays candidats, auxquels ont été fixés des objectifs économiques ambitieux de rattrapage, rendent d'autant plus nécessaires " des normes sociales " dont l'Union européenne doit être le garant et le promoteur.

Une relance du dialogue social

Le dialogue social sur les questions communautaires a connu, au plan national, une nouvelle impulsion depuis la création, le 30 novembre 1998, du Comité du dialogue social pour les questions européennes et internationales (CDSEI), qui réunit, auprès du ministère, l'ensemble des partenaires sociaux. Il remplace le comité sur les politiques communautaires concernant le travail, l'emploi et la formation professionnelle, institué en 1991. Son secrétariat est assumé par la délégation aux affaires européennes et internationales.

En 1999, les groupes de travail du CDSEI ont été organisés sur la protection sociale, l'emploi, les normes sociales, l'élargissement de l'Union et la préparation de la présidence française.

Une coopération bilatérale accrue avec les pays de l'Union européenne

Des accords spécifiques ont été signés avec l'Italie (22 mars 1999), l'Allemagne (29 avril), le Royaume-Uni (29 juin) et l'Espagne (29 juillet). Ces accords donnent lieu à des échanges, des rencontres de fonctionnaires et d'experts, des visites de travail et des manifestations communes.

Un approfondissement des liens avec les organisations internationales

La signature d'un accord avec le Bureau international du travail (BIT)

Un accord de partenariat entre le BIT, le ministère des affaires étrangères et le ministère de l'emploi et de la solidarité a été signé le 19 mai 1999. Il porte notamment sur "l'accroissement de l'étendue et l'efficacité de la protection sociale pour tous" et concerne plus spécifiquement le Kosovo et les pays d'Europe de l'Est souhaitant intégrer l'Union Européenne. Il prévoit le triplement des contributions volontaires de la France au BIT.

Le développement des relations avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Les discussions intervenues en 1999 dans le cadre des relations de la France avec l'OMS (Assemblée générale, rencontres ministérielles) ont porté notamment sur les maladies transmissibles et le Fonds de solidarité thérapeutique internationale (FSTI). L'installation à Lyon d'une partie de la division des maladies transmissibles de l'OMS a donné lieu à un accord signé entre les deux parties.

LE FONDS DE SOLIDARITÉ THÉRAPEUTIQUE INTERNATIONAL

Le Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI) a été créé en 1997 sur l'initiative de la France.

Son objectif est de favoriser l'accès des populations des pays en voie de développement aux traitements contre le sida, y compris aux anti-rétroviraux, à l'aide d'un fonds visant à favoriser des coopérations internationales, publiques et privées.

Le FSTI est dédié au traitement du VIH/SIDA dans les pays à ressources limitées. C'est pourquoi il s'est doté d'un mode de fonctionnement souple, réactif et transparent afin de s'adapter au grand nombre d'intervenants (notamment les bailleurs de fonds publics et privés), aux différentes structures de systèmes de soins et aux capacités socio-économiques des pays concernés, aux variations de l'épidémie et aux réponses thérapeutiques ainsi qu'à leurs coûts.

S'agissant des relations avec la région "Europe" de l'OMS (qui comprend 51 pays), l'accent a été mis sur les priorités de santé publique dans lesquelles la France présente des "pôles d'excellence" :

- le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et la mise en place d'un réseau de surveillance épidémiologique en partenariat avec l'Union européenne
- la santé environnementale, en particulier la gestion de l'eau
- la lutte contre la tuberculose dans les pays d'Europe de l'Est ainsi que dans les nouveaux États indépendants (CEI).

Le Pr Jean-François Girard a été désigné président du groupe chargé, au sein de l'OMS, de la réflexion et de la rédaction d'un rapport sur la "stratégie pharmaceutique révisée", c'est-à-dire de l'accès égalitaire des populations aux médicaments. Au mois de mai, une résolution de consensus a été adoptée par l'Assemblée mondiale.

L'approfondissement des relations avec les autres agences spécialisées de l'ONU

Le ministère entretient des relations régulières avec d'autres agences des Nations Unies (UNICEF, PNUD, FNUAP, UNESCO) et assure le suivi des grandes conférences mondiales qui se sont tenues ces dernières années (Pékin, Le Caire, Copenhague).

Ainsi, le "comité national de suivi" (qui regroupe l'administration, les partenaires sociaux, les organisations non gouvernementales et des personnalités qualifiées) a adopté en septembre 1999 le rapport présenté par la France au Secrétariat des Nations Unies dans le cadre de "Copenhague + 5", relatif à la mise en œuvre des engagements pris lors de la Conférence tenue en 1995 sur l'élimination de la pauvreté, l'intégration sociale et la promotion du plein emploi.

Un renforcement de la coopération scientifique et technique avec le reste du monde

L'organisation par le ministère de la première Conférence euro-méditerranéenne des ministres de la Santé (Montpellier - 3 décembre 1999)

Réunissant les ministres et représentants des 27 pays euro-méditerranéens, la Conférence, qui s'inscrit dans le processus de coopération politique, économique et sociale engagé à Barcelone en 1995, a porté sur la lutte contre les maladies transmissibles.

Elle s'est conclue par une déclaration adoptée à l'unanimité et doit donner lieu à des projets portant sur la surveillance épidémiologique des maladies infectieuses, la recherche, la prévention et la réponse à l'alerte, la formation des personnels et les échanges sur les bonnes pratiques professionnelles. Il s'agit de permettre, à terme, la mise en réseau des systèmes d'informations nationaux.

Une coopération bilatérale plus réactive

Les relations du ministère avec les 160 pays (hors Europe) développés, émergents ou en développement donnent lieu à des échanges croissants. On peut en particulier citer, pour 1999 :

- pour la Méditerranée : le Maroc, la Tunisie, le Liban
- pour l'Afrique subsaharienne : le Mali, le Sénégal, la Côte d'Ivoire
- pour la CEI : la Russie, l'Ukraine, l'Arménie
- pour l'Asie : le Cambodge, le Vietnam, la Chine, l'Indonésie
- pour l'Amérique latine : le Mexique, le Nicaragua, le Honduras, le Brésil, l'Argentine, le Chili
- pour les pays développés : le Canada et le Québec, les États-Unis, le Japon, la Corée.

LES CONSEILLERS AUX AFFAIRES SOCIALES

Le ministère de l'emploi et de la solidarité dispose de Conseillers aux Affaires Sociales en poste dans quelques grands pays de l'Union européenne et du Monde.

Ces conseillers sont chargés d'informer le ministère sur les politiques sociales de leur pays de résidence et d'expliquer sur place les décisions françaises dans ce domaine. Le cas échéant, ils définissent les stratégies et préparent des accords et des projets de coopération entre leur pays de résidence et la France. Ils assurent également le suivi des projets financés par des contributions françaises auprès des organisations internationales.

En 1999, des Conseillers aux Affaires Sociales sont présents à :

- Bruxelles (3), Londres, Berlin, Rome, Madrid, Varsovie, Moscou
- Washington (2), Buenos Aires (avec compétence régionale sur le Cône Sud)
- Singapour (avec compétence régionale sur l'Asie du Sud-Est)
- Rabat (poste créé en 1999).

L'observation, l'expertise et la prospective

La création de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Créée par un décret du 30 novembre 1998, la DREES regroupe deux services préexistants, le service des études, des statistiques et des systèmes d'information et la mission recherche. Elle a développé dès 1999 de nouvelles fonctions en matière d'étude et d'évaluation.

La DREES a élaboré un programme d'études pluriannuel en organisant une concertation auprès des organisations syndicales et professionnelles, des organismes de protection sociale, des principaux acteurs du domaine de la santé et de l'action sociale et en animant le Comité des programmes, qui réunit l'ensemble des directeurs du ministère.

Développer de grandes enquêtes concernant les populations

Il s'agit, d'une part, de se donner les moyens de rapprocher les informations assez largement développées sur les institutions et services sanitaires et sociaux avec des données, jusqu'ici peu connues et rarement recueillies, sur les usagers de ces institutions ou les bénéficiaires de ces services, leurs caractéristiques et leur point de vue.

D'autre part, l'observation des grands problèmes sanitaires et sociaux ne sauraient se résumer aux contacts des usagers avec les

services. C'est donc par des enquêtes auprès de la population que peut être appréciée l'envergure de questions telles que le handicap, l'incapacité et la dépendance, le sida, le cancer ou la santé mentale, et que la disponibilité de l'information globale sur l'état de santé de la population pourra être assurée.

Préparer l'évaluation des politiques publiques

En coordonnant tous les acteurs susceptibles de concourir à l'évaluation des politiques publiques, la DREES pose les jalons d'une observation à la fois quantitative et qualitative des politiques publiques.



C'est ainsi qu'un dispositif de suivi et d'évaluation de la Couverture maladie universelle a été conçu dès 1999 ; il permet d'apprécier la montée en charge de la CMU, en s'appuyant sur les outils de gestion des caisses d'assurance maladie, et de cerner à travers de grandes enquêtes par sondage ses conséquences pour les bénéficiaires en matière d'accès aux soins, ainsi que les conditions dans lesquelles ceux-ci ont pu accéder à cette couverture.

S'agissant de l'application de la loi de lutte contre les exclusions, ont notamment été lancées des études sur la constitution des commissions d'aide sociale d'urgence (CASU) et une enquête sur les bénéficiaires des fonds d'aide aux jeunes (les FAJ).

De même, statistiques et études ont été développées sur la prestation spécifique dépendance.

Une observation quantitative et qualitative a également été engagée pour accompagner la mise en place de la réduction du temps de travail dans le secteur sanitaire et social.

Mettre à disposition du public des analyses :

La DREES a vocation, à travers ses publications, à diffuser à un large public des analyses et des études :

- qui rapprochent des données multiples issues de sources diversifiées

- qui organisent une mise en perspective internationale des politiques et des comportements dans le domaine sanitaire et social

- qui développent la dimension territoriale.

Engager de nouvelles démarches de recherche :

En 1999 ont été lancés :

- un appel d'offres sur la régulation et les performances du système de santé - le cas de la périnatalité

- un séminaire de recherche consacré aux inégalités

- un appel d'offres sur les circulations migratoires

- un appel d'offres sur les restructurations hospitalières.



Le contrôle et l'évaluation

La définition des politiques ne peut se concevoir sans que soient mis en place des dispositifs d'inspection, de contrôle et d'évaluation destinés à en vérifier la mise en œuvre. A l'échelon local, la fonction de contrôle et d'inspection est exercée par les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales.

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Placée auprès des ministres en charge du secteur social, l'IGAS assure une mission de contrôle et d'évaluation de la mise en œuvre des politiques publiques de la sécurité sociale et de la prévoyance sociale, de la protection sanitaire et sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

L'IGAS reçoit des demandes de mission des ministres du secteur ainsi que de tout membre du gouvernement qui estime qu'elle peut éclairer utilement une question d'actualité. Elle procède fréquemment à des missions conjointes avec d'autres corps de contrôle (Inspection générale des finances et Inspection générale de l'administration, notamment).

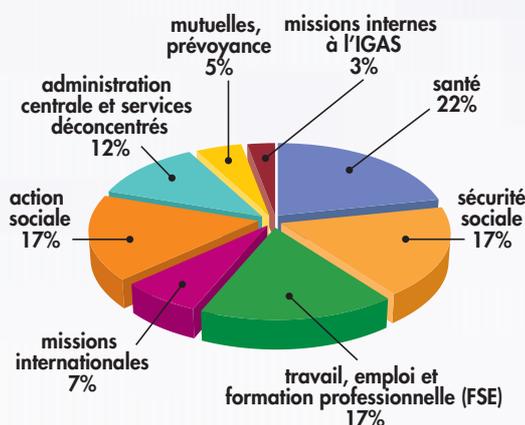
Depuis la loi n°96-452 du 28 mai 1996, elle peut contrôler le compte d'emploi des ressources collectées par des associations lors de campagnes nationales d'appel à la générosité publique. Cette compétence a trouvé plusieurs terrains d'application :

- la Croix-Rouge Française,
- la Fondation pour la Recherche Médicale (FRM),
- l'Association Française pour la Recherche sur les Maladies Génétiques (AFRG),
- les Petits Frères des Pauvres,
- les Orphelins Apprentis d'Auteuil,
- la Fédération Raoul Follereau.

L'activité de l'IGAS en 1999 s'est notamment exprimée par la production de 164 rapports.

Répartition des rapports 1999 par domaine détaillé

(source Rapport d'activité IGAS 1999)



LES PUBLICATIONS DE L'IGAS

Le chef de l'IGAS présente chaque année un rapport au Président de la République, au Parlement et au Gouvernement. Ce rapport est publié à la Documentation française. Celui de 1999 est intégralement consacré aux acteurs de la politique de l'emploi face au chômage.

En 1999 a été créée une collection des rapports publics de l'IGAS, éditée par les Journaux Officiels. La première publication concerne le rapport d'évaluation des " Instituts de rééducation ". Elle est suivie par celle du rapport officiel de l'année internationale des personnes âgées, intitulé " Une société pour tous les âges ".



Enfin, les rapports de contrôle des comptes d'emploi des associations faisant appel à la générosité du public font désormais l'objet d'une nouvelle série de publications, confiée elle aussi aux Journaux Officiels et destinée à assurer l'information du donateur sur le bon usage fait de ses libéralités.

La relance des fonctions d'inspection dans les services déconcentrés du ministère

Deux rapports de l'IGAS, produits en 1995 et 1997, ont dressé un constat éloquent du recul de l'exercice de la fonction d'inspection et de contrôle incombant aux services déconcentrés, alors même que le citoyen usager est de plus en plus soucieux de la qualité et de la sécurité du système de santé ainsi que de la bonne utilisation des prestations sociales, et que la société s'interroge sur la juste répartition des ressources publiques.

Pour remédier à ces manques, des moyens ont récemment été mis en œuvre pour que la fonction d'inspection et de contrôle de premier

niveau, dans les administrations les plus proches du citoyen, soit mieux identifiée et mieux organisée :

- une volonté politique affirmée se traduisant par l'inscription, au premier rang des objectifs assignés annuellement aux services déconcentrés, de la nécessité de renforcer les fonctions de contrôle, d'inspection et d'évaluation des services et structures qui participent à la mise en œuvre des missions de service public ;
- à l'initiative de la Direction générale de la santé, la création d'une commission de coordination des demandes d'inspection en matière de sécurité sanitaire. Présidée par l'IGAS, elle s'assure de la cohérence et de la faisabilité des demandes des différents donneurs d'ordre (directions d'administration centrale et agences) ;
- la création en 1999, dans chaque DRASS, d'une mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE), qui a pour première tâche d'élaborer les programmes régionaux de contrôle conciliant les priorités locales avec les thèmes nationaux et les commandes des agences régionales ou nationales ;
- la création, au sein de l'IGAS, d'une mission d'animation de la fonction d'inspection (MAFI). Confiée à trois membres de l'IGAS, cette mission est chargée de s'assurer de l'effectivité des inspections de premier niveau et du bon déroulement des programmes locaux. Elle veille à leur mise en œuvre technique, contribue à la création et au développement d'un réseau d'inspection faisant appel aux moyens de communication moderne et participe à l'élaboration d'outils méthodologiques en matière de contrôle.

Le contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance

La mutualité s'inscrit dans le champ des politiques de protection sociale, tant par son rôle complémentaire à celui des organismes de sécurité sociale que par le caractère solidaire et souvent innovant de la protection qu'elle assure à ceux qui y adhèrent.

Le contrôle des mutuelles est confié à une autorité administrative indépendante, la Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance (CCMIP), dont le chef de l'IGAS est le secrétaire général. En

vertu des articles L 951-2 du Code de la Sécurité sociale et L 531-1 du Code de la mutualité, la Commission est chargée de veiller au respect, par les institutions de prévoyance, les institutions de retraite supplémentaire et les mutuelles, des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont propres. Ce contrôle est exercé dans l'intérêt des adhérents : la Commission s'assure en particulier, à travers l'exploitation d'états déclaratifs transmis annuellement, que ces institutions sont en mesure d'honorer les engagements qu'elles ont contractés à leur égard.

Elle s'appuie également sur des contrôles sur pièces et sur place effectués par des membres de l'IGAS.

En 1999, l'activité de la Commission, présidée par M. Jean Fourré, conseiller d'État honoraire, a été fortement marquée par la situation de la MNEF et des mutuelles situées dans sa mouvance. Neuf séances ont été consacrées, en totalité ou en partie, à ce dossier complexe.

Il est à noter que pour la première fois, la Commission a fait usage de son pouvoir de sanction disciplinaire à l'égard d'une mutuelle qui n'avait pas déféré à l'une de ses injonctions. Elle a procédé à la nomination de cinq administrateurs provisoires, dont deux à la MNEF, et a saisi à trois reprises le Parquet pour des faits susceptibles de faire l'objet d'une qualification pénale.

Les instituts de rééducation

Une étude transversale

La pratique des subventions aux associations dans les directions du ministère de l'emploi et de la solidarité

L'enquête de l'IGAS sur les pratiques des subventions du ministère de l'emploi et de la solidarité au niveau national met en lumière, par rapport à des enjeux essentiels dans le champ des politiques sociales, des insuffisances persistantes, concernant tant l'instruction que l'exécution de la dépense de subvention. A partir de ce constat, les propositions de l'IGAS visent à mettre en place un corps de règles de bonnes pratiques autour de quatre axes :

- mieux connaître pour mieux suivre ;
- rationaliser la dépense et développer les contrôles internes ;
- mieux gérer l'annualité budgétaire ;
- faire vivre une culture du partenariat.



Parmi les établissements régis par l'annexe XXIV du décret du 27 octobre 1989 relative aux établissements prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficiences intellectuelles, les instituts de rééducation, qui ont pour vocation la prise en charge des jeunes souffrant de troubles de comportement, forment un secteur spécifique qui, en dépit de sa dimension (quelque 16 200 places installées), de sa croissance (16,50 % entre 1985 et 1996) et du volume de dépenses qu'il représente pour l'assurance maladie (3,5 milliards de francs), demeure dans l'ensemble mal connu et piloté. Le caractère extrêmement complexe et divers de la notion de trouble du comportement, en rend il est vrai délicate, pour ne pas dire impossible, toute définition précise et univoque, au plan tant médical qu'administratif.

Dans un contexte de pénurie relative ou de répartition inégale des places, et de façon générale de saturation des services, l'IGAS constate que l'enfant ou l'adolescent souffrant de troubles du comportement peut, en fonction de son environnement familial et scolaire, de la structure de l'offre locale en hébergement spécialisé, ou des aléas de son itinéraire social ou judiciaire, se voir tout aussi bien orienté vers un foyer de l'aide sociale à l'enfance, un foyer de la protection judiciaire de la jeunesse ou un institut de rééducation. Il bénéficie alors d'une prise en charge correspondant non pas à son état, mais aux règles administratives et financières régissant l'établissement qui l'accueille.

La mission conclut que même si les instituts de rééducation remplissent dans l'ensemble le rôle qui leur est assigné, ce secteur particulier de l'enfance inadaptée mérite assurément une nouvelle politique, construite et innovante. Les recommandations élaborées par les rapporteurs s'inscrivent dans cette perspective.



Politique en matière de santé des travailleurs

Contrôle du fonctionnement de l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)

L'INRS est une association de la loi de 1901 constituée sous l'égide de la Caisse nationale d'assurance maladie et contribue, sur le plan technique, à la prévention des risques professionnels. Il a fait l'objet d'une mission d'inspection destinée à contrôler les procédures de validation et de diffusion de ses études et à apprécier les conditions de sa participation au dispositif de sécurité sanitaire.

LIGAS relève que l'INRS est actuellement confronté à trois enjeux :

- son approche des risques professionnels : la recherche se caractérise par une trop forte concentration sur des risques connus, alors que l'INRS devrait développer ses capacités d'anticipation ;
- sa prise en compte des impératifs de sécurité sanitaire : l'INRS doit participer au réseau de correspondants de l'Institut de veille sanitaire, notamment pour l'exercice d'une fonction d'alerte relative aux risques professionnels ;
- son positionnement au sein du dispositif de prévention : la mission estime que les relations entre l'INRS et l'État doivent être clarifiées puisque l'institut exerce une mission d'intérêt général et assure des activités de service public.

En janvier 1999, la direction générale de l'INRS a proposé au conseil d'administration de développer sa politique d'ouverture sur l'extérieur et de réorganiser la commission scientifique, et l'a informé d'un projet de réorganisation interne. La mission d'inspection considère que ces initiatives constituent un progrès mais estime que plusieurs autres modifications sont nécessaires et elle formule treize propositions à ce titre.



Contrôle d'un compte d'emploi d'association faisant appel à la générosité du public

Les Orphelins Apprentis d'Auteuil

La fondation "Les Orphelins Apprentis d'Auteuil", créée au XIX^{ème} siècle et reconnue d'utilité publique par décret du 29 juin 1929, a pour mission statutaire d'accueillir "des enfants orphelins de leurs deux parents, ou de l'un des deux, et des enfants abandonnés ou présentant un cas social". Sa spécificité tient à la prise en charge globale, éducative, pédagogique et pastorale, qu'elle offre aux jeunes placés dans ses établissements par leurs parents, par les services départementaux d'aide sociale à l'enfance ou par les juges.

Les vérifications auxquelles l'IGAS a procédé pour l'exercice 1998 ont permis d'assurer que les ressources de la fondation étaient correctement affectées, d'un point de vue administratif et comptable, aux activités décrites dans le compte d'emploi et que celles-ci correspondaient à son objet statutaire.

La fondation consacre une partie importante de ses ressources consolidées (84,3 %) à des activités directes en faveur des jeunes, à savoir, pour l'essentiel, leur accueil et leur hébergement, leur formation et leur insertion. Les fonds publics qu'elle reçoit dans ce cadre des départements ou de l'État (de l'ordre de 332 MF) ne suffisent pas à couvrir l'ensemble des charges qu'elle supporte. La générosité publique sert alors à combler cette différence (400 MF).

Les actions de communication représentent une somme limitée puisqu'elles sont définies et mises en œuvre par les propres services de la fondation. Celle-ci recourt de manière très limitée à des prestataires extérieurs et ne fait pas de campagnes "grand public" ce qui, au regard du volume important de dons et legs recueillis, ne semble effectivement pas nécessaire.

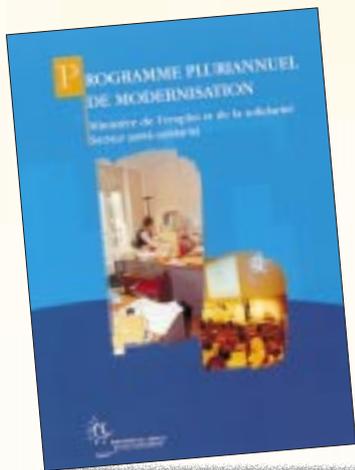
En conclusion, sous quelques réserves exprimées par la mission, le compte d'emploi des ressources présenté pour 1998 par la fondation apparaît fidèle et régulier.



Mieux travailler ensemble

L'année 1999 a été marquée par la poursuite des travaux engagés depuis plusieurs années sur l'adaptation de l'organisation de l'administration sanitaire et sociale, aux fins de renforcer l'efficacité des services et d'améliorer la lisibilité et la cohérence d'action du ministère.

Les orientations retenues ont été précisées par la ministre de l'emploi et de la solidarité lors du comité technique paritaire du 28 juin 1999. Elles s'inscrivent dans le cadre plus global de la réforme de l'État et du programme pluriannuel de modernisation (PPM) élaboré pour le ministère dans le courant du deuxième semestre 1998 et actualisé au cours de l'année 1999. Elles tiennent compte des évolutions survenues ces dernières années, notamment de la création des agences régionales de l'hospitalisation (avril 1996) et des agences de sécurité sanitaire (juillet 1998). Elles s'attachent également à améliorer et à rendre plus efficace la relation administration centrale - services déconcentrés, en prenant en compte un impératif de déconcentration accrue.



L'adaptation de l'organisation à l'évolution des missions

Une demande sociale toujours plus forte

L'État, plus que jamais garant de la cohésion sociale, doit faire face à une demande sociale accrue de la part des citoyens, particulièrement les plus fragiles, pour faire respecter leurs droits fondamentaux, en matière de santé, de lutte contre la dépendance, contre les exclusions et les discriminations. Le renforcement des capacités d'action des services du ministère doit permettre la mobilisation coordonnée de tous les partenaires qui interviennent dans le champ sanitaire et social, en privilégiant la qualité et l'efficacité du service rendu.

La réforme de l'échelon central

1998-1999 : premières réalisations

Après la création d'une direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en 1998, le premier semestre 1999 a vu :

- la restructuration du service des ressources humaines (SRH) au sein de la Direction de l'administration générale, du personnel et du budget (DAGPB), destinée à mieux identifier les fonctions de gestion individuelle de quelque 15 000 agents, d'une part, les fonctions de gestion des ressources, d'autre part ;
- la réorganisation de la délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI), afin de prendre en compte l'élargissement de la dimension internationale et, singulièrement, communautaire de l'action ministérielle.

La préparation d'une réorganisation plus globale

Positionner les directions sur des missions de conception, d'animation et d'évaluation ; poursuivre le décloisonnement de l'administration centrale et recentrer chacune des directions sur un métier clairement identifié ; améliorer la coordination entre les différents acteurs des politiques de santé et des politiques sociales au sein du ministère ; développer de nouvelles méthodes de travail fondées sur le partage des savoirs et la mise en place de procédures opératoires entre les directions : tels sont les objectifs qui ont guidé, durant l'année, les travaux de réorganisation de l'administration centrale, réorganisation précisée et mise en place en 2000.

Les textes réglementaires fixant les missions et la nouvelle organisation de l'administration centrale sont le fruit d'une large concertation engagée avec les agents au sein des directions ainsi qu'avec les représentants du personnel siégeant dans les instances représentatives.



Les services déconcentrés, fer de lance de l'action de l'État

La mise en œuvre des missions du ministère, à la fois partenariale et territoriale, exige une mobilisation considérable de ses services déconcentrés. Les résultats obtenus par les DRASS et les DDASS dans la mise en place des dispositifs législatifs sur le système de santé, la sécurité sanitaire et la lutte contre les exclusions constituent de véritables performances au regard des moyens du ministère.

La très lourde charge de travail suscite parfois des tensions préjudiciables à la qualité et à l'efficacité des prestations que ces services doivent aux publics concernés. Pour y remédier a été engagée à leur profit, dans la transparence et la concertation, une démarche de renforcement des effectifs et des qualifications mais aussi la poursuite de l'adaptation des pratiques, méthodes et outils. Des orientations en ce sens ont été fixées par la ministre à l'occasion de son intervention devant le comité technique paritaire du 28 juin 1999 et ont été explicitées par le programme pluriannuel de modernisation.

Les perspectives qui en ressortent se déclinent autour de cinq axes :

- une exigence accrue de résultats
- le développement du partenariat
- la territorialisation de l'action publique
- la responsabilisation des acteurs locaux
- la professionnalisation des fonctions.

Le positionnement de l'administration centrale sur des fonctions de conception et de pilotage va de fait dégager des marges de manœuvre supplémentaires au profit des échelons locaux.

Enfin, une réforme de la procédure de l'allocation de ressources (crédits d'intervention, effectifs et moyens de fonctionnement gérés par les services déconcentrés) a été engagée en 1999 dans le souci de travailler au développement progressif d'un " dialogue de gestion " permettant de rapprocher les attentes des directions centrales et celles des services déconcentrés.

Administration centrale, services déconcentrés, agences sanitaires : une cohérence d'action

La création ou le renforcement des agences sanitaires nationales intervenus au cours de l'année 1999 ont conduit le ministère à intensifier la coordination des structures et à développer une tutelle plus stratégique sur les établissements.

Des procédures organisant les relations entre l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), les services déconcentrés (DRASS et DDASS) et l'administration centrale et définissant les rôles respectifs en matière d'inspection ont été instituées par la circulaire du 29 juin 1999. Elles doivent être évaluées en 2000. La multiplicité des donneurs d'ordre aux services déconcentrés (directions d'administration centrale et agences) en matière d'inspection a en outre conduit à la mise en place d'une commission de programmation, présidée par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et dont les travaux ont permis de dégager un programme national d'inspection en matière de sécurité sanitaire.

En matière de tutelle, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été élaboré et conclu en 1999 avec l'établissement français des greffes (EFG), à l'instar des contrats de progrès passés de longue date entre l'État et les organismes du service public de l'emploi (Agence nationale pour l'emploi et Association pour la formation professionnelle des adultes). Il fixe pour trois ans les objectifs de l'établissement et stabilise pour la même durée les moyens dont celui-ci dispose. De tels contrats seront progressivement conclus avec l'ensemble des établissements publics.

La modernisation du fonctionnement

Le renforcement des effectifs et des moyens

Avec une augmentation à structure constante de 4,6 %, le budget du secteur santé-solidarité du ministère a connu une progression supérieure à celle du budget de l'État, fixée à 2,2 % en valeur. Cette évolution traduit les priorités gouvernementales et l'ampleur des missions portées par le ministère. Elle reflète aussi le renforcement de son administration, dans un contexte de fort développement de ses interventions.

255 emplois nouveaux ont par ailleurs été ouverts au budget 1999, notamment au profit du renforcement des moyens des services déconcentrés en matière de prévention et de lutte contre les exclusions ainsi que de leurs fonctions de pilotage et d'inspection. Ces créations s'inscrivent également dans une perspective de résorption des emplois précaires.

La formation des personnels d'encadrement au management public

Un programme de formation a été mis au point à l'issue d'une phase d'expérimentation (cycle test conduit de décembre 1998 à avril 1999), dans la perspective de faire évoluer les pratiques des cadres du ministère en matière de conduite de projet, d'organisation du travail, d'animation d'une équipe, de planification opérationnelle, d'évaluation... Ce premier cycle de formation, qui a vocation à être reconduit durant les prochaines années, a été dispensé à une cinquantaine de cadres au cours du 4^{ème} trimestre 1999.

La diffusion des nouvelles technologies de l'information et de la communication et le développement du travail en réseau

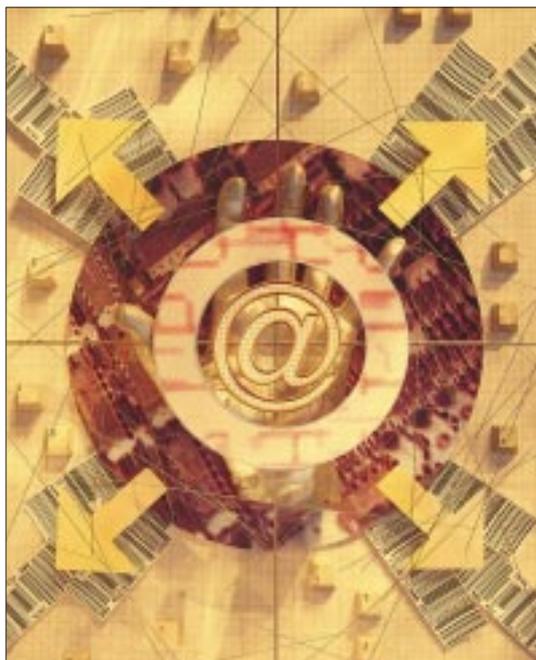
L'année 1999 a vu un développement significatif de ces outils : à la fin de l'année, plus de 4 000 ordinateurs se connectaient chaque semaine pour 15 à 20 000 sessions de travail, alors qu'on notait au début de l'année près de 5 400 sessions de travail hebdomadaires pour 1 400 ordinateurs connectés.

Ce développement a été facilité par l'élaboration et la diffusion de nombreux supports méthodologiques pour l'utilisation de l'intranet. Il s'inscrit dans un objectif de promotion de modes d'organisation favorisant les colla-

borations intersectorielles et le travail collégial au sein d'équipes pluridisciplinaires dédiées à la réalisation d'un projet ou d'un programme.

Six réseaux ont été créés en s'inspirant de la référence que constitue le réseau d'échange en santé environnementale : quatre réseaux plutôt centrés sur des métiers (informaticiens, chargés de communication, documentalistes, statisticiens) et deux réseaux thématiques dédiés à un nombre plus important d'utilisateurs :

- réseau des professionnels des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ;
- réseau des correspondants de la mission chargée de piloter la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.



À l'échelon local, l'action de l'État dans les domaines de la santé et de la solidarité est conduite, sous l'autorité des préfets, par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ainsi que, s'agissant des actions en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes, par les déléguées régionales et les chargées de mission départementales aux droits des femmes.

L'élaboration des projets territoriaux de l'État décidée lors du comité interministériel pour la réforme de l'État de juillet 1999 et l'extension du pouvoir d'organisation dévolu aux préfets par les décrets du 20 octobre 1999 renforcent la latitude d'action de ces derniers dans la mise en œuvre de l'action publique. Il leur appartient notamment d'organiser les articulations, les coopérations et les mutualisations entre les différents services de l'État dans leur département ou leur région. Les services déconcentrés du ministère de l'emploi et de la solidarité ont été particulièrement actifs dans ce processus et les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales ont le plus souvent été désignés comme chefs de projet ou comme responsables des pôles interministériels, par exemple en matière de lutte contre les exclusions.

Les agences régionales de l'hospitalisation, créées par l'ordonnance du 24 avril 1996, ont des attributions importantes en matière d'organisation de l'hospitalisation publique et privée et de répartition des enveloppes financières régionales entre les établissements de santé, dont elles fixent les ressources annuelles.

L'action territoriale

Alsace - page 94

Aquitaine - page 96

Languedoc-Roussillon - page 118

Auvergne - page 98

Limousin - page 120

Bourgogne - page 100

Lorraine - page 122

Bretagne - page 102

Martinique - page 124

Centre - page 104

Midi-Pyrénées - page 126

Champagne-Ardenne - page 106

Nord-Pas-de-Calais - page 128

Corse - page 108

Basse-Normandie - page 130

Franche-Comté - page 110

Haute-Normandie - page 132

Guadeloupe - page 112

Pays-de-la-Loire - page 134

Guyane - page 114

Picardie - page 136

Ile-de-France - page 116

Poitou-Charentes - page 138

Provence-Alpes-Côte d'Azur - page 140

Réunion - page 142

Rhône-Alpes - page 144

Synthèse cartographique des indicateurs régionaux - page 146

ALSACE

► **Retour au sommaire**

Les temps forts de la démocratie sanitaire

Les débats sur la santé en Alsace ont été particulièrement nombreux et fructueux durant le premier trimestre 1999, où se sont tenus, dans le cadre des États généraux de la santé, 6 forums régionaux, sur les thèmes de l'accès aux soins et du bon usage des soins (Mulhouse, Haguenau et Sélestat), de la prévention (Thann, Wissembourg et Colmar).

Un " jury citoyen ", organisé le 13 mars sur le thème " l'hôpital et la ville ", fut un point culminant de ces États généraux, qui ont mobilisé en Alsace plus de 2 000 personnes. Ces débats ont été prolongés par la 4^{ème} conférence régionale de santé, tenue le 30 novembre à Strasbourg sur le thème principal de l'accès des personnes les plus démunies aux soins et à la prévention. Cette question devient l'une des quatre priorités de santé, avec le programme régional " Alsace contre le cancer ", le programme SIDA et le schéma régional Alcool.

Sécurité à tous les niveaux

Le renforcement notable des contrôles en matière de sécurité sanitaire s'est traduit particulièrement dans les domaines de l'hygiène alimentaire (236 contrôles dans le Haut-Rhin, procédures TIAC - toxi-infections alimentaires collectives -, listériose...) et de la sécurité anesthésique dans les établissements de santé (28 établissements contrôlés dans

le Haut-Rhin, 15 dans le Bas-Rhin). La DDASS du Bas-Rhin a également instruit treize plaintes concernant les établissements sanitaires et sociaux et ouvert treize dossiers relatifs au respect des règles d'hygiène.

Une étude a été réalisée sur la sécurité de nuit dans les hôpitaux locaux ; confrontant les effectifs en personnel et le profil des patients hébergés, elle a permis de repérer les établissements prioritaires et de programmer la création de 35 postes sur deux ans.

L'adaptation de l'offre de soins se poursuit

Le paradoxe alsacien en la matière réside dans une offre hospitalière abondante et diversifiée, une offre ambulatoire correcte et, malgré cela, des indicateurs de santé défavorables avec une surmortalité due aux cancers et une proportion importante de maladies cardio-vasculaires.

Le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) d'Alsace a été arrêté les 13 juillet et 10 novembre 1999 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il porte sur la prise en charge des urgences, la périnatalité, la cancérologie, la cardiologie, les maladies vasculaires, les soins de suite ou de réadaptation et la prise en charge hospitalière des personnes âgées.

Les opérations de recomposition de l'offre de soins hospitalière se sont poursuivies avec, notamment, la fusion de deux établissements publics de psychiatrie (Brumath et Hoerd) dans le Bas-Rhin, la reprise des activités (chirurgie, médecine, insuffisance rénale chronique) de la clinique Béthesda par le Groupe hospitalier Saint-Vincent à Strasbourg, la reprise de l'activité de chirurgie de la main de la clinique du Parc par l'établissement des Diaconesses à Strasbourg, trois opérations de fusion d'hôpitaux locaux dans le domaine de la gériatrie et le soutien de la maternité de Guebwiller par le CH de Colmar.

Région frontalière, l'Alsace mène plusieurs expériences de coopération hospitalière transfrontalière. C'est ainsi que les hôpitaux de Mulhouse et de Fribourg développent un programme de traitement du myélome multiple et que des actions de formation du personnel sont conduites entre les hôpitaux de Sélestat et d'Offenbourg. Des projets sont également bien avancés en matière de prise en charge des grands brûlés.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	1 734 145 (14)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	12,8
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	15,1
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	8,2
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	40
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,9
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	111
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	78
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	90,19
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	14,62
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	8,32
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	2,66
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,10
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	3
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	19,2
Nombre de points de baignade contrôlés	19
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	2 827

Forte mobilisation pour la lutte contre les exclusions

L'application de la loi contre les exclusions a fortement mobilisé les services avec, dans les deux départements, la mise en place d'un pôle interministériel pour la lutte contre les exclusions, qui regroupe plusieurs services de l'État et dont le préfet a confié la responsabilité et l'animation aux DDASS. La mise en place des commissions de l'action sociale d'urgence (CASU), la mise au point du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour les populations les plus démunies et du schéma départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion ont constitué quelques temps forts, de même que les autres dispositifs comme le programme TRACE (trajet d'accès à l'emploi), la révision du plan local pour l'accès à l'emploi des publics les plus en difficulté, diverses actions de renforcement de la veille sociale.

Augmentation sensible du nombre des demandeurs d'asile

L'Alsace a étroitement contribué à l'accueil des réfugiés du Kosovo au printemps 1999 et en a hébergé près de 550. Par ailleurs, l'augmentation très importante du nombre des demandeurs d'asile (plus de 1 100), principalement en provenance des pays de l'Est européen, a suscité quelques tensions pour l'accueil et l'hébergement de ces populations.

Promouvoir la formation des femmes et lutter contre les violences

En partenariat avec la Région Alsace, dix prix " de la diversification de l'apprentissage au féminin ", d'un montant de 5 000 francs chacun, ont été attribués à des jeunes filles qui ont choisi l'apprentissage de métiers traditionnellement masculins tels que bouchère, couvreuse-zingueuse, cordonnière ou ingénieure en mécanique.

En matière de communication, la délégation régionale a développé un document d'information destiné au réseau des déléguées régionales aux droits des femmes, intitulé " Nouvelles d'Alsace ", qui présente des actions phares menées par la délégation comme, par exemple, le fonds régional d'incitation à la formation des femmes.

Par ailleurs, durant le second semestre, une formation de quatre jours sur les mécanismes des violences faites aux femmes a permis de développer les contacts entre les différents acteurs : éducateurs, travailleurs sociaux, policiers, gendarmes, personnels de santé et de justice...

Coordonnées des services déconcentrés de la région Alsace



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
 - Cité administrative - 14, rue du Maréchal Juin
 - 67084 - STRASBOURG CEDEX
 - Tél : 03 88 76 76 81
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - 15, rue des Francs Bourgeois
 - 67000 STRASBOURG
 - Tél : 03 88 22 72 72
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - Hôtel du Préfet - Petit Broglie
 - 67073 STRASBOURG CEDEX
 - Tél : 03 88 21 68 48
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - BAS-RHIN : Cité administrative - 14, rue du Maréchal Juin
 - 67084 STRASBOURG CEDEX
 - Tél : 03 88 76 76 81
 - HAUT-RHIN : Cité administrative Bât C - 3, rue Fleischauer
 - 68026 COLMAR CEDEX
 - Tél : 03 89 24 81 64

AQUITAINE

► [Retour au sommaire](#)

La Gironde se mobilise contre les nuisances sonores

Le pôle de compétence " bruit " de la DDASS de Gironde a amplifié son action contre les nuisances sonores, qui représentent une préoccupation de premier plan pour les citoyens. Des fiches d'information, réalisées en partenariat avec le comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, ont été largement diffusées (130 000 exemplaires) dans les mairies, les sous-préfectures et, plus récemment, les gendarmeries et les commissariats de police. Elles abordent trois thèmes majeurs : la réglementation des bruits du voisinage et des lieux musicaux ; la résolution pacifique des conflits de voisinage ; l'information pratique et juridique pour la résolution des problèmes. Le pôle de compétence a également organisé à Bordeaux, avec l'Association Transrock, qui gère la salle de concert Krakatoa, une journée d'information sur le décret relatif aux lieux musicaux et aux risques auditifs. L'association des maires du département et les organisations professionnelles du spectacle, de la restauration et des débits de boisson y ont été associées.

Opération " alcoolémie 0 " pour les jeunes des Landes

Dans le cadre du programme régional de santé " jeunes ", la DDASS des Landes s'est particulièrement investie dans l'opération " alcoolémie 0 " afin de responsabiliser les jeunes sur les conséquences dramatiques des accidents de la route dans le département. Pour sa part, la DRASS a lancé un programme autour de la problématique de l'alcool.

La sécurité sanitaire à l'heure de l'interdépartementalité

En matière d'inspection, de contrôle et d'évaluation, l'accent a été mis en 1999 sur l'interdépartementalité avec la mise en place d'une mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation, animée par la DRASS, et l'élaboration d'un plan régional et interdépartemental de contrôle. Dans les établissements de santé, le plan de contrôle régional a donné la priorité à la sécurité anesthésique et à la stérilisation des dispositifs médicaux. En matière de qualité des soins, la lutte contre les infections nosocomiales, la lutte contre la douleur, le développement des soins palliatifs et la santé des adolescents et des populations en difficulté ont été privilégiés.

Les priorités de l'organisation de l'offre de soins

L'élaboration du nouveau schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) s'est achevée en septembre 1999, à l'issue d'une concertation intensive conduite par l'agence régionale de l'hospitalisation. Dix priorités ont été définies pour les cinq années à venir, visant notamment l'amélioration de la prise en charge des urgences, de la naissance, des personnes âgées, des problèmes de santé liés aux dépendances (alcool, tabac, toxicomanie) et l'organisation de certaines activités médicales telles que la cancérologie et la cardiologie.

La continuité dans la prise en charge des patients, dans le cadre d'une coopération et d'une complémentarité renforcées entre les établissements, est une priorité de l'organisation de l'offre de soins. La constitution de deux grands réseaux régionaux sur la cancérologie et la périnatalité a ainsi été étudiée. Par ailleurs, conformément aux textes réglementaires parus en 1997 et 1998, la réorganisation des dispositifs des urgences et des maternités a été préparée.

Les caractéristiques de la région et de son peuplement – part relativement importante de personnes âgées et inégalités dans la densité de la population – imposent d'accentuer encore les efforts de coopération entre les établissements de santé et entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

Exclusion : une mission inter-services dans le Lot-et-Garonne

Dans le Lot-et-Garonne, l'élaboration du projet territorial de l'État a été l'occasion d'une évaluation globale du dispositif de lutte contre les exclusions, qui a permis de constater la diversité des acteurs engagés dans ces actions, parmi lesquels de nombreux services

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	2 908 359 (6)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	10,6
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	24,4
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	10,6
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	101
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,8
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	126
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	97
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	47,27
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	12,48
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	10,62
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,13
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,61
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	17
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	33,6
Nombre de points de baignade contrôlés	239
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	2 672

déconcentrés chargés de mettre en œuvre des politiques sectorielles. Il en résulte une lisibilité insuffisante des dispositifs, aussi bien pour les partenaires de l'État que pour les populations.

C'est la raison pour laquelle a été constituée une mission inter-services de lutte contre les exclusions (MILE). Placée sous la présidence du préfet et rassemblant l'ensemble des services de l'État concernés par la lutte contre les exclusions, cette mission est animée par un inspecteur de la DDASS. Ses objectifs stratégiques sont au nombre de trois : permettre une mise en œuvre concertée des actions, assurer une cohérence de l'action territoriale avec la politique d'ensemble définie à l'échelon du département, mutualiser l'information au plan local afin de constituer un observatoire social départemental.

La MILE a commencé à travailler dans quatre directions : l'amélioration du dispositif de coordination des aides financières mises en place dans le cadre de la commission de l'action sociale d'urgence (CASU), l'élaboration d'un plan départemental d'aires de stationnement pour les gens du voyage intégrant les dimensions de l'aménagement et de l'accompagnement social, la mise en œuvre d'actions spécifiques pour les bénéficiaires du RMI inscrits dans le dispositif depuis plus de trois ans et l'élaboration d'un schéma départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion pour les publics les plus précaires.

Faciliter l'activité des femmes

La délégation régionale aux droits des femmes a poursuivi son soutien au programme européen

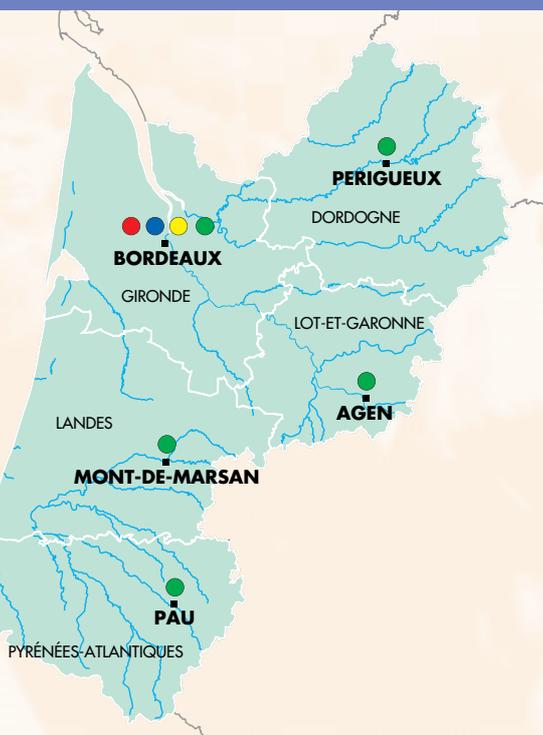
SEMER (savoir entreprendre au féminin en milieu économique rural) mis en place depuis 1998 par la Chambre de commerce et d'industrie de Périgueux avec le concours du Fonds social européen, de la préfecture de la Dordogne et du Conseil général. L'objectif est de favoriser, de développer et de soutenir l'installation des femmes chefs d'entreprise. Une plate-forme financière permet d'accéder aux crédits bancaires de manière privilégiée. Des formations gratuites adaptées aux besoins des créatrices et un accompagnement pendant les deux premières années, avec une assistance technique de la Chambre de commerce, sont proposées.

Un comité de pilotage a été créé afin d'élaborer et de concevoir une campagne régionale de sensibilisation et de promotion des différents statuts du conjoint d'artisan/commerçant. Pour cette action, la délégation régionale aux droits des femmes travaille en partenariat avec la délégation au commerce et à l'artisanat, les caisses de retraite, les chambres consulaires, les ordres des experts-comptables, la chambre des notaires et une agence de communication.

L'Administration investit dans de nouveaux locaux

Les travaux de construction d'une nouvelle DDASS ont commencé à Agen. L'installation sur le futur site, proche de la direction départementale du travail et de l'emploi, interviendra fin 2000. A Bordeaux, La DDASS de la Gironde, la DRASS et l'ARH ont œuvré pendant toute l'année 1999 pour permettre la construction d'un immeuble regroupant les trois structures sur un site unique.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Aquitaine



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
 - Cité administrative - 2, rue J. Ferry - BP 952 - 33063 - BORDEAUX CEDEX
 - Tél : 05 56 24 80 80
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - Immeuble Grand Angle - Les bureaux Bordeaux Lac I
 - Avenue Périer - 33525 - BRUGES CEDEX
 - Tél : 05 56 11 20 20
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - Annexe de la Préfecture - 46, rue Ferrère - 33000 BORDEAUX
 - Tél : 05 56 79 16 93
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - DORDOGNE : Cité administrative - 24016 PERIGUEUX CEDEX
 - Tél : 05 53 02 27 27
 - GIRONDE : Quartier de l'hôtel de ville - Terrasse du Maréchal Koenig
 - BP 922 - 33062 BORDEAUX CEDEX
 - Tél : 05 56 90 88 88
 - LANDES : Cité Galliane - BP 329 - 40011 MONT-DE-MARSAN CEDEX
 - Tél : 05 58 46 63 63
 - LOT-ET-GARONNE : Cité administrative St Jacques - 1633, av. du Maréchal Leclerc
 - 47916 AGEN CEDEX 09
 - Tél : 05 53 69 39 39
 - PYRÉNÉES-ATLANTIQUES : Cité administrative - Bd Tourasse - BP 1604
 - 64016 PAU CEDEX
 - Tél : 05 59 92 51 79

AUVERGNE

► **Retour au sommaire**

Plus de 5 000 citoyens prennent la parole

Les États généraux de la santé ont été marqués en Auvergne par l'organisation de cinq actions générales dont un forum national, sept actions d'initiatives régionales et trente-sept initiatives locales. 5 300 personnes environ ont participé à ces échanges. Parmi les thèmes traités, celui du dépistage du cancer a été l'occasion pour les usagers de revendiquer davantage d'humanisation et de transparence de l'information.

Outre l'organisation de la conférence régionale de santé ou la préparation du programme régional d'accès à la prévention et aux soins, un programme régional de santé (PRS) sur l'alcoolisation excessive a été élaboré. Un état des lieux du dispositif de lutte contre le VIH et l'hépatite C préalable à la redéfinition des stratégies a été dressé et le schéma de la transfusion sanguine révisé.

Sur tous les fronts de la prévention

Les actions de prévention ont porté sur l'environnement avec, en particulier, des actions menées auprès des producteurs de fromage pour améliorer la qualité de l'eau qu'ils utilisent, le contrôle des établissements thermaux et la poursuite, pour préserver la qualité des eaux dans cette région agricole, de la mise en place de périmètre de protection des captages.

La politique de prévention a également concerné la lutte contre les maladies transmissibles (seize foyers de toxi-infections alimentaires, huit cas de méningite), la lutte contre les pratiques addictives (préparation et mise en place de conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie, ouverture d'une structure d'accueil dans l'Allier). Des actions d'information sur le saturnisme ont en outre été développées.

En matière de sécurité sanitaire, environ 6 000 interventions (pour trois départements) ont été réalisées par le service de la santé environnementale. Une cellule de veille sanitaire a été mise en place dans le Cantal.

Les grandes orientations du dispositif hospitalier

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) a été arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation le 31 mars 1999 pour l'accueil et le traitement des urgences et le 15 septembre pour les autres volets. Le SROS est axé sur l'accessibilité des soins et concerne les priorités de santé : périnatalité, cancer, maladies cardio-vasculaires, prise en charge des personnes âgées. Il traite également de la qualité des prises en charge : lutte contre la douleur, soins palliatifs, lutte contre les infections nosocomiales, développement de la chirurgie ambulatoire et de la médecine interne. Il privilégie le réseau comme mode d'organisation du dispositif hospitalier.

Les grands axes d'une politique visant à favoriser la réflexion sur les questions liées à l'emploi hospitalier ont été arrêtés en 1999, dans la perspective de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail à l'hôpital.

Investir pour les jeunes et les personnes âgées

Les DDASS se sont particulièrement engagées en faveur des personnes en situation d'exclusion avec, entre autres, l'insertion de jeunes en difficulté dans des chantiers de jeunes volontaires ou la mise en œuvre de vacations dans les missions locales de la Haute-Loire pour apporter un soutien psychologique aux jeunes. Une étude sur l'accès aux soins des jeunes en difficulté a été réalisée et le schéma régional des formations sociales a été lancé.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	1 308 878 (19)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	10,1
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	24,7
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	11,5
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	42
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,7
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	110
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	66
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	92,87
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	17,00
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	10,75
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	4,19
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	4,04
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	9
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	27,1
Nombre de points de baignade contrôlés	90
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	5 859

Afin d'améliorer la prise en charge des problèmes de santé des personnes âgées, 38 places de service de soins infirmiers à domicile et 113 lits de section de cure médicale ont été créés dans le Puy-de-Dôme.

Dans l'Allier, des actions d'aide et d'appui à la fonction parentale ont également été conduites.

Développer l'activité des femmes en milieu rural

Un guide d'accompagnement à la création d'activités en milieu rural dans le cadre du projet communautaire NOW (New Opportunities for Women) a été élaboré. Il contient notamment des informations sur les conditions d'agrément pour accueillir des enfants, des personnes âgées ou handicapées à domicile et présente une palette de métiers liés au tourisme rural : fermes équestres, campings...

La délégation régionale a organisé deux séminaires (en avril et en juin 1999) sur le statut des conjointes de travailleurs indépendants afin de dresser un état des lieux de la situation de ces femmes qui participent à l'activité économique mais qui, du fait de

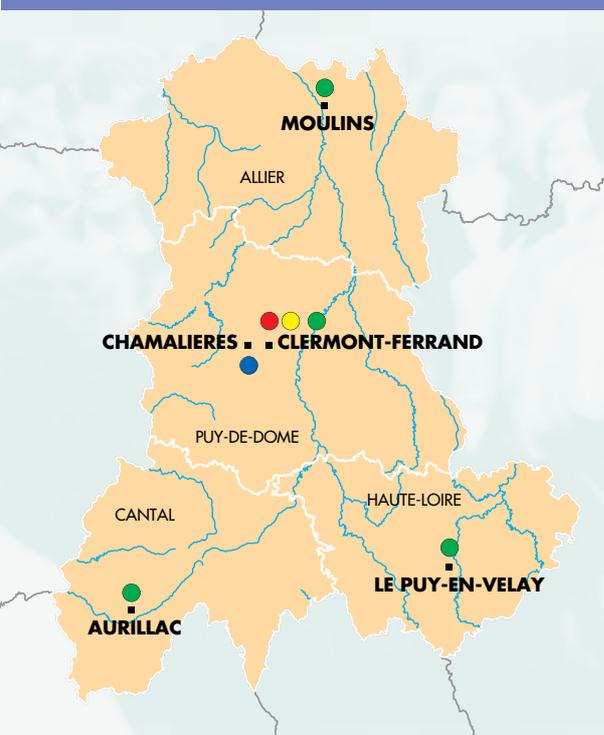
contraintes financières, ne se constituent pas de droits propres, notamment en matière de retraite. Ces séminaires ont également permis de présenter les différents statuts possibles afin de sensibiliser les travailleurs indépendants et d'offrir des perspectives de comparaison européenne.

Un film vidéo sur l'évolution de la législation en matière de violences conjugales à destination des gardiens de la paix stagiaires dans le cadre de leur formation initiale a par ailleurs été réalisé.

L'évaluation des organismes de sécurité sociale

Le Comité régional d'examen des comptes et des organismes de sécurité sociale (COREC) a procédé à 21 contrôles approfondis avec la Trésorerie générale et à quatre contrôles de suivi et de conformité. La DRASS a également évalué l'exécution, par les organismes de sécurité sociale, des conventions d'objectifs et de gestion pour les branches famille et maladie et a procédé à une enquête concernant une mutuelle et dont le rapport a été transmis à la commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Auvergne



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
 - Cité administrative - Bât P - rue Pélissier - 63034 - CLEMONT-FERRAND CEDEX
 - Tél : 04 73 60 90 00
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - Centre Beaulieu - 37, boulevard Berthelot - 63407 CHAMALIERES CEDEX
 - Tél : 04 73 31 94 94
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - 12, rue George Clémenceau - 63000 CLERMONT-FERRAND
 - Tél : 04 73 93 28 82
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - ALLIER : 4, rue Refembre
BP 1661 - 03016 - MOULINS CEDEX
Tél : 04 70 48 10 00
 - CANTAL : 1, rue du Rieu
15000 - AURILLAC CEDEX
Tél : 04 71 46 83 00
 - HAUTE-LOIRE : 8, rue de Vienne
BP 315 - 43011 LE-PUY-EN-VELAY CEDEX
Tél : 04 71 07 24 00
 - PUY-DE-DOME : 1, rue d'Assas
63033 CLERMONT-FERRAND CEDEX
Tél : 04 73 98 63 63

BOURGOGNE

► **Retour au sommaire**

Santé publique : une large concertation

Santé des jeunes, soins palliatifs, périnatalité, Organisation des soins hospitaliers étaient au programme des États généraux de la santé en Bourgogne, qui ont notamment mis en lumière les attentes des usagers en matière de prévention, d'information, de prise en charge plus humaine, de qualité du dialogue avec le corps médical. Pour sa part, le Jury de la 4^{ème} conférence régionale de santé, tenue en décembre, a souhaité que les actions menées à la suite de ces conférences s'intègrent dans des politiques pérennes. Il convient de souligner qu'en matière de périnatalité, qui a fait l'objet du premier programme régional de santé, la Bourgogne a réduit son taux de mortalité de 8/1 000 en 1992 à 6,1/1 000 actuellement, passant ainsi du 14^{ème} au 2^{ème} rang des régions françaises.

Radon, plomb, arsenic...

Dans le Morvan, 27 000 plaquettes d'information sur le radon ont été diffusées, dans le cadre d'une étude réalisée en partenariat avec l'université. Deux autres études ont été lancées concernant le plomb dans les poussières et la vulnérabilité des nappes d'eau souterraines. Dans l'Yonne, c'est une recrudescence des plaintes concernant l'habitat qui a conduit la DDASS à réaliser un bilan sur le parc d'immeubles déclarés insalubres. En Côte-d'Or, dans le cadre du pôle de compétence sur la sécurité alimentaire, la DDASS a réalisé une plaquette d'information sur les obligations des professionnels de la restauration et participé à la gestion de plu-

sieurs crises sanitaires (dioxine, listériose...). Elle a également mené une étude sur les liens entre les problèmes d'agressivité et les teneurs en arsenic des eaux de consommation et participé à une action de surveillance de la plombémie chez des enfants résidant à proximité d'une entreprise polluante.

En Saône-et-Loire, la poursuite des diagnostics de présence d'amiante, la lutte contre le bruit, la mise aux normes des décharges figurent parmi les actions notables, tandis que la Nièvre s'est particulièrement investie dans l'élaboration d'un guide technique sur les périmètres de protection des captages.

Une démarche spécifique pour préparer l'accréditation des établissements

Le plan de contrôle régional de sécurité sanitaire, adopté en 1997 pour trois ans, a été exécuté. Il porte notamment sur la sécurisation des greffons, les laboratoires publics d'analyse de biologie médicale, la sécurité anesthésique, la transfusion sanguine et les infections nosocomiales. Des postes supplémentaires d'anesthésistes, d'infirmiers, de secrétaires médico-sociales ont été créés pour renforcer certains services. Le comité régional de lutte contre les infections nosocomiales s'est doté d'un site Internet destiné à permettre à tous les établissements de mettre en commun des procédures de soins. Enfin, pour encourager les établissements à entrer dans la démarche d'accréditation, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Bourgogne a lancé une démarche spécifique privilégiant la qualité, s'appuyant sur un outil d'auto-diagnostic qualité et prévoyant l'attribution d'un prix " qualité-santé ".

Le schéma régional d'organisation sanitaire met l'accent sur la coopération

Le deuxième SROS bourguignon a été arrêté le 12 octobre 1999 par le directeur de l'ARH. Construit selon quatre principes directeurs - la coopération, la qualité, l'information et la prévention -, il fixe dix domaines prioritaires dont cinq disciplines (la chirurgie, la médecine polyvalente, la périnatalité, la réanimation et les soins intensifs de cardiologie, l'insuffisance rénale chronique), quatre thèmes de santé publique (l'alcoolisme, les personnes âgées, les soins palliatifs, la douleur) et un territoire : la Bourgogne centrale. Cette zone, peu peuplée et dans laquelle la proportion de personnes âgées atteint 30 %, pose des problèmes particuliers d'accès aux soins. Des moyens spécifiques vont y être développés : réseaux de soins, mesures innovantes pour promouvoir la santé (services à la population, communautés locales de santé, agents de santé) et renforts techniques (transports, télémédecine, téléalarme...).

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	1 610 067 (16)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	11,1
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	25,2
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	10,8
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	62
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,9
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	103
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	65
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	69,67
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	16,11
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	7,64
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,56
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,84
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	9
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	23,4
Nombre de points de baignade contrôlés	83
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	3 650

En 1999, la recomposition hospitalière s'est fortement accélérée dans la région avec le début de la mise en place de neuf pôles sanitaires de coopération, qui regroupent un total de 105 établissements de santé publics et privés et représentent des zones privilégiées de recomposition de l'offre de soins, aboutissant à la mise en œuvre de véritables filières de soins intégrant les secteurs hospitalier, ambulatoire et social. Deux fusions, de nombreuses opérations et conventions de coopération, ainsi que la création de neuf syndicats interhospitaliers ont abouti. Des regroupements de plateaux techniques ont été amorcés entre hôpital et clinique. Quatre maternités, dont trois privées, ont été fermées.

Des capacités accrues dans les établissements médico-sociaux

Les moyens nouveaux attribués en 1999 à la Bourgogne ont permis la création de 231 places de section de cure médicale et de 113 places en service de soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées. Pour les personnes handicapées, 29 places de foyer à double tarification pour les adultes handicapés lourds dont 20 pour les personnes autistes, 20 places de service d'éducation spéciale et de soins à domicile et 37 places de centre d'aide par le travail ont été ouvertes. Enfin, 26 places supplémentaires ont été créées dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale. La Bourgogne a accueilli 465 personnes déplacées du Kosovo dont 217 pour le seul département de Saône-et-Loire. La moitié de ces personnes se trouvaient encore dans la région au 31 décembre 1999.

Exclusion : connaître toutes les aides financières

Les premiers travaux des commissions de l'action sociale d'urgence (CASU) se sont traduits par la mise au point d'un imprimé unique et ont donné lieu

à des réflexions sur la mise en place de commissions délocalisées et de procédures d'urgence. La mobilisation des départements de la région s'est également manifestée par l'élaboration d'un guide des aides financières dans l'Yonne complétée par la création d'un site Internet, par la réalisation d'un CD-Rom pour les guichets polyvalents en Côte d'Or, d'un cahier des charges organisant les guichets polyvalents et d'un guide des dispositifs en Saône et Loire, ou encore par la signature d'une charte relative aux dettes téléphoniques dans la Nièvre.

Diversifier l'orientation professionnelle des femmes

La délégation régionale aux droits des femmes a pris l'initiative de la création d'un module de formation intitulé " pour une plus grande mixité des emplois techniques qualifiés ". L'objectif est de former les acteurs de l'entreprise à l'égalité professionnelle. Par ailleurs, la délégation anime et finance, avec le rectorat, le " carrefour des carrières au féminin " qui permet aux jeunes filles, en début d'année scolaire, de rencontrer des femmes exerçant dans des métiers non traditionnels.

Une évaluation des conventions d'objectifs et de gestion (COG) très positive

L'évaluation des COG a montré, d'une part, l'investissement des directeurs des Caisses dans la démarche par objectifs et leur souci de répondre au mieux à l'évolution des missions de l'assurance maladie, cela se traduisant par l'ouverture d'un dialogue constructif que le contrôle traditionnel ne permettait pas. Elle a montré d'autre part, la capacité d'adaptation des personnels des services déconcentrés à l'exercice d'évaluation, qui nécessite un sens des relations avisé, comportant à la fois confiance et rigueur.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Bourgogne



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
• 11, rue de l'Hôpital - BP 1535 - 21035 - DIJON CEDEX
Tél : 03 80 44 30 00
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
• Tour Mercure - 13, avenue Albert I^{er} - 21 000 DIJON
Tél : 03 80 53 13 00
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
• 23, place de la République - 21 000 DIJON CEDEX
Tél : 03 80 71 28 41
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - CÔTE-D'OR : 16/18, rue Nodot - BP 1541 - 21035 DIJON CEDEX
Tél : 03 80 40 21 21
 - NIÈVRE : 11, rue P-Emile Gaspard - BP 844 - 58019 NEVERS CEDEX
Tél : 03 86 60 52 00
 - SAÔNE-ET-LOIRE : Cité administrative - 24, bd Henri Dunant - 71025 MACON CEDEX
Tél : 03 85 22 56 50
 - YONNE : 25, avenue Pasteur - BP 49 - 89011 AUXERRE CEDEX
Tél : 03 86 51 80 00

BRETAGNE

► [Retour au sommaire](#)

La DRASS et les DDASS sites pilotes de la modernisation du service public

Les services de l'État en Bretagne se sont efforcés de mutualiser leur activité dans un cadre inter-départemental. A cette fin a été constituée une équipe régionale de santé publique, comprenant une douzaine de professionnels des services déconcentrés (inspecteurs, médecins, infirmières, assistantes sociales...). Cette équipe pluridisciplinaire pilote techniquement les actions de santé publique correspondant aux huit priorités régionales et coordonne la mise en œuvre des quatre programmes régionaux de santé. L'existence de cette équipe permet en outre une gestion cohérente des différents crédits affectés aux actions de santé publique.

En outre, la Bretagne, qui avait été retenue, en 1998, parmi les trois régions chargées d'expérimenter un nouveau dispositif d'allocation de ressources, a poursuivi l'exercice en 1999. A ce titre, une approche globalisée a été mise en œuvre pour répartir les postes et les crédits et des outils partagés de gestion ont été élaborés.

Davantage de contrôles dans les établissements

La mission régionale et interdépartementale d'inspection et de contrôle des établissements (MRIICE) a été constituée en 1999. Elle a rapidement défini un plan régional et départemental de contrôle et constitué un corps de doctrine sur la

fonction d'inspection en service déconcentré. Le nombre des contrôles effectifs s'est accru à la fois par une augmentation de la fréquence et par une diversification des champs de contrôle. Le programme de contrôle "sécurité sanitaire" mis au point conjointement par la DRASS et l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a mis l'accent sur la sécurité anesthésique et la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements publics et privés. Les contrôles ont été suivis d'un accompagnement financier de l'ARH pour la mise aux normes des matériels ou les recrutements techniques. Le programme de lutte contre les infections nosocomiales, l'amélioration des conditions de travail, la mise aux normes en matière de sécurité contre l'incendie ont également bénéficié de tels accompagnements.

Renforcement du dispositif de réponse à l'urgence

Le directeur de l'ARH a arrêté le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) en juillet 1999, après avoir consulté près de 1 800 partenaires (élus, professionnels, usagers). Le volet "urgences", qui constitue l'une des priorités du SROS, a été mis en œuvre dès 1999, dans un souci d'accessibilité et de sécurité. Les dossiers d'autorisation pour la répartition des sept sites d'accueil (SAU), des 18 unités de proximité (UPATOU) et des 20 unités de transport médicalisé (SMUR) ont été préparés. Le dispositif de régulation, d'accueil et de traitement ainsi configuré tente d'assurer une complémentarité entre l'ensemble des établissements publics et privés et la médecine de ville.

Complémentarité accrue dans l'offre de soins

Les opérations de restructuration de l'offre de soins se sont poursuivies tout au long de l'année avec, entre autres, la fermeture de l'hôpital des Armées de Lorient (150 lits) et la dévolution du site et des activités au Centre hospitalier de Bretagne Sud (Lorient-Hennebont), la fusion des centres hospitaliers de Vannes et d'Auray pour constituer le nouveau Centre hospitalier de Bretagne Atlantique, le rapprochement du centre hospitalier et de la clinique de Guingamp qui permet d'optimiser l'utilisation du plateau technique de l'hôpital, la progression vers la constitution d'un pôle femme-enfant sur le Centre hospitalier de Saint-Malo, le projet de création d'un institut de cancérologie sur Rennes par coopération entre le centre de lutte contre le cancer, le Centre hospitalier universitaire et la clinique de la Sagesse.

Des communautés d'établissements ont été mises en place sur la moitié des secteurs sanitaires. À Quimper, le programme d'action de la communauté

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	2 906 197 (7)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	11,9
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	19,3
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	10,1
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	88
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,2
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	109
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	67
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	70,15
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	19,19
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	8,56
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,68
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	4,40
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	4
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	21,6
Nombre de points de baignade contrôlés	542
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	2 175

s'étend aux thèmes des urgences, du suicide, de la cardiologie et de l'urgence médicale ; il comporte également des projets de réseaux en cancérologie, soins palliatifs et périnatalité. Dans les Côtes-d'Armor, l'ensemble des établissements concernés et les acteurs de la naissance sont associés dans un réseau de périnatalité agréé par l'ARH en 1999.

Planifier l'action médico-sociale

L'année 1999 a vu aboutir la volonté de structurer l'action autour de schémas synthétisant et anticipant les décisions à venir. C'est ainsi qu'ont été élaborés les schémas régional et départementaux de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées (2000-2005), qui ont dégagé les orientations pour la prise en charge des handicaps en Bretagne, le schéma régional de formation des professions éducatives et sociales, qui anticipe les évolutions démographiques et les adaptations attendues des instituts de formation, le plan quinquennal pour l'accueil des adultes handicapés, qui prévoit la création de plus de 700 places nouvelles d'ici 2003.

La mise en œuvre de la loi contre les exclusions a été concrétisée par l'élaboration du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), qui devrait permettre une mise en réseau plus efficace des professionnels, par la mise au point des schémas d'accueil, d'hébergement et d'in-

sertion des personnes défavorisées et par la préparation de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle.

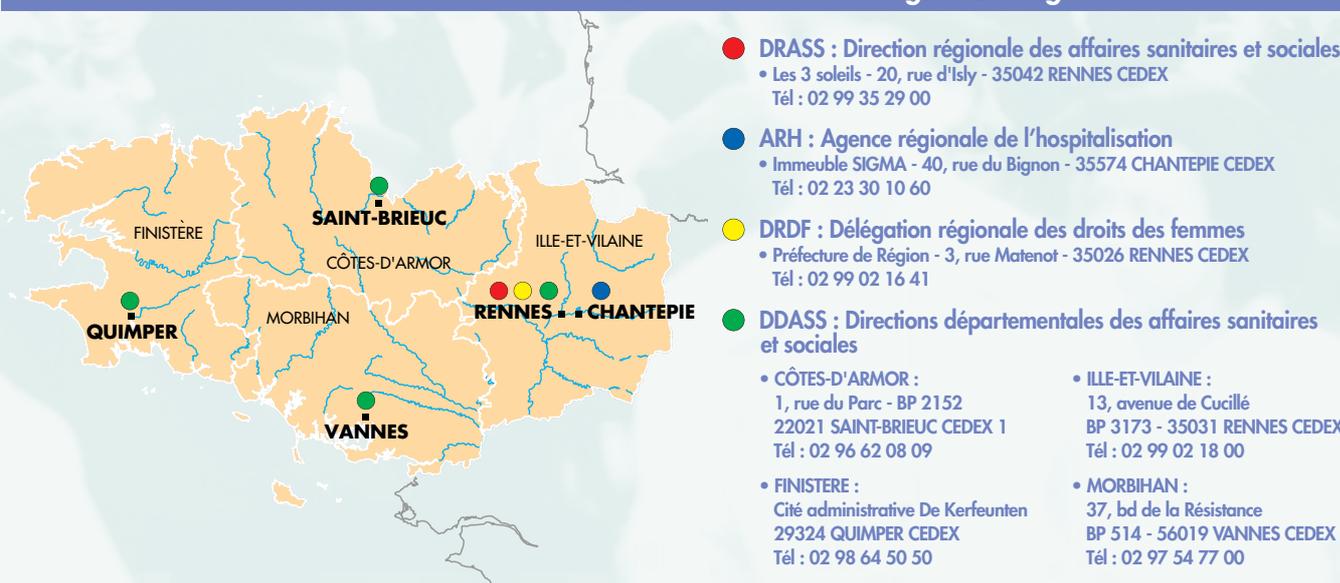
Pour la première fois en Bretagne, les travaux autour du schéma des services collectifs sanitaires ont permis d'insérer dans le contrat de plan entre l'État et la Région des actions relatives à la santé et à l'action sociale autres que celles concernant les établissements pour personnes âgées.

Une plate-forme contre les violences faites aux femmes

Le 8 mars 1999, une plate-forme contre les violences faites aux femmes a vu officiellement le jour en Ille-et-Vilaine. Elle organise, à titre expérimental, quatre actions : une campagne d'information, une fiche statistique qui servira d'outil d'évaluation et d'observation, un numéro d'appel unique, une formation pour les partenaires de la plate-forme. Ces derniers ont décidé de s'unir pour proposer une réponse coordonnée et pertinente dans un souci de complémentarité : hébergement, soins, accompagnement...

La délégation régionale a, par ailleurs, participé au financement de la construction d'une médiathèque au Centre pénitentiaire de Rennes, qui accueille des femmes pour de longues peines. Ce chantier s'inscrit dans une logique de formation, notamment aux nouvelles technologies, proposée aux détenues.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Bretagne



CENTRE

► **Retour au sommaire**

Renforcer les actions de santé publique

Soixante-dix manifestations ont été organisées en région Centre, de janvier à mars 1999, dans le cadre des États généraux de la santé. Elles ont permis de recueillir l'expression des usagers et, sur la base des travaux du jury citoyen, de formuler des propositions de nature à améliorer la place de l'utilisateur dans le système de santé. Deux forums sur le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) ont permis de mesurer l'attachement du public à une offre de proximité mais aussi à la qualité des soins.

La mise en œuvre et le suivi des priorités définies par la conférence régionale de santé de 1998 ont été assurés, notamment par le biais des programmes régionaux de santé (PRS) "accès aux soins des plus démunis" et "handicap et dépendance". Dans ce cadre, la DRASS a soutenu et participé à des actions s'inscrivant dans le cadre de ces programmes : carrefour médico-social régional, création d'un journal destiné aux professionnels des champs sanitaire et social sur le thème de la précarité, service d'aide aux malades mentaux.

Les travaux d'élaboration du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ont également constitué un élément majeur de l'action menée en 1999. Une analyse de l'existant ainsi qu'un diagnostic sur la situation de chaque département en matière de prévention et d'accès aux soins des plus démunis ont été réalisés. Trois objectifs généraux ont été identifiés :

- mieux communiquer avec les publics concernés pour qu'ils deviennent acteurs de la santé ;
- adapter l'offre de soins aux besoins des personnes les plus démunies ;
- renforcer l'offre de services en réponse à des besoins identifiés et mener une démarche d'évaluation.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	2 440 329 (9)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	11,7
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	24,4
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	9,9
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	72
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	3,9
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	97
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	64
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	71,29
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	14,88
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	9,19
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,17
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,97
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	10
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	24,8
Nombre de points de baignade contrôlés	64
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	3 447

Trente objectifs opérationnels composent par ailleurs ce programme, dont la déclinaison départementale sera assurée à partir de 2 000.

Faire face à la sous-médicalisation

La région Centre, dont la démographie est marquée par un taux de vieillissement sensiblement plus élevé que la moyenne nationale, dispose d'une densité de médecins et d'un taux d'équipements hospitaliers parmi les plus faibles de France. Les hôpitaux des huit principaux centres urbains manquent de spécialistes, en particulier en anesthésie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie, alors qu'ils assurent 82 % de l'activité hospitalière publique.

C'est dans ce contexte qu'a été arrêté, le 28 janvier 1999, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) de psychiatrie, qui s'emploie prioritairement à réorganiser la psychiatrie du Cher, à redistribuer les ressources au profit de deux secteurs déficitaires (Eure-et-Loir, Loiret), à conforter la présence psychiatrique aux urgences des hôpitaux généraux et à renforcer la prise en charge des adolescents. Le SROS général a été arrêté le 15 juillet et développe prioritairement des opérations de coopération inter-hospitalière.

En 1999, les opérations de recomposition hospitalière se sont traduites par la création de six communautés d'établissements (une par secteur sanitaire) pour mettre en commun un certain nombre de services médicaux, médico-techniques et logistiques, par une quinzaine d'opérations de regroupements entre établissements et par la montée en charge opérationnelle de plusieurs réseaux (urgences, oncologie, périnatalité, cardiologie, infections nosocomiales, diabète, hépatite C, mucoviscidose, coordination gérontologique).

La sécurité sanitaire : une préoccupation constante

Entre 1997 et 1999, les considérations de sécurité sanitaire ont conduit l'Agence régionale de l'hospitalisation à suspendre puis à fermer l'activité chirurgicale du centre hospitalier de Pithiviers ainsi que l'activité gynéco-chirurgicale de deux cliniques privées de Châteaurox (Indre).

Le plan régional de contrôle et d'inspection pour l'exercice 1999 a amplifié la mobilisation des services déconcentrés en matière de sécurité sanitaire notamment dans les domaines de l'anesthésie-réanimation, de la stérilisation des matériels invasifs, de l'organisation des services de garde dans les établissements publics de santé ainsi que de lutte contre les infections nosocomiales.

Par ailleurs, les services santé-environnement des DRASS et DDASS ont mené, en liaison avec les préfetures, une campagne d'information et de prévention sur les risques sanitaires sur les lieux de baignade. Dans le même ordre d'idées, la DRASS a pris la responsabilité du groupe de travail "effets de la pollution atmosphérique

sur la santé" dans le cadre de l'élaboration du plan régional de la qualité de l'air.

Dans le domaine des vigilances, le thème du bon usage du médicament a conduit l'Inspection Régionale de la Pharmacie à contrôler en 1999 plus du tiers des pharmacies hospitalières publiques ou privées et des officines de la région.

L'année 1999 a également vu se concrétiser, sous l'égide de la cellule régionale d'hémovigilance, la constitution d'un véritable réseau dédié à cette préoccupation avec une animation des comités de sécurité transfusionnelle. Cette cellule, nouvellement créée, a pu, dans ce contexte, mener une inspection systématique de tous les sites transfuseurs, renforcer la sensibilisation des personnels et engager une évaluation des procédures de vigilance mises en œuvre.

Enfin, le domaine des urgences a fait l'objet d'une attention particulière, un effort financier étant consenti au profit des établissements sous-encadrés ou sous-équipés.

Près de 6 000 jeunes aidés pour le retour à l'emploi

Dans une région qui accuse d'importantes disparités sociales, la lutte contre les exclusions a fortement mobilisé les services. La constitution des commissions de l'action sociale d'urgence (CASU) a permis la création de dispositifs d'aide coordonnés, avec utilisation d'un imprimé unique par tous les partenaires, élaboration et actualisation de répertoires départementaux des aides et mise en réseau des guichets d'accueil. Les délais de mise en place des commissions ont été particulièrement brefs. Dans l'Eure-et-Loir, par exemple, 22 partenaires avaient signé la convention de constitution dès novembre 1998, le formulaire unique de demande d'aide a été diffusé en mars 1999, la charte de « fonctionnement » signée en juillet, le catalogue des aides a suivi rapidement et 39 guichets polyvalents ont été ouverts pour recevoir les demandes d'aides pour l'ensemble du département.

Autre dispositif de la lutte contre les exclusions, le Fonds d'aide aux jeunes (FAJ) a permis d'apporter à 5 965 jeunes de la région une aide concrète pour faciliter leur insertion sociale et professionnelle.

L'Appui social individualisé a concerné 1 600 personnes en très grande difficulté pour les accompagner dans leur retour vers l'emploi. Dans l'Indre-et-Loire, la mise en œuvre partenariale de ce dispositif a conduit à la signature d'une charte entre financeurs, prescripteurs et partenaires associatifs.

Le PRAPS a permis la réalisation d'actions de santé très concrètes au bénéfice des publics confrontés à l'exclusion, en particulier celles menées par les missions locales de Bourges (Cher) et de Dreux (Eure-et-Loir).

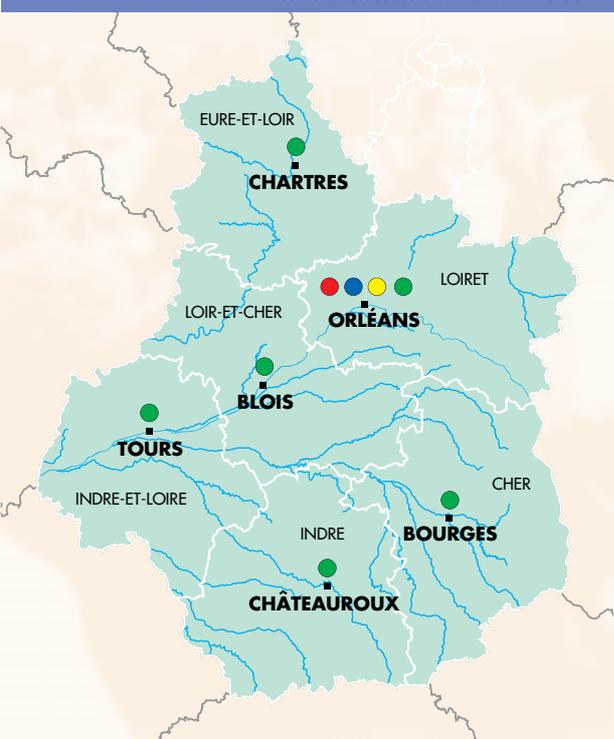
Innover en matière d'insertion sociale et professionnelle des femmes

Une action a été conduite en direction des femmes chefs de famille, qui ont disposé d'un accompagnement individualisé et ont suivi un module d'orientation sous forme d'atelier pendant six mois, dans l'objectif de bénéficier d'un stage, d'une action qualifiante ou d'un emploi.

La délégation régionale a également mis en place, en partenariat avec différents locaux, un dispositif d'accompagnement pour les femmes bénéficiaires de l'allocation de parent isolé (API) afin de les engager dans une démarche de retour à l'emploi ou de formation professionnelle et éviter ainsi le recours au RMI lorsqu'elles n'auront plus droit à l'API.

Enfin, le centre de ressources ANNA, qui rassemble les acteurs du territoire concernés par la création d'activités ou le développement local, a été constitué. Il est destiné à favoriser la prise en compte du rôle social des femmes, à accompagner et à appuyer les créatrices dans leurs projets, à consolider les démarches d'auto-emploi et à pérenniser les activités par une formation adaptée aux besoins et aux caractéristiques du territoire.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Centre



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
• 25, bd Jean Jaurès - 45044 ORLÉANS CEDEX 1
Tél : 02 38 77 47 00
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
• 37 bis, quai de Prague - 45074 ORLÉANS CEDEX 2
Tél : 02 38 56 99 00
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
• Préfecture du Loiret - 181, rue de Bourgogne - 45042 ORLÉANS CEDEX
Tél : 02 38 81 40 48
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - **CHER** : 4, bd de l'Avenir
18023 - BOURGES CEDEX
Tél : 0248 23 71 00
 - **EURE-ET-LOIR** : 15, Place de la République - 28019 CHARTRES CEDEX
Tél : 02 37 20 51 70
 - **INDRE** : Cité administrative
Bld Georges Sand - BP 587
36019 CHÂTEAUROUX CEDEX
Tél : 02 54 50 80 00
 - **INDRE-ET-LOIRE** :
Cité administrative Champs Girault
38, rue Edouard Vaillant - BP 4214
37042 TOURS CEDEX 1
Tél : 02 47 60 44 44
 - **LOIR-ET-CHER** : 41, rue d'Auvergne
CS1820 - 41018 BLOIS CEDEX
Tél : 02 54 55 78 79
 - **LOIRET** : Cité administrative Coligny
131, Faubourg Bannier
45042 ORLÉANS CEDEX
Tél : 02 38 42 42 42

CHAMPAGNE-ARDENNE

► [Retour au sommaire](#)

Un public lucide face aux enjeux de la santé

Les États généraux de la santé ont donné lieu à l'organisation de nombreuses manifestations (Charleville-Mézières, Reims, Châlons-en-Champagne, Chaumont, Troyes, Romilly-sur-Seine) et d'une enquête d'opinion auprès de 1 100 personnes. Ces échanges ont permis au public de manifester son intérêt profond pour les questions de santé, son réalisme et sa lucidité face aux enjeux économiques, sociaux et éthiques de la santé. Le développement permanent des actions de prévention, d'information et d'éducation pour la santé a été au cœur des discussions. Les autres thèmes forts ont été les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur, les problèmes de démographie médicale, la politique de dépistage des cancers, les difficultés d'accès aux soins, le droit de " bien vieillir ", la santé et le cadre de vie, la lutte contre le tabagisme.

Sécurité sanitaire : anesthésie et stérilisation

Le plan de contrôle sanitaire a comporté deux volets : des enquêtes de sécurité anesthésique qui ont concerné 11 établissements, et des contrôles de l'activité de stérilisation des dispositifs médicaux. S'agissant de ces derniers, 2 sites ont fait l'objet d'un contrôle approfondi à la suite de dysfonctionnements repérés lors d'une première inspection (la majorité des établissements seront contrôlés en 2000).

Les sept priorités du SROS

Arrêté le 22 septembre 1999 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) a retenu sept domaines prioritaires : la réanimation, la périnatalité, la cardiologie, la chirurgie ambulatoire, l'imagerie médicale, la diabétologie, l'insuffisance rénale chronique (les urgences, la cancérologie et les soins de suite ou de réadaptation avaient fait l'objet d'une adjonction au précédent schéma en cours de route).

La recomposition de l'offre de soins a essentiellement pris, en 1999, la forme de projets : élaboration de projets médicaux communs entre les établissements de Charleville-Mézières et de Sedan ainsi qu'entre ceux de Reims et de Vouziers, création d'un pôle sanitaire entre les sites de Reims et d'Épernay, rapprochements entre établissements publics et privés à Épernay, Romilly-sur-Seine, Bar-sur-Aube et Chaumont, constitution sur Reims d'un site hautement spécialisé en cancérologie par regroupement entre le Centre hospitalier régional universitaire, le Centre de lutte contre le cancer et les cliniques privées.

Les services ont également été mobilisés par le reclassement des 120 agents du centre hospitalier des Armées Pierre Bayen à Châlons-en-Champagne, qui a cessé son activité en juillet 1999, ainsi que par la restructuration du pôle de formation paramédicale à Châlons. Le regroupement des deux instituts de formation en soins infirmiers a été confié à la Croix-Rouge Française, qui construit de nouveaux locaux.

Action sociale : le temps du partenariat

Les commissions de l'action sociale d'urgence (CASU) ont souvent pris la forme de commissions locales, comme dans les départements de la Marne et de la Haute-Marne. De nombreux partenaires y ont été associés : État, Conseil général, communes, CAF, ASSEDEC, EDF/GDF, France-Telecom, compagnies des eaux. Ils utilisent un dossier unique de demande d'aide et ont développé plusieurs outils : répertoire des aides ou répertoire socio-administratif, serveur Internet dans l'Aube.

Parallèlement, la mise au point du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) a révélé la prédominance, parmi les problèmes rencontrés au sein des publics précaires, du mal-être, qui se traduit par des troubles de santé mentale et du comportement, et de la santé des jeunes (tabagisme et dépendances, soins bucco-dentaires...). Apparaît également, de façon claire, la nécessité d'un travail en réseau des partenaires du champ sanitaire et du champ social.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	1 342 363 (18)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	12,5
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	20,0
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	9,3
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	43
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,7
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	104
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	55
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	68,68
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	16,86
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	8,66
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	2,60
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,58
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	4
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	30,1
Nombre de points de baignade contrôlés	36
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	4 152

Plus de 300 Kosovars accueillis

La région a accordé une importance toute particulière à l'accueil des personnes réfugiées du Kosovo. 313 d'entre elles ont ainsi été prises en charge, hébergées, soignées et accompagnées. De nombreuses solutions d'hébergement ont été utilisées : centres d'hébergement et de réinsertion sociale, réaménagement de structures collectives, location d'appartements inoccupés du parc social... Cet accueil a toujours reposé sur un partenariat fort entre l'État et le monde associatif. Au 31 décembre 1999, 108 personnes étaient toujours présentes dans la région.

Des actions multiples en faveur des femmes

La journée internationale des femmes de 1999 a été l'occasion de faire participer les jeunes des missions locales de Vitry-le-François et de Châlons-en-Champagne à des activités artistiques : exposition photographique sur le thème des droits des

femmes au cours des 50 dernières années et réalisation d'une vidéo sur " les femmes actives en Champagne ", regroupant des témoignages de femmes sur des métiers traditionnellement considérés comme masculins.

Une réflexion a par ailleurs été développée sur les conditions d'incarcération, débouchant sur un certain nombre d'actions en faveur des détenues, qui représentent 12 % des personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne contre 4 % au niveau national. Celles-ci ont ainsi pu suivre un module théorique (le corps et ses besoins) et un module pratique (connaissance et soins du corps par l'esthétique et l'expression corporelle) afin de lutter contre certaines conséquences de la détention sur leur comportement (apathie, négation du corps...).

Enfin, la délégation régionale a soutenu l'action de la compagnie théâtrale Pas à Pas, qui intervient auprès des malades de l'hôpital de jour de Reims afin de les accompagner, par le jeu théâtral, dans la réappropriation de leur corps.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Champagne-Ardenne



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
 - 7, bd Kennedy - Quartier Verbeau - 51037 - CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE CEDEX
 - Tél : 03 26 66 78 78
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - 16, rue du Lycée - BP 43 - 51006 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE CEDEX
 - Tél : 03 26 21 81 48
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - Préfecture de Région - 1, rue Jessaint - 51 000 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE
 - Tél : 03 26 26 13 10
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - ARDENNES : 18, rue François Mitterand
*08105 CHARLEVILLE-MÉZIÈRES CEDEX
Tél : 03 24 59 72 12
 - AUBE : Cité administrative des Vassales - BP 763
10025 TROYES CEDEX
Tél : 03 25 76 21 00
 - HAUTE-MARNE : Centre adm. Départ. - 4, cours Marcel Baron - BP 569
52012 CHAUMONT CEDEX
Tél : 03 25 30 62 00
 - MARNE : Rue de Vinets
51038 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE CEDEX
Tél : 03 26 66 77 00

CORSE

► **Retour au sommaire**

Le renforcement des services de l'État

Décidé par un décret d'octobre 1998, le regroupement au chef-lieu de région de la direction régionale et la direction départementale en une direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud a été physiquement réalisé début 1999. Toute l'année a été nécessaire aux adaptations de structures et à celles des personnes dont les tâches avaient partiellement ou totalement changé. Par ailleurs, un mouvement important de cadres a permis la constitution de l'équipe régionale et la restauration du comité technique régional et interdépartemental (CTRI).

Ce renforcement des services s'est accompagné d'un recentrage de l'action de l'État, qui a été particulièrement intensifiée dans deux domaines : le RMI, avec un encadrement du contrôle et le développement des actions d'insertion, d'une part, la COTOREP et son système d'attribution d'allocation, d'autre part.

Un projet de reconstruction d'un hôpital général à Ajaccio

Le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) a été arrêté en Corse le 16 août 1999 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il porte principalement sur l'organisation, pour les cinq années à venir, de domaines essentiels pour la prise en charge sanitaire dans la région : les urgences, la périnatalité, la cancérologie et les soins de suite. Il prévoit également les principaux axes suivant lesquels l'offre sanitaire contribuera aux politiques de prise en charge gériatrique et aux grandes poli-

tiques de santé publique avec, plus particulièrement, l'accès aux soins des plus démunis.

La recomposition de l'offre de soins a été marquée par la création d'une communauté d'établissements entre les deux centres hospitaliers d'Ajaccio. Conformément à la charte de communauté agréée en mai 1999, le centre hospitalier d'Ajaccio et le centre hospitalier spécialisé de Castelluccio se sont engagés dans une rédaction coordonnée de projets d'établissements et la réalisation d'actions communes, dont la reconstruction du centre hospitalier général sur un nouveau site. À cette fin, un projet d'établissement, déposé en milieu d'année, prévoit une mise aux normes du plateau technique existant afin de permettre un fonctionnement optimal pendant la période nécessaire à la construction d'un hôpital neuf.

L'autre événement important de l'année en matière de recomposition hospitalière a été la fusion du centre hospitalier de Tattone et de l'hôpital local de Corte, qui a donné naissance au Centre hospitalier inter communal Corte-Tattone. La fusion juridique est intervenue le 1er septembre avec la mise en place du Conseil d'administration du nouvel établissement. Les travaux de restructuration du site de Tattone bénéficient d'une subvention au titre du Fonds d'investissement et de modernisation des hôpitaux.

En complément de ces actions de recomposition, les efforts ont porté sur les actions permettant le maintien de structures de proximité ayant rencontré des problèmes récurrents ces dernières années comme l'unité d'obstétrique de la polyclinique du Sud de la Corse ou l'antenne médicale de Calvi.

Les flux de patients entre la Corse et le continent

Action spécifique à la région, une étude approfondie a été poursuivie en 1999 sur les flux de patients entre la Corse et le continent. Après avoir évalué ce flux en 1998, estimé entre 14 000 et 16 000, l'étude s'est poursuivie en 1999 selon deux approches complémentaires. La première vise à identifier et à hiérarchiser les causes de départ sur le continent liées à des raisons sanitaires par l'intermédiaire d'une enquête sur le comportement de la population face au recours aux soins. La seconde repose sur l'exploitation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) afin de dégager une classification des séjours concernés par ces flux en fonction des équipements. Les résultats donneront lieu à un tableau de bord permanent.

Encadrer le RMI et relancer l'insertion

Le rapport parlementaire piloté par M. Glavany et les rapports d'inspections générales faisaient état,

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	260 196 (25)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	10,5
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	20,4
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	10,5
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	16
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	5,2
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	127
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	93
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	30,79
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	9,26
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	6,05
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	0,93
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	2,34
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	2
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	58,8
Nombre de points de baignade contrôlés	207
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	2 430

dans chaque département corse, d'un nombre d'allocataires du RMI deux fois plus élevé que dans les départements ayant un nombre d'habitants comparable. Les services déconcentrés sont alors intervenus pour faire mieux respecter la législation et un chargé de mission à formation juridique a été recruté à cet effet. Ils ont également dû mieux encadrer l'activité de contrôle menée par les caisses d'allocation familiales. Les résultats ne se sont pas fait attendre puisque, fin décembre, le nombre des allocataires avait diminué de près de 20 % par rapport aux 4 080 recensés un an plus tôt. Cette réduction résulte à la fois de la mise en œuvre du contrôle et de la suppression de la prestation aux bénéficiaires refusant ou n'honorant pas le contrat d'insertion.

Cette démarche volontariste de contrôle s'est doublée d'actions pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle des allocataires du RMI. L'insertion constitue en effet le corollaire de l'aide financière. Alors qu'il n'y avait pratiquement aucun contrat d'insertion exploitable fin 1998, environ 870 contrats étaient en cours de validité au 31 décembre 1999. Ce chiffre correspond à 28 % des bénéficiaires du RMI et 21 % de ceux dont l'allocation avait été suspendue.

Un suivi attentif des COTOREP

De la même manière que pour le RMI, le rapport parlementaire constatait « un taux record de bénéficiaires de l'allocation-adulte handicapé (AAH) », notamment en Corse-du-Sud. Au terme du renouvellement des membres de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et de l'équipe technique, les circuits d'attribution des différentes allocations et des cartes d'invalidité ont fait l'objet d'un suivi attentif. Il en est résulté une augmentation du taux de rejet des demandes et une diminution significa-

tive des bénéficiaires de l'AAH, de la carte d'invalidité ainsi que de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

Parallèlement, une réflexion a été lancée sur l'insertion des personnes handicapées en milieu scolaire et dans le monde du travail. Toutefois, ces actions se heurtent au déficit de promoteurs et nécessitent de la part des services déconcentrés un accompagnement parfois quotidien des associations, qui sont confrontées à de multiples difficultés.

Construire des partenariats pour favoriser les droits des femmes

La délégation régionale s'est mobilisée sur plusieurs fronts. Elle a tout d'abord co-financé, pour la troisième année consécutive, la formation de douze femmes conjointes d'artisans. Cette formation qualifiante en comptabilité, informatique et management a permis à ces dernières d'obtenir le brevet de conjointe de collaborateur d'entreprise artisanale (BCCEA) et a contribué à l'informatisation des douze entreprises concernées.

Elle a par ailleurs mis en place un réseau de lutte contre les violences avec les associations d'aide aux victimes, le centre d'information des droits des femmes, les centres d'hébergement et de réadaptation sociale et les services de police. Ce réseau a permis, outre la sensibilisation des acteurs, une augmentation significative du nombre des places d'hébergement.

Enfin, la délégation a participé à l'organisation du Festival du vent qui, en 1999, a regroupé des femmes de tous les pays et de la société civile corse pour réfléchir autour du thème « les femmes font la paix ». Des ateliers ont été organisés sur « femmes et paix », « femmes et formation professionnelle », « femmes, contraception et violence ».

Coordonnées des services déconcentrés de la région Corse



- **Direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse du Sud**
 - 1, rue Colomba - BP 821
 - 20192 AJACCIO CEDEX 4
 - Tél : 04 95 51 40 40
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - 19, avenue de l'Impératrice Eugénie - BP 108
 - 20177 AJACCIO CEDEX 1
 - Tél : 04 95 51 61 91
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
Région CORSE
 - Préfecture de Région - 27, cours Napoléon - BP 401
 - 20188 AJACCIO CEDEX
 - Tél : 04 95 51 70 90
- **DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales**
 - HAUTE-CORSE : Maison des affaires sociales
 - Forum du Fango - BP 67
 - 20289 BASTIA
 - Tél : 04 95 32 98 00

FRANCHE-COMTÉ

► [Retour au sommaire](#)

5 000 Francs-Comtois participent aux États généraux de la santé

Le point d'orgue des États généraux de la santé a été la tenue, en mars à Besançon, d'un forum citoyen sur le thème de la qualité des soins. Les diverses manifestations de tout type qui se sont tenues dans la région ont mobilisé près de 5 000 personnes, professionnels et usagers.

Deux programmes régionaux de santé et trois lignes d'action pour le long terme

La mise en œuvre des deux programmes régionaux de santé élaborés suite aux précédentes conférences régionales de la santé a été poursuivie (dépression et suicide chez les jeunes et les personnes âgées ; handicap et dépendance). La conférence régionale qui s'est tenue en décembre à Vesoul s'est penchée, entre autres, sur la prise en charge des pathologies cancéreuses.

Le schéma des services collectifs sanitaires a permis de poser la problématique de la santé en Franche-Comté, d'en déterminer les enjeux et de proposer des lignes d'action à long terme (20 ans) autour de trois priorités : la prévention, en particulier du mal-être et des conduites addictives, en direction de publics ciblés, l'accès aux soins et la prise en charge du vieillissement.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	1 117 059 (20)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	12,2
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	19,5
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	8,7
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	29
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,4
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	111
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	56
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	63,01
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	16,97
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	11,21
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,45
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	4,05
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	0
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	22,0
Nombre de points de baignade contrôlés	36
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	3 020

Qualité et sécurité

Le plan de contrôle régional et interdépartemental, arrêté en mars, comporte un important volet consacré à la sécurité sanitaire. Ce plan n'a toutefois été que partiellement réalisé, tant dans le domaine sanitaire que dans le secteur médico-social. Parallèlement, le principe de la création d'une mission d'inspection, de contrôle et d'évaluation a été validé.

Dans les hôpitaux, un réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales a été constitué. A l'instigation de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), une cellule régionale d'audit et d'évaluation a été créée. Associant les services de l'État et ceux de l'assurance maladie, elle assure l'unicité du traitement des dossiers, la cohérence méthodologique, la mise en commun de référentiels, la gestion des plaintes, le suivi et la mise en œuvre des recommandations.

Un schéma régional d'organisation sanitaire inscrit dans une logique d'équité

Arrêté le 13 juillet 1999 par le directeur de l'ARH, le SROS s'appuie sur trois principes généraux : l'accessibilité et la prise en charge globale coordonnée, la sécurité et la qualité, l'information du public. Il s'inscrit résolument dans une logique d'équité, l'objectif étant de permettre à tous les Francs-Comtois, quels que soient leur lieu de domicile et leur lieu d'éventuelle hospitalisation, d'accéder à des soins de qualité répondant à leurs besoins. Sept thèmes prioritaires ont été retenus : cancérologie, périnatalité, transplantation et greffes, cardiologie, insuffisance rénale chronique, soins de suite, personnes âgées. La santé mentale et les urgences ont fait l'objet d'un volet spécifique.

Parmi les restructurations importantes intervenues dans l'année figurent la préparation de la fusion - effective au 1^{er} janvier 2000 - des deux centres hospitaliers de Montbéliard (Doubs) et de Belfort (Territoire de Belfort). En Haute-Saône, zone à dominante rurale, il a été décidé de regrouper les hôpitaux de Vesoul et de Lure-Luxeuil, en construisant un nouvel établissement à vocation départementale à Vesoul.

L'ARH a favorisé l'émergence et la structuration de réseaux de soins ; une douzaine existent déjà, qui constituent un réel levier d'adaptation de l'offre hospitalière régionale.

L'observation de la précarité

La mise en place des dispositifs prévus par la loi contre l'exclusion (commissions de l'action sociale d'urgence, comités départementaux de lutte contre les exclusions...) a été menée à bien, selon des modalités variables d'un département à l'autre, allant de la participation des services déconcentrés aux dispositifs jusqu'à l'animation d'un pôle de compétence interministériel par la DDASS du Doubs. Dans le même temps, des travaux régionaux et interdépartementaux ont été réalisés par les pôles sociaux des directions afin de mieux connaître les réalités locales et d'étayer les actions à mener. 18 indicateurs de précarité ont été déterminés, permettant des comparaisons très intéressantes entre les départements de la région.

Les pôles sociaux des services déconcentrés de la région ont également mené une étude approfondie sur le fonctionnement des Fonds d'aide aux jeunes.

Le contrat de plan 2000-2006 entre l'État et la Région a retenu pour l'essentiel l'amélioration de l'accueil dans les structures destinées aux personnes âgées et handicapées. Une attention particulière a été portée à la prise en compte du vieillissement des personnes handicapées dans la région. Ce contrat prévoit par ailleurs la création d'un observatoire social régional.

Faire reconnaître les droits spécifiques des femmes

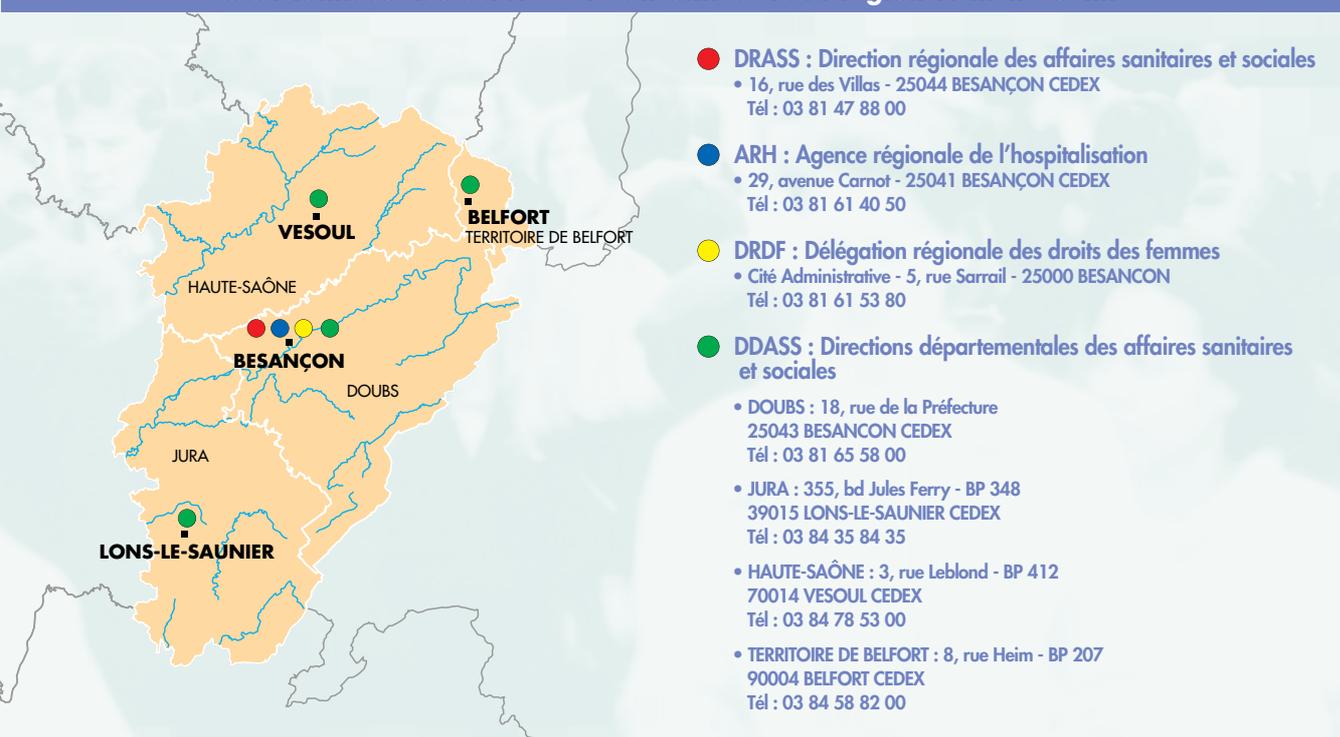
Poursuivant les actions de lutte contre les violences, la délégation régionale a relancé des actions, créé et conforté des partenariats. Ainsi, dans le Doubs, la commission départementale de lutte contre les violences faites aux femmes a été réactivée pour travailler sur les problèmes d'accueil et d'hébergement. Dans le Territoire de Belfort, l'association « Parenthèse à la violence », qui accueille des hommes violents, a poursuivi ses recherches sur ce thème.

La délégation a, par ailleurs, cofinancé un guide pratique qui aborde le problème du statut de la conjointe d'artisan du bâtiment mais également la reconnaissance des femmes dans ce secteur.

La montée en charge des missions d'évaluation

Dans le domaine de la protection sociale, l'expérimentation d'un Comité régional d'examen des comptes (COREC) a été poursuivie. Par ailleurs a été mise en œuvre une procédure novatrice de contrôle des organismes mutualistes associant étroitement la DRASS, les DDASS et la Trésorerie générale.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Franche-Comté



GUADELOUPE

► [Retour au sommaire](#)

Les accidents de la voie publique au cœur des États généraux de la santé

Les accidents de la voie publique ont constitué le thème principal des États Généraux de la Santé en Guadeloupe. Ce fléau représente un problème majeur de santé publique dans le département, qui enregistre annuellement 860 accidents dont 11 % sont mortels (contre 7 % en métropole) et dont les jeunes de 14 à 25 ans sont les premières victimes. 150 cartes d'invalidité sont attribuées chaque année par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) aux victimes d'accidents de la voie publique, ce qui traduit un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %.

La forte participation des citoyens à la quatrième conférence régionale de la santé a révélé, après le succès des États généraux, l'importance de la santé dans les préoccupations quotidiennes. Les deux thèmes retenus étaient les inégalités dans l'accès aux soins des personnes âgées et des personnes handicapées.

Lutte antivectorielle : une année exceptionnellement calme

En 1999, seuls 179 cas de dengue clinique ont été signalés aux autorités sanitaires contre 642 l'année précédente et 933 en 1997. Une grande proportion de cas (42 %) est survenue au cours du dernier trimestre, comme cela est habituel. Le taux de confirmation sérologique a également été

plus faible : 15 % contre 20 à 25 % les années précédentes. La commune de Saint-Barthélemy est particulièrement frappée, représentant un quart des suspicions pour moins de 2 % de la population du département.

Sida, alcool

Le sida reste un problème majeur de santé publique en Guadeloupe avec près de 900 cas depuis le début de l'épidémie. 50 nouveaux cas ont été diagnostiqués en 1999 et 19 décès enregistrés. L'épidémie se caractérise par un nombre important de femmes atteintes, une transmission majoritairement hétérosexuelle, un nombre élevé de personnes arrivant au stade de la maladie sans connaissance antérieure de leur séropositivité. Le programme régional VIH/SIDA 1998-2000 s'est poursuivi, développant en particulier des formations à la sexualité au bénéfice des jeunes et des femmes ainsi que des actions de prévention et de communication, en partenariat avec la caisse générale de sécurité sociale.

Les actions en matière de toxicomanie ont été principalement axées sur l'alcool, qui représente la première toxicomanie du département.

Un schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) sous le signe de l'urgence

Bien que démarrée avec retard, en juin, l'élaboration du SROS a progressé très rapidement et les grandes orientations en ont été arrêtées en novembre 1999 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Le SROS se structure autour de sept thèmes : urgences, périnatalité, psychiatrie, oncologie, hypertension-diabète, soins de suite et de réadaptation. Il est associé à la rénovation de la carte sanitaire et à un redécoupage des secteurs psychiatriques.

Les opérations de restructuration réalisées en 1999 ont essentiellement concerné les cliniques de la région de Pointe-à-Pitre. Les établissements privés, qui représentent 40 % de l'offre totale de soins, ont fait l'objet d'une analyse approfondie de leur situation économique, très défailante. Un plan de redressement global leur est proposé dans le cadre de la restructuration de l'offre de soins.

L'amélioration de la sécurité des soins passe notamment par une remise aux normes des établissements : tel est l'objet de la reconstruction des établissements de Saint-Martin et Marie-Galante, commencée en fin d'année, et de la restructuration en profondeur (incluant le renforcement de la résistance antisismique) du plateau technique du CHU de Pointe-à-Pitre, à l'étude.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	422 496 (23)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	17,2
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	9,5
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	5,8
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	20
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,5
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	75
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	49
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	28,36
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	25,64
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	3,22
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	0,78
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	1,09
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	0
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	115,5
Nombre de points de baignade contrôlés	104
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	176

Faciliter l'accès aux droits et aux lieux de soins

En Guadeloupe, les difficultés d'accès aux soins concernent aussi bien l'accès aux droits que l'accès aux lieux de soins. Ces difficultés engendrent une faiblesse de la prévention et un recours tardif aux soins, souvent en urgence. Elles sont accentuées par des modes de vie ou des comportements à risque (travail précaire, souffrance psychique, problèmes de dépendance) auxquels s'ajoutent actuellement, pour une grande partie de ces publics, des problèmes financiers.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins a donc retenu, entre autres actions, une meilleure connaissance des publics, la promotion des actions de prévention et de leur accessibilité, le développement d'actions spécifiques pour favoriser l'accès aux soins, le développement de l'information et de la formation des professionnels du sanitaire et du social et enfin, l'amélioration de la prise en charge par la mise en place effective de la CMU.

Les dégâts sociaux de Lenny

À la suite des importants dégâts occasionnés par le cyclone « Lenny », la coordination des procédures d'instruction des dossiers d'aide, au nombre de 3 900 en l'occurrence, été renforcée.

Le contrôle social

Un audit a été réalisé dans deux des trois centres d'aide par le travail du département. Il a mis en évidence des difficultés de fonctionnement liées à l'activité commerciale de ces centres. Les services de l'État ont également réalisé un contrôle administratif et financier d'un certain nombre d'associations œuvrant dans les domaines de la lutte contre le sida, de la toxicomanie, de l'alcoolisme, de l'accès aux soins et de la lutte contre les exclusions.

Le rôle des femmes dans l'économie guadeloupéenne

À l'occasion de la journée internationale des femmes, le 8 mars, des ateliers de réflexions sur le rôle des femmes dans la société guadeloupéenne ont abordé cinq thèmes : femmes et famille, femme et violence, femme et pauvreté, femme et économie, femme et pouvoir. Par ailleurs, dans le cadre des forums nationaux organisés par le Centre national d'information des droits des femmes (CNIDF) sur le thème « économie, les femmes prennent l'initiative », une manifestation locale a permis de sensibiliser les partenaires locaux au rôle joué par les femmes dans le développement de nouveaux modèles d'organisation du travail.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Guadeloupe



- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - Immeuble SEMAG - Grand-Camp
 - 97142 LES ABYMES
 - Tél : 05 90 21 55 43
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - Préfecture de Région - Palais d'Orléans - Rue Lardenoy
 - 97109 BASSE-TERRE
 - Tél : 05 90 99 49 55
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - Bisdary
 - 97113 GOUBEYRE
 - Tél : 05 90 99 49 00

GUYANE

► **Retour au sommaire**

Des priorités parmi les priorités

Département qui, en 15 ans, a vu doubler sa population, la Guyane est le plus jeune des départements français (44 % de moins de 20 ans). Avec plus de 11 % de sa population couverte par le RMI, 22,6 % de chômeurs et 60 % d'illettrés, une démographie médicale très déficiente, l'inexistence de structures de prise en charge pour certaines pathologies, la Guyane doit à la fois tenter de combler les nombreux retards et faire face aux besoins nouveaux créés par l'explosion démographique. Dans ce contexte où tout est prioritaire, la DDASS a, en 1999, fait porter ses efforts en matière de santé publique sur la mise en place de consultations d'alcoologie et l'attribution de moyens supplémentaires au comité guyanais de prévention de l'alcoolisme, sur la constitution d'un réseau de prise en charge de la toxicomanie, assortie de la mise en place de conventions justice/santé.

Un deuxième centre médico-psychologique a été créé dans le secteur de psychiatrie adulte et infantile. Pour les plus démunis, ce sont 3 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui ont été mises en place à Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni.

La troisième conférence régionale de santé de la Guyane s'est tenue le 7 décembre 1999, rassemblant plus de 150 personnes. Elle a porté sur les politiques de réduction des inégalités face à la santé et a permis de sensibiliser les professionnels au pro-

gramme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ainsi qu'à la mise en place de la couverture maladie universelle.

Le schéma directeur en eau potable a été achevé en décembre 1999.

Schéma régional de l'organisation sanitaire : un premier exercice

La région Guyane n'avait pas arrêté de SROS en 1994. L'agence régionale de l'hospitalisation a donc commencé par évaluer la situation sanitaire, dégageant trois grandes priorités pour 1999 : la chirurgie, la périnatalité et les urgences.

En matière de restructuration, l'action essentielle a été le rattachement, au centre hospitalier de Cayenne, de l'ensemble des activités de soins jusque là dispensées par les centres de médecine collective, dont l'activité curative a été reprise par l'Etat le 1^{er} janvier 2000.

Des médecins libéraux aux urgences de l'hôpital de Cayenne

Qualité et sécurité des soins sont au premier rang des orientations stratégiques du SROS et sont intégrées dans les conventions d'objectifs et de moyens prévues avec les centres hospitaliers de Cayenne, Saint-Laurentin et Kourou. Le secteur des urgences a été privilégié avec, notamment, un renforcement des moyens en personnels du centre hospitalier de Cayenne. La participation des médecins libéraux à la régulation du centre 15 a été étudiée et il a été envisagé de mettre en place, au sein de l'hôpital de Cayenne, une structure privée pour assurer la partie des urgences qui ne justifie pas un recours aux soins hospitaliers.

L'accès au service hospitalier dans le contrat de plan entre l'État et la Région

La DDASS a participé activement à l'élaboration du contrat de plan entre l'État et la Région et s'est efforcée, dans le cadre du développement durable du territoire guyanais, de promouvoir une amélioration qualitative et quantitative de la desserte en eau potable des populations, le renforcement de l'assainissement notamment pour les communes de l'intérieur, qui connaissent de nombreuses ruptures de service, et l'accès, pour l'ensemble de la population, à un service hospitalier en mesure de répondre aux besoins.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	157 213 (26)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	28,9
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	3,8
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	3,5
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	6
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	3,8
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	45
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	25
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	36,80
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	24,00
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	1,83
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	0,40
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	0,62
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	3
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	100,2
Nombre de points de baignade contrôlés	23
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	129

Deux formes de coopération

Des actions de coopération avec les établissements de santé des Antilles ont été envisagées en particulier dans le domaine de la cancérologie. La Guyane a également développé des coopérations avec les États voisins, notamment le Surinam, à la fois pour tenter de faire diminuer les flux de patients qui se présentent dans les hôpitaux de Saint-Laurent-du-Maroni et de Cayenne et pour apporter, dans la mesure du possible, une aide aux hôpitaux de ce pays.

Les quatre priorités de la lutte contre les exclusions

Le pôle interministériel santé-social-insertion-logement, installé en novembre 1998 par le Préfet, a arrêté quatre objectifs prioritaires pour 1999 dans le cadre de la lutte contre les exclusions, au premier rang desquels figure l'élaboration du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Il s'agit en deuxième lieu de consoli-

der les structures d'urgence et d'insertion sociale, grâce à l'ouverture, le 1^{er} octobre 1999, d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale de 25 places et d'une boutique de solidarité. Le troisième objectif s'attache à conforter le dispositif de formation des travailleurs sociaux ; c'est ainsi qu'a été mis en place l'institut régional de développement du travail social et que les agréments pour les formations d'assistantes sociales et d'éducateurs de jeunes enfants ont été obtenus. Il s'agit enfin d'assurer une meilleure coordination des acteurs institutionnels avec la mise en place de la commission de l'action sociale d'urgence (CASU).

S'agissant de la prise en charge des personnes handicapées, les capacités d'accueil du service d'éducation spéciale et de soins à domicile ont été portées à 12 places pour les déficients auditifs, l'autorisation de création d'un centre d'action médico-sociale précoce a été obtenue et celle concernant l'ouverture d'une antenne du centre médico-psycho-pédagogique à Saint-Laurent-du-Maroni a été sollicitée.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Guyane



- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - 16, rue Schœlcher - BP 696
 - 97305 CAYENNE CEDEX
 - Tél : 05 94 25 49 89
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - Préfecture de la Guyane - Rue Fiedmont
 - 97307 CAYENNE CEDEX
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - 19, rue Schoelcher - BP 5001
 - 97305 CAYENNE CEDEX
 - Tél : 05 94 25 53 00

ILE-DE-FRANCE

► [Retour au sommaire](#)

L'implication des usagers et des professionnels dans la définition des priorités de santé

Plus de 80 réunions publiques tenues, 70 initiatives menées sous l'impulsion d'acteurs locaux (associations, conseils généraux, syndicats, mutuelles, professionnels de santé, caisses d'assurance maladie), les États généraux de la santé ont marqué l'intérêt des citoyens pour les questions de santé. Le 22 novembre, à La Villette, plus de 600 personnes participaient à la quatrième conférence régionale de santé, qui a notamment recommandé l'élaboration d'un programme régional de santé (PRS) " personnes âgées ". Celle-ci a commencé quelques mois plus tard avec plusieurs objectifs : se doter d'outils d'évaluation des besoins, disposer de références reconnues en matière de sécurité et de qualité, mieux prévenir le handicap, lutter contre la maltraitance.

Périnatalité, saturnisme, jeunes en crise : la santé des jeunes mobilise la région

Les PRS en cours de mise en œuvre concernent l'amélioration de la prise en charge coordonnée des malades ayant une consommation excessive d'alcool, la périnatalité, les jeunes en situation de crise, le dépistage et le traitement du saturnisme infantile et la réduction de l'habitat insalubre. Ce dernier problème est particulièrement sensible en Ile-de-France, où seulement 21 % des enfants nécessitant une prise en charge à l'hôpital auraient été dépistés et où 1 enfant dépisté sur 3 est perdu de vue et ne bénéficie d'aucun suivi médical. En 1999, plusieurs avancées ont été enregistrées comme la participation volontaire au contrôle de qualité des laboratoires d'analyse réalisant les plombémies, la diffusion d'une plaquette d'information au grand public et aux 25 000 médecins libéraux, la réalisation d'une cartographie du risque, en collaboration avec la direction régionale de l'équipement. Parallèlement, les DDASS ont mis en œuvre les procédures d'injonction de travaux aux propriétaires et d'exécution d'office en cas de non-réalisation.

La modernisation de l'offre de soins hospitalière francilienne

Le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) a été publié le 23 juillet 1999 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Précédé de réunions conduites dans 25 bassins de vie, il reprend quatre priorités déjà acquises (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, accueil et traitement des urgences, insuffisance rénale chronique) et retient quatre priorités nouvelles : la périnatalité, la cardiologie, la cancérologie et la chirurgie.

La reconfiguration du paysage hospitalier s'est poursuivie autour de quatre axes :

- la délocalisation à Paris ou sa proche banlieue de capacités d'hospitalisation psychiatrique des établissements de Maison-Blanche, Parray-Vaucluse et Moisselles
- la mise en œuvre de fusions ou de rapprochements dans les établissements de Poissy - Saint-Germain, Évry - Corbeil, Neuilly - Courbevoie, Le Raincy - Montfermeil, Saint-Cloud - René Huguenin ainsi que la fermeture de l'hôpital Pasteur à Paris
- l'élaboration du plan stratégique 2001-2004 de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris
- une action vigoureuse de contrôle de qualité des cliniques privées, qui a conduit à l'interruption, en 1999, de l'activité chirurgicale de 19 d'entre elles (soit près de 10 % du total).

En matière de sécurité sanitaire, les contrôles ont porté sur cinq domaines prioritaires : l'anesthésie, la désinfection des endoscopes, les dépôts de produits sanguins labiles, l'aide médicale à la procréation et le diagnostic pré-natal, la stérilisation des dispositifs médicaux.

Le schéma en faveur des personnes handicapées

Ile-de-France s'efforce de résorber son retard en matière de structures d'accueil pour personnes handicapées. Le volet «enfants» du schéma régional a été finalisé : il prévoit de créer 1 450 places sur six ans et sa mise en œuvre dès 1999 a permis de financer 360 places d'accueil. Pour les adultes handicapés, les travaux se sont poursuivis tout au long de l'année. Parallèlement, les négociations pour le contrat de plan 2000-2006 entre l'État et la Région ont abouti à un engagement financier de l'État de 350 millions de francs dont 78 MF pour les personnes handicapées adultes, 45 pour les enfants handicapés et 217 pour les personnes âgées.

Des moyens nouveaux pour répondre à l'urgence sociale

L'année 1999 a été marquée par une consolidation et un développement du dispositif d'hébergement d'urgence : 5 650 places ont été ouvertes en hiver, soit 500 de plus que l'année précédente, et 3 600 places à l'année ont été pérennisées. Les outils d'intervention ont été diversifiés : lieux d'accueil de jour, " Samu sociaux " et équipes de rue, numéro d'appel d'urgence (115) dans chaque département. Le plan triennal de l'hébergement d'urgence préparé en 1999 prévoit de fixer et de mettre en œuvre des exigences de qualité de l'accueil pour les structures d'hébergement, de faire du dispositif d'urgence sociale un outil d'insertion sociale.

Les commissions de l'action sociale d'urgence (CASU) ont été mises en place, les modalités de coordination des aides allouées étant toutefois définies différemment selon les départements.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	10 952 011 (1)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	15,1
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	18,4
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	6,8
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	299
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	5,0
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	118
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	120
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	54,02
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	13,13
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	6,11
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	1,66
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	2,09
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	4
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	29,1
Nombre de points de baignade contrôlés	17
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	2 543

La préparation du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) a débouché sur l'identification de trois priorités :

- développer les actions de prévention et de protection de la santé, notamment en direction des jeunes et des personnes séjournant en habitat précaire
- améliorer le service rendu par l'hôpital aux personnes en situation de précarité
- suivre la mise en œuvre de la CMU, dans une région où l'effet de seuil concernera 4 départements sur 8.

Une implication forte des DDASS dans la dynamique locale

Les diagnostics locaux préparatoires à la négociation des contrats de ville ont mobilisé les DDASS depuis le premier trimestre. Dans plusieurs départements, celles-ci ont assuré le pilotage de groupes de travail, les thèmes relatifs à la santé publique étant majoritairement pris en compte.

L'accueil des étrangers

Confrontée à des flux importants d'étrangers conjoncturels (Kosovars) et structurels (demandeurs d'asile et primo-arrivants), l'Ile-de-France a mis en place en 1999 des dispositifs spécifiques et adaptés. Environ 560 places ont été déployées pour accueillir et accompagner les Kosovars, les DDASS faisant appel à des opérateurs spécialisés, notamment pour faire face aux arrivées sporadiques dans les gares. Les 470 places financées au titre de l'aide sociale pour accueillir les demandeurs d'asile n'ont pas été suffisantes pour répondre aux flux spontanés et plus de 500 personnes ont été accueillies dans le dispositif d'urgence. Par ailleurs, plus de 800 mineurs isolés (et posant des problèmes spécifiques non résolus par le dispositif actuel) sont arrivés à l'aéroport de Roissy.

S'agissant de l'accueil des étrangers autorisés à séjourner en France pour raison familiale, six départements de la région ont,

à l'instar de l'expérience menée en Seine-Saint-Denis en 1998, mis en place une plate-forme d'accueil, permettant d'accueillir de façon plus adaptée près de 4 000 personnes en 1999.

Promouvoir la pédagogie de l'égalité des chances hommes/femmes

La délégation régionale a participé à la création, sur l'initiative du préfet de la région, du réseau AVEC (acteurs/actrices volontaires pour l'égalité des chances), qui vise à former les directions régionales de l'État et les collectivités territoriales à la pédagogie de l'égalité des chances. Les premiers travaux ont débouché sur la publication d'un bulletin d'information et sur l'organisation d'un séminaire axé sur la mise en œuvre concrète de ce principe avec des propositions d'outils d'évaluation et d'indicateurs.

La délégation a par ailleurs organisé, le 28 janvier 1999, une première journée régionale sur le thème des viols et autres agressions sexuelles, qui a rassemblé environ 250 personnes.

Montée en charge de l'évaluation des organismes de protection sociale

Le contrôle des organismes de sécurité sociale et des mutuelles représente une charge de travail importante dans la région : près de 320 entretiens d'évaluation (liste unique d'aptitude), 42 contrôles CODEC, le contrôle de la CANCAVA avec la Cour des Comptes ainsi que celui de deux filiales de la MNEF. Les travaux d'évaluation des conventions d'objectifs et de gestion pour les branches famille et maladie ont permis d'instaurer de nouvelles relations avec les organismes de sécurité sociale.

En matière de contentieux, les 9 tribunaux des affaires de sécurité sociale ont traité 20 000 affaires en 1999 et le tribunal du contentieux de l'incapacité en a traité 11 000. L'amélioration des délais de traitement des dossiers des usagers a été une préoccupation majeure.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Ile-de-France



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
 - 58/82, rue de Mouzaïa - 75935 - PARIS CEDEX 19
 - Tél : 01 44 84 22 22
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - 17/19, place de l'Argonne - 75019 PARIS
 - Tél : 01 40 05 68 90
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - Préfecture Ile-de-France - 138, rue de Grenelle - 75007 PARIS
 - Tél : 01 44 42 62 20
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - **ESSONNE :**
 - Imm. France Evry - Tour Malte
 - Bd de France - 91035 ÉVRY CEDEX
 - Tél : 01 69 36 71 71
 - **HAUTS-DE-SEINE :**
 - 130, rue du 8 mai 1945
 - 92021 NANTERRE CEDEX
 - Tél : 01 40 97 97 97
 - **PARIS :**
 - 75, rue de Tocqueville - 75017 PARIS
 - Tél : 01 58 57 11 00
 - **SEINE-ET-MARNE :** Centre Thiers-Galliéni - 43/51, avenue Thiers
 - 77011 MELUN CEDEX
 - Tél : 01 64 87 62 00
 - **SEINE-ST-DENIS :**
 - 8/22, rue du Chemin Vert
 - 93016 BOBIGNY CEDEX
 - Tél : 01 41 60 70 00
 - **VAL-DE-MARNE :**
 - 30/40, rue St Simon
 - 94010 CRÉTEIL CEDEX
 - Tél : 01 49 81 86 04
 - **VAL-D'OISE :** 2, avenue de la Palette
 - 95011 CERGY-PONTOISE CEDEX
 - Tél : 01 34 25 25 25
 - **YVELINES :**
 - 11, rue des Réservoirs
 - BP 724 - 78007 VERSAILLES CEDEX
 - Tél : 01 30 97 73 00

LANGUEDOC-ROUSSILLON

► [Retour au sommaire](#)

La santé des jeunes : 400 personnes à Montpellier

Les États généraux de la santé ont donné lieu à l'organisation de cinq réunions publiques dans les départements de la région ; le forum citoyen sur le thème de la santé des jeunes a rassemblé 400 personnes à Montpellier et a permis d'enrichir les réflexions de la Conférence régionale de santé et des groupes d'animation des programmes régionaux de santé.

Dans le souci de mieux connaître l'état de santé des jeunes, un observatoire régional d'épidémiologie scolaire a été mis en place, en partenariat avec le rectorat et l'Observatoire régional de la santé.

Mobilisation pour la sécurité sanitaire

Le plan de contrôle régional de sécurité anesthésique a fortement mobilisé les médecins inspecteurs et la conseillère technique en soins infirmiers. La majorité des 65 établissements à contrôler l'ont été en 1999. L'activité des comités de lutte contre les infections nosocomiales a été évaluée. Par ailleurs, le dispositif de formation des infirmiers de bloc a été adapté aux besoins des établissements. Le plan de contrôle de la stérilisation des dispositifs médicaux a abouti à des mises en demeure, voire à des fermetures de services ou d'activité. L'organisation et le fonctionnement des banques de tissus ont également été contrôlés.

En matière de qualité des soins, des progrès ont été réalisés pour améliorer les conditions d'hébergement dans les établissements psychiatriques ; des

lieux de soins ont été créés pour l'hospitalisation des adolescents et des équipes mobiles de soins palliatifs constituées dans chaque secteur sanitaire. Sur le plateau Cerdan (Pyrénées-Orientales), 21 établissements de moyen séjour se sont engagés dans une démarche d'adaptation qualitative sous l'impulsion de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Réduire la mortalité périnatale

La Commission technique régionale de la naissance a été mise en place et a commencé ses travaux dans l'objectif de réduire la mortalité périnatale dans la région. Guide de bonnes pratiques, réseaux d'urgence périnatale, prise en charge précoce, dépistage des risques anténataux figurent parmi ses premières actions concrètes.

Les inondations des 12 et 13 novembre dans l'Aude et les Pyrénées-Orientales

Les services de ces deux départements ont été fortement mobilisés pour faire face aux besoins sanitaires et sociaux de la population. La DDASS de l'Aude a été au centre du dispositif départemental.

Un schéma régional de l'organisation sanitaire décliné sur 14 bassins de santé

La révision du SROS, engagée par l'agence régionale de l'hospitalisation et achevée le 13 juillet 1999, a permis de dégager dix priorités : la périnatalité, la santé mentale, les urgences, la chirurgie ambulatoire, les cancers, l'infarctus du myocarde en phase aiguë, les personnes âgées, les soins de suite et de réadaptation, l'insuffisance rénale chronique, les soins palliatifs. La mise en œuvre du SROS se décline par bassin de santé (14 au total). D'autre part, une vaste concertation régionale sur la coordination et la régulation des urgences, prenant en compte les flux saisonniers et les accidents de la route, s'est déroulée en 1999.

La recomposition de l'offre hospitalière s'est traduite par de nombreuses opérations, telles que le développement de projets expérimentaux d'alternatives à l'hospitalisation psychiatrique dans le secteur privé (Montpellier, Béziers), les fusions ou les regroupements d'établissements situés dans une même ville (Béziers, Bassin de Thau, Perpignan, Carcassonne), la création de communautés d'établissements (Béziers/Hauts cantons de l'Hérault), le développement de réseaux de soins par le biais de la télémédecine (périnatalité autour du Centre hospitalier universitaire de Nîmes), l'accompagnement des coordinations gérontologiques à partir des hôpitaux locaux ou encore la réduction des inégalités géographiques en matière de soins de suite.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire) 1

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	2 295 648 (11)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	11,1
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	23,5
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	10,5
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	92
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,7
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	138
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	102
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	51,12
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	12,23
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	8,58
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,86
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,65
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	14
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	59,3
Nombre de points de baignade contrôlés	320
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	6 517

Action sociale : un travail de plus en plus interministériel

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) a permis de fixer des objectifs stratégiques régionaux à partir d'un bilan de l'existant. Un système d'information partagé entre les différents partenaires institutionnels et les associations concernées par l'accès aux soins des populations précaires a été mis en place. Des permanences d'accès aux soins de santé ont été ouvertes dans les services d'urgence des principaux hôpitaux. L'élaboration du schéma régional des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) a été précédée d'une enquête régionale sur l'évaluation des prises en charge dans les foyers de jeunes travailleurs et les CHRS.

Les DDASS sont souvent sollicitées pour l'animation de pôles de compétence ou de missions interministérielles de lutte contre les exclusions comme dans le Gard, où la DDASS anime, coordonne et assure le secrétariat de la MILEX ; dans l'Aude, elle élabore la convention départementale d'objectif de lutte contre la drogue et les dépendances.

Pour la coordination des aides d'urgence, les commissions de l'action sociale d'urgence ont mis en place des outils communs d'évaluation et de gestion des aides.

En matière de planification, le schéma des traumatisés crâniens a été élaboré ; l'Aude a poursuivi la réflexion sur les services de soins infirmiers à domicile dans le cadre du schéma départemental de l'enfance inadaptée et la Lozère a mis en place des réseaux de coordination gérontologique.

Plusieurs centaines de Kosovars accueillis

L'accueil et l'hébergement de plusieurs centaines de personnes déplacées du Kosovo ont occasionné une charge de travail exceptionnelle, nécessitant le conventionnement des structures, le financement du dispositif et un suivi permanent.

Des outils pédagogiques sur l'égalité hommes/femmes

Pour la troisième fois depuis 1994, la délégation régionale aux droits des femmes a lancé un concours dans sept collèges de la région afin de récompenser le meilleur projet théâtral sur le thème de l'égalité entre les femmes et les hommes. Le thème retenu pour 1999 était la participation des femmes à la démocratie.

La délégation a par ailleurs réalisé une plaquette d'information " la violence est inacceptable... c'est une infraction à la loi ", destinée aux professionnels des secteurs médical et social et aux personnels de sécurité. Il contient notamment toutes les références des structures d'accompagnement, d'accueil et de soutien du département de l'Hérault.

Les locaux de l'Administration en restructuration

L'année 1999 a vu le démarrage du processus de restructuration et de reconstruction des locaux de la DDASS des Pyrénées-Orientales et de rapprochement de ceux de la DRASS et de la DDASS de l'Hérault.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Languedoc-Roussillon



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
 - 615, bd d'Antigone - Angle avenue Jean Mermoz
 - 34064 - MONTPELLIER CEDEX 2
 - Tél : 04 67 22 89 00
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - 1 350, avenue Albert Einstein - Immeuble Le Phénix - Parc du Millénaire
 - 34000 MONTPELLIER
 - Tél : 04 67 99 86 40
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - 350, rue des États du Languedoc - BP 905 - 34041 MONTPELLIER CEDEX 1
 - Tél : 04 67 64 83 01
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - AUDE : 14, rue du 4 septembre - BP 48 - 11021 - CARCASSONNE CEDEX
 - Tél : 04 68 11 55 11
 - GARD : 6, rue du Mail - 30906 NÎMES CEDEX
 - Tél : 04 66 76 80 00
 - HÉRAULT : 85, avenue d'Assas - BP 6071 - 34967 MONTPELLIER CEDEX 2
 - Tél : 04 67 14 19 00
 - LOZÈRE : Avenue du 11 novembre - Imm. Le St Clair - BP 136 - 48005 MENDE CEDEX
 - Tél : 04 66 49 40 70
 - PYRÉNÉES-ORIENTALES : 5, rue Bardou Job - BP 928 - 66020 PERPIGNAN CEDEX
 - Tél : 04 68 35 87 00

LIMOUSIN

► [Retour au sommaire](#)

La mesure des préoccupations de la population

Les États généraux de la santé se sont déclinés. En Limousin, en une trentaine de réunions qui ont rassemblé plus de 2 000 personnes. Les thèmes prioritaires en ont été la santé des jeunes, l'information des malades et le vieillissement. Les préoccupations de la population ont également pu s'exprimer lors de la conférence régionale de santé, qui s'est tenue le 9 décembre dans la Creuse et a confirmé les priorités retenues dans les programmes régionaux de santé : lutte contre les cancers et prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

La santé publique de l'hôpital à l'école

La mise en œuvre du plan triennal de sécurité sanitaire a été poursuivie, notamment en matière de sécurité anesthésique et de lutte contre les infections nosocomiales. L'agence régionale de l'hospitalisation incorpore, dans tous les contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements privés, des engagements en matière de qualité et de sécurité comme la bonne tenue des dossiers médicaux, la mise en œuvre d'une démarche qualité, la lutte contre la douleur.

L'année 1999 a vu la mise en place et le démarrage des activités de la cellule inter-régionale d'épidémiologie.

D'autre part, les DDASS ont intensifié les contrôles de qualité des eaux d'alimentation et de loisirs. Ces

derniers ont fait ressortir une qualité bactériologique globalement satisfaisante. Cependant, des problèmes de transparence par développement d'algues ont conduit à la fermeture temporaire de 10 % des 111 points de baignade limousins.

Le plan de contrôle du radon a révélé que 5 % des sites contrôlés, essentiellement des établissements scolaires, dépassaient les normes de 1 000 Bq/m³. Des mesures simples de ventilation et d'aération ont permis d'y remédier.

Encourager le développement des réseaux

Le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) a été arrêté le 3 novembre 1999 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, après dix-huit mois de concertation. Il repose sur deux principes fondamentaux - le patient au cœur du système et un système hospitalier inscrit dans un système de santé - et décline cinq objectifs stratégiques : positionner les établissements de santé de proximité dans le dispositif régional, adapter les conditions de prise en charge des urgences, renforcer l'efficacité du dispositif de prise en charge périnatale, améliorer la prise en charge des affections cardio-vasculaires, développer le travail en réseau pour la prise en charge des cancers.

Le SROS préconise le maintien de l'ensemble des établissements de santé pour préserver l'accessibilité des soins ; toutefois, des adaptations en termes de capacité, d'équipement ou pour répondre aux exigences de sécurité sanitaire sont nécessaires. De même, des complémentarités et des actions de coopération sont organisées comme, par exemple, les rapprochements entre les centres hospitaliers de Brive et de Tulle, le centre hospitalier et la clinique de la Croix Blanche à Aubusson, la clinique de la Marche et le centre hospitalier de Guéret ou encore la création de la communauté d'établissements du Pays des Monts et Barrages en Haute-Vienne.

La population âgée : un défi majeur pour la région

Le profil démographique du Limousin est caractérisé par une proportion importante de personnes âgées dans une région à dominante rurale. Les besoins de prise en charge de cette population constituent un véritable défi pour la région, qui entend le relever en devenant une référence en matière d'initiatives et d'expérimentations. Il s'agit de développer une approche globale de ces populations (médicale, sociale et psychologique), adossée à une véritable filière gériatrique, associant les établissements hospitaliers, les maisons de retraite, mais également les professionnels de santé libéraux, les associations et les collectivités locales.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	710 939 (21)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	9,1
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	34,3
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	13,2
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	24
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	5,4
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	131
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	64
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	73,92
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	22,22
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	11,52
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	6,37
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	5,11
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	3
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	26,3
Nombre de points de baignade contrôlés	111
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	3 237

Les tempêtes de fin d'année

La DRASS et les DDASS ont été fortement mises à contribution à l'occasion des tempêtes qui ont affecté la région à la fin de l'année. Éviter l'évacuation des maisons de retraite, coordonner l'accueil des malades ou des réfugiés en établissements, assurer le suivi des insuffisants respiratoires ou rénaux ont constitué les principales lignes d'action des services, qui ont par ailleurs accordé une attention particulière à la qualité des eaux de consommation.

La montée en charge des commissions de l'action sociale d'urgence

L'action des CASU s'est orientée dans deux directions : l'organisation, en Creuse et en Corrèze, de réseaux de guichets référents et de guichets d'aide d'urgence afin de renforcer l'action sociale de proximité ; la mise en place, en Haute-Vienne, d'une procédure déconcentrée d'examen des dossiers afin de placer les publics défavorisés au cœur des dispositifs d'aide.

L'année 1999 a aussi été marquée par l'élaboration du programme régional d'accès à la prévention et aux soins, qui affiche deux objectifs principaux : favoriser la mobilisation des personnes concernées

dans une démarche d'autonomie, susciter une meilleure coordination des intervenants et développer leur formation.

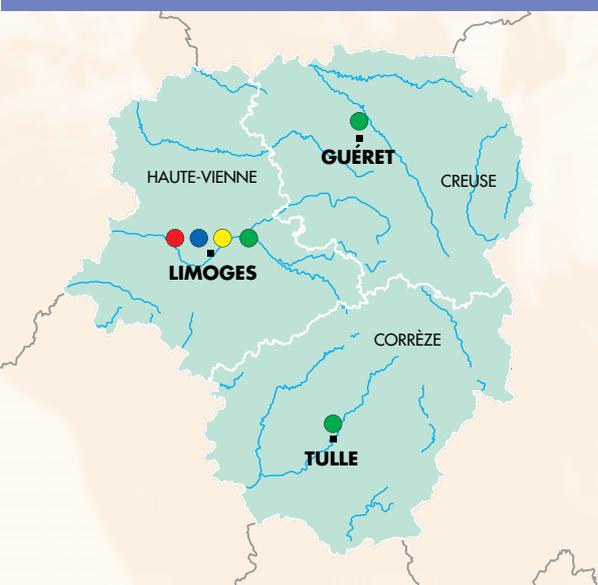
Dans le domaine de la planification sociale et médico-sociale, la Corrèze a adopté son schéma pour adultes handicapés, la Creuse celui des centres d'hébergement et de réinsertion sociale. La procédure d'élaboration du schéma régional des formations en travail social a en outre été engagée.

Encourager l'apprentissage et la création au féminin

L'étude menée depuis deux ans dans la région sur " les filles et l'apprentissage " a été rendue publique en novembre. Elle a mis en évidence les difficultés rencontrées par les jeunes filles pour accéder à l'apprentissage dans les secteurs où elles sont généralement peu présentes et donnera lieu, en partenariat avec le Conseil régional, à des projets pilotes en direction des élèves, des établissements, des responsables d'orientation et de trois secteurs professionnels.

La délégation régionale a par ailleurs organisé en mars un festival de l'audiovisuel au féminin, qui a témoigné de la vitalité de la création audiovisuelle féminine et rendu hommage à des artistes.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Limousin



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
• 24, rue Donzelot - 87037 - LIMOGES CEDEX
Tél : 05 55 45 80 80
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
• Le Capitole - 46, avenue des Bénédictins - 87000 LIMOGES
Tél : 05 55 33 08 90
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
• Préfecture de la Haute-Vienne - 27, rue Théodore Bac - 87000 LIMOGES
Tél : 05 55 44 17 33
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - CORRÈZE : 6, avenue Poincaré - BP 230 - 19012 - TULLE CEDEX
05 55 20 18 83
 - CREUSE : Rue Alexandre Guillon - BP 309 - 23006 GUERET CEDEX
Tél : 05 55 51 81 00
 - HAUTE-VIENNE : 44, C Gay Lussac - 87031 LIMOGES CEDEX
Tél : 05 55 11 54 11

LORRAINE

► **Retour au sommaire**

Une participation active des usagers aux débats sur la santé

Cinq manifestations régionales dont deux forums citoyens, l'un sur le thème de la douleur et des soins palliatifs, l'autre sur la santé au travail : les États généraux de la santé ont mobilisé plus de 2 100 personnes. Par ailleurs, une quarantaine d'actions locales, dont 22 dans les Vosges, ont permis aux usagers de s'exprimer sur les thèmes de la prévention ou de l'accès aux soins.

Santé : une forte activité de planification

Deux programmes régionaux de santé, définis lors des premières conférences régionales de santé, ont vu leur mise en œuvre poursuivie en 1999. Ils concernent la prévention des suicides et la lutte contre la dépendance aux produits. Chaque département a défini le cadre pertinent pour développer, avec les partenaires locaux, les actions prioritaires à mettre en œuvre.

Dans le domaine de la santé environnementale, l'activité a particulièrement porté sur la préparation du plan régional de la qualité de l'air, le suivi de la qualité des eaux de loisirs et d'alimentation, avec la problématique particulière de l'approvisionnement dans les zones minières (Moselle, Meurthe-et-Moselle) après l'exhaure, des actions concertées pour lutter contre le saturnisme.

En matière d'épidémiologie, la constitution d'une cellule régionale (1 médecin et 1 ingénieur) a été effective au cours du dernier trimestre et le programme 2000 a pu être construit.

La préparation du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) a été le fruit d'une large concertation et a permis de déterminer 10 priorités régionales. Le développement de la promotion de la santé en Lorraine a également constitué un axe fort de l'activité 1999 de la DRASS et des DDASS.

La préparation du contrat de plan entre l'État et la Région a permis d'identifier de nouveaux axes de contractualisation, jusqu'alors limitée aux personnes âgées ou handicapées. Ont ainsi été proposées au co-financement des actions d'éducation pour la santé en direction des professionnels du milieu scolaire et des jeunes hors du système scolaire (concernant notamment les conduites à risque de dépendance), des actions de santé environnementale (connaissance de la qualité des ressources en eau potable, système de collecte des déchets médicaux) ainsi que l'amélioration de l'observation sociale et de l'accueil des gens du voyage.

Les schémas régionaux de l'organisation sanitaire confortent la politique de réseaux

L'agence régionale de l'hospitalisation a préparé simultanément les schémas régionaux de soins somatiques et de psychiatrie ainsi que les cartes sanitaires correspondantes. Les différents volets du SROS ont été arrêtés le 15 janvier (urgences), le 13 juillet (insuffisance rénale chronique, personnes âgées, cardiologie, soins de suite et de réadaptation, cancérologie, accès aux soins des plus démunis, soins palliatifs, douleur, violences sexuelles) et le 21 novembre (périnatalité).

De nombreuses actions de recomposition de l'offre de soins ont été engagées en 1999 ; elles se sont traduites par l'approbation de trois communautés d'établissements, la création d'un nouvel établissement de santé intercommunal et cinq confirmations d'autorisation. La mise en œuvre du SROS conforte la politique de réseaux, avec le développement de complémentarités dans le secteur hospitalier mais également avec les secteurs libéraux ambulatoires et médico-sociaux. Fin 1999, le réseau de cancérologie (ONCOLOR) a obtenu la reconnaissance de quatre sites hautement spécialisés et de huit sites spécialisés. Le réseau régional des urgences a été préparé en 1999, de même que celui concernant la prise en charge des patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique.

Exclusion : mise en œuvre cohérente des dispositifs

La restructuration de l'appareil de formation a abouti au regroupement, sous une même entité juridique, des deux centres de formation en travail social. Parallèlement, la préparation du schéma des

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	2 310 376 (10)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	12,0
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	16,6
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	9,2
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	79
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	5,2
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	105
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	63
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	63,49
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	16,01
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	9,03
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	2,29
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,84
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	10
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	25,7
Nombre de points de baignade contrôlés	53
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	4 994

formations des travailleurs sociaux a été engagée avec le soutien d'une équipe de chercheurs ayant participé à des travaux nationaux sur les évolutions du travail social.

Dans les quatre départements, l'accent a été mis en 1999 sur l'accompagnement social des jeunes vers l'emploi par les mesures ASI (appui social individualisé) et IAE (insertion par l'activité économique) ou par les dispositifs FAJ (Fonds d'aide aux jeunes) et TRACE (trajet d'accès à l'emploi). En complément, deux priorités du PRAPS visent, pour l'une, à développer les actions d'éducation à la santé et la prévention au sein des dispositifs d'insertion sociale et professionnelle et, pour l'autre, à accentuer la prise en compte de la santé dans les politiques d'insertion sociale et professionnelle.

Région frontalière, la Lorraine est confrontée à des problèmes spécifiques avec un nombre important de réfugiés et de demandeurs d'asile. La région a ainsi accueilli 700 réfugiés en provenance du Kosovo. Les schémas départementaux de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion ont été préparés selon une méthode commune qui devrait permettre d'accroître la cohérence entre les différents dispositifs et de mieux répondre aux problèmes liés à cette situation géographique.

La politique de réduction des écarts a été poursuivie dans le domaine des établissements sociaux et médico-sociaux. En effet, si la Lorraine bénéficie de taux d'équipements globalement supérieurs aux moyennes nationales, d'importantes disparités subsistent entre les départements qui la composent. Les moyens attribués en 1999 ont été de 84 places dans les centres d'aide par le travail, 22 places dans les maisons d'accueil spécialisé, 243 places de

section de cure médicale et 43 places de service de soins à domicile. La Meurthe-et-Moselle a élaboré son schéma pour la prise en charge des enfants et adultes handicapés : les travaux ont été lancés dans les autres départements.

Faciliter l'accès des femmes aux responsabilités économiques

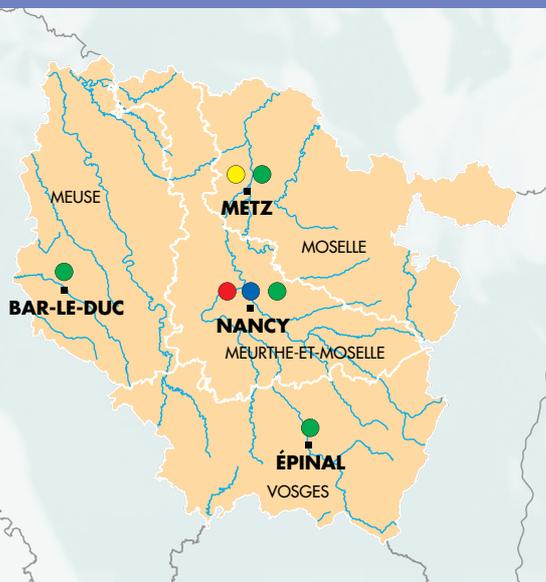
Femmes cadres, jeunes diplômées en recherche d'emploi, femmes engagées dans la vie associative ont pu bénéficier d'une formation au management en entreprise et dans le monde associatif. Des techniques de recherche d'emploi ou des modules spécifiques préparant à la direction des associations ont été proposés.

Un atelier d'aide à la création d'activités ou d'entreprises par les femmes a vu le jour en avril. Il s'inscrit dans le cadre du dispositif d'accompagnement du Fonds de garantie pour la création, la reprise ou le développement d'entreprises à l'instigation des femmes, expérimenté dans six régions pilotes. Cette action a déjà permis d'augmenter de 115 % les créations effectives d'entreprises par les femmes dans une zone minière et sidérurgique en reconversion de Meurthe-et-Moselle.

La région teste un guide de contrôle pour les caisses régionales d'assurance maladie

Outre la participation de la Lorraine à la synthèse nationale des travaux d'évaluation des conventions d'objectifs et de gestion des organismes d'assurance maladie, la Lorraine a contribué à l'élaboration, à l'échelon national, d'un guide de contrôle pour les CRAM et testé cet outil.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Lorraine



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
 - Imm. Les Thiers - 4, rue Piroux - case officielle n°38 - 54036 - NANCY CEDEX
 - Tél : 03 83 39 29 29
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - Immeuble "Les Thiers" - 4, rue Piroux - BP 382 - 54007 NANCY CEDEX
 - Tél : 03 83 36 86 60
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - 6, rue François de Curel - 57000 METZ
 - Tél : 03 87 36 63 15
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - MEURTHE-ET-MOSELLE : 4, rue Bénit - C.O. n°11 - 54035 NANCY CEDEX
 - Tél : 03 83 17 44 44
 - MEUSE : Cité administrative - Rue du 94^{ème} Ri - BP 549 - 55013 BAR-LE-DUC CEDEX
 - Tél : 03 29 76 84 06
 - MOSELLE : 27, place St Thiebault - 57036 METZ CEDEX
 - Tél : 03 87 37 56 00
 - VOSGES : Quartier de la Magdeleine - Rue du Général Haxo - 88026 ÉPINAL CEDEX
 - Tél : 03 29 64 66 68

MARTINIQUE

► [Retour au sommaire](#)

Le rôle moteur des usagers

Le plus petit des départements français a activement contribué aux États généraux de la santé, qui ont rassemblé 400 personnes et mis en évidence le rôle moteur des usagers. La 4^{ème} conférence régionale de santé a, pour sa part, été l'occasion d'établir le bilan des programmes régionaux de santé (PRS) existants, portant sur l'asthme et l'alcool, ainsi que de cerner l'impact des trois précédentes conférences et des travaux qui en ont résulté.

Les maladies transmissibles au premier plan

Les indicateurs de santé de la Martinique sont assez proches de ceux de la métropole pour ce qui concerne les taux de natalité et de mortalité. Toutefois certains problèmes de santé publique y sont plus marqués comme le diabète, l'hypertension artérielle mais également des pathologies spécifiques comme la drépanocytose et la dengue.

Les actions les plus notables concernent la prévention et l'information sur le sida et se sont traduites par plus de 100 réunions locales. La lutte antivectoriale a donné lieu à 2 211 visites à domicile par les services de l'État et l'"Opération Toussaint" a permis de diffuser un message de prévention contre la dengue. La surveillance de l'alimentation en eau des stations de traitement a également été renforcée pour lutter contre la présence de pesticides.

Qualité et sécurité des soins : une priorité

La mise à niveau des activités soumises à des normes réglementaires de fonctionnement a constitué une priorité. En 1999, des emplois médicaux et non médicaux ont été créés afin, notamment, de renforcer les services d'urgence, la sécurité anesthésique et d'améliorer la permanence des soins en gériatrie. Les soins palliatifs se mettent en place au Centre hospitalier régional universitaire de Fort-de-France et le traitement de déchets a bénéficié de moyens supplémentaires. Dans les établissements privés, la lutte contre les infections nosocomiales et contre la douleur s'organise progressivement.

Modernisation de l'offre hospitalière : des avancées significatives

La révision du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) a été achevée en juillet 1999 par l'agence régionale de l'hospitalisation; elle vise à moderniser l'offre hospitalière, tant sur le plan des structures que sur celui de l'organisation médicale, afin de tenter de remédier aux conséquences d'une démographie médicale déficitaire de 50 % par rapport aux données nationales.

Le SROS prévoit la constitution de réseaux entre les établissements de soins aigus afin de proposer une offre graduée de soins et d'améliorer la prise en charge, en particulier dans le domaine des urgences, de la périnatalité et de la cancérologie. Il prévoit également le développement de la chirurgie ambulatoire au sein de l'hôpital public. Un certain nombre d'établissements devront se regrouper pour atteindre la taille critique de 70 lits et gagner en efficacité; ils devront également se reconvertir vers les activités - aujourd'hui manquantes - de convalescence, de soins aux personnes âgées et de psychiatrie de proximité.

Durant l'année, la recomposition de l'offre de soins hospitalière a connu des avancées notables: les projets d'établissement du CHRU de Fort-de-France et du centre hospitalier du Lamentin (les deux établissements les plus importants de la Martinique) ont été approuvés; la reconstruction de l'hôpital du Lorrain (65 lits) a commencé, cet établissement faisant par ailleurs l'objet d'une fusion avec celui de Basse-Pointe (20 lits) et d'une conversion d'activité vers les soins de suite aux convalescents. L'hôpital de Saint-Pierre (35 lits) a entamé un rapprochement avec l'établissement du Carbet (104 lits), dans la perspective d'une fusion à moyen terme. En psychiatrie, le CHS de Colson (250 lits), en attente de reconstruction, poursuit sa modernisation, qui se traduit par la fermeture d'environ 30 % des lits (-120) depuis 1998, au

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	381 427 (24)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	14,8
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	12,3
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	6,0
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	14
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,8
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	81
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	47
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	36,01
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	8,25
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	9,75
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	1,65
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	1,72
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	2
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	129,1
Nombre de points de baignade contrôlés	51
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	107

profit du développement des accueils familiaux thérapeutiques et des appartements relais. Dans le secteur privé, deux des trois maternités ont été regroupées.

Dans le cadre du contrat de plan entre l'État et la Région, deux projets importants ont été retenus : il s'agit de la construction, sur la commune du Lamentin, d'un complexe médico-chirurgical-psychiatrie et de celle du pôle mère-enfant sur le site de la Meynard du CHRU de Fort-de-France.

Renforcement du travail partenarial pour lutter contre les exclusions

L'année 1999 a été marquée par un effort conséquent pour établir une collaboration plus étroite entre les partenaires concernés par la mise en œuvre de la loi contre les exclusions. La commission de l'action sociale d'urgence (CASU) a été constituée et la réflexion pour l'élaboration du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) a été lancée. Le diagnostic préalable a permis de définir trois objectifs : accès aux droits, accès aux soins, accès à la prévention, ainsi qu'un certain nombre d'actions en conséquence. Fin 1999, le PRAPS était sur le point d'être finalisé et six actions avaient été retenues pour l'année 2000.

Le travail partenarial s'est notamment concrétisé par la prise en compte partagée du problème de l'errance et de la nécessité d'y apporter des solu-

tions appropriées. L'hébergement est devenu une priorité pour tous les acteurs du champ social.

En juin, la réflexion pour l'élaboration du schéma régional des formations sociales a été lancée.

Recadrer le RMI

Avec un taux de bénéficiaires du RMI quatre fois plus élevé qu'en métropole, la Martinique a concentré son action sur la réorganisation du dispositif d'insertion et l'amélioration du taux d'insertion, sur la recherche de nouveaux organismes instructeurs ainsi que sur la mise en place de procédures visant à améliorer le suivi de la gestion de l'allocation.

Agir pour l'insertion professionnelle des jeunes filles

Dans un département à fort taux de chômage, des actions ont été menées pour faciliter l'insertion professionnelle des jeunes filles. Dans le cadre d'un projet européen, un partenariat avec la Hollande a permis de dispenser une formation complémentaire en art floral appliqué. Une autre action, conduite avec l'Association pour la formation professionnelle des adultes, a permis de former des jeunes filles à la vente et à la réparation du petit électroménager. Par ailleurs, un atelier intitulé « Vivre avec la loi » a permis d'aborder des thèmes tels que les violences, le harcèlement sexuel et la citoyenneté.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Martinique



- **DIRSS : Direction inter-régionale de la sécurité sociale**
 - Centre Delgrès - Les Hauts de Dillon - BP 656
 - 97263 FORT-DE-FRANCE CEDEX
 - Tél : 05 96 59 01 41
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - Rue Piétonne des Villages de Rivière Roche - BP 690
 - 97264 FORT-DE-FRANCE
 - Tél : 05 96 42 77 55
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - Préfecture de Région - Bâtiment central - Rue Victor Sévère
 - 97200 FORT-DE-FRANCE
 - Tél : 05 96 39 39 65
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - 37, avenue Pasteur - BP 658
 - 97263 FORT-DE-FRANCE CEDEX
 - Tél : 05 96 60 60 08

MIDI-PYRÉNÉES

► **Retour au sommaire**

Les priorités de santé publique

Santé mentale des adolescents, lutte contre le sida et lutte contre l'hépatite C constituent les priorités arrêtées en Midi-Pyrénées au terme des conférences de santé. Elles font l'objet d'autant de programmes régionaux, lancés ou poursuivis en 1999.

Le programme " santé mentale des adolescents " affiche quatre objectifs : constituer et faire vivre un réseau d'acteurs de terrain, renforcer la prévention et la promotion de la santé auprès des jeunes de 12 à 20 ans, offrir à ceux qui sont confrontés à des problèmes de santé mentale une prise en charge de proximité, favoriser le maintien et le retour à domicile. Le bilan réalisé en fin d'année a confirmé l'intérêt de la création de réseaux d'acteurs de terrain pour accroître l'efficacité des actions menées. Dans l'Ariège, 150 personnes se sont réunies en octobre pour faire la synthèse des travaux des quatre groupes de travail mis en place.

Le programme régional " lutte contre le sida ", lancé en 1998, a été poursuivi et, fin 1999, 75 % des 87 actions prévues par le programme étaient réalisées.

Le programme " VHC ", validé en 1999, vise à réduire la contamination chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, à diminuer l'incidence de la transmission nosocomiale, à augmenter de 30 % par an pendant trois ans le nombre de séropositifs dépistés (une proportion importante de porteurs du virus de l'hépatite C ignore), à faciliter l'accès au traitement et à développer la prise en charge sociale.

Transparence autour du schéma régional de l'organisation sanitaire

La préparation du SROS a donné lieu à plus de 110 réunions avec des usagers, des élus, des représentants syndicaux et des professionnels de santé. Devant l'intérêt suscité par la réunion régionale organisée entre les représentants des usagers et les membres des conseils d'administration des hôpitaux, l'agence régionale de l'hospitalisation a décidé de rendre cette réunion annuelle.

Le SROS a été arrêté le 22 juin 1999 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et a donné lieu à une importante action d'information (tirage à 5 000 exemplaires, conférence de presse, CD-Rom, site internet de l'agence). L'action de communication a été poursuivie par le biais des trois numéros de la " Lettre du SROS ". Des travaux complémentaires au schéma arrêté ont été entrepris sur l'insuffisance rénale chronique et la néonatalogie.

Parallèlement, le processus de contractualisation entre l'agence et les établissements publics ou participant au service public a été poursuivi. Cinq établissements ont signé un contrat en 1999 : Foix-Pamiers, Albi, Castelsarrasin-Moissac, Auch, Sainte-Barbe à Carmaux. En outre, quatre cliniques (St-Jean du Languedoc, Le Piétat, le Parc, St-Blancard) ont négocié une convention d'objectifs et de moyens.

Enfin, pour favoriser et accompagner la création de réseaux de soins, un comité régional des réseaux a été mis en place.

Une politique dynamique de contrôle

Une politique active de contrôle est mise en œuvre depuis 1998, couvrant le secteur médico-social, la protection sociale et les risques sanitaires. Dans ce dernier domaine, cinq thèmes ont été privilégiés : la sécurité anesthésique, les dépôts de produits sanguins labiles, les infections nosocomiales, la stérilisation des dispositifs médicaux et les laboratoires de biologie médicale. Ce plan s'est accompagné d'un programme de formation des cadres administratifs et techniques.

Par ailleurs, des missions d'enquête ont porté sur l'activité des maternités de Toulouse, l'obstétrique au centre hospitalier de Decazeville, le fonctionnement médico-administratif du centre hospitalier de Lavaur, l'orthopédie et l'hospitalisation à domicile au centre hospitalier régional universitaire de Toulouse. Des missions d'inspections se sont rendues au centre hospitalier spécialisé Gérard Marchant (appartements thérapeutiques).

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	2 551 687 (8)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	10,8
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	26,1
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	10,5
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	89
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,5
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	133
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	101
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	54,50
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	17,07
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	13,68
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	4,63
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,45
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	14
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	34,0
Nombre de points de baignade contrôlés	139
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	5 296

Le contrat de plan entre l'État et la Région : un instrument de modernisation

Le contrat de plan État-Région 2000-2006 a retenu plusieurs actions telles que la création d'un réseau de télémedecine destiné à valoriser les effets positifs des avancées technologiques sur les pratiques professionnelles, la modernisation des formations dans les secteurs sanitaires et sociaux afin de mieux prendre en compte les évolutions professionnelles et technologiques, ou encore l'achèvement du programme d'humanisation des établissements pour personnes âgées.

Permettre l'accès aux soins des plus démunis

Dans une région marquée par un taux de précarité supérieur à la moyenne nationale (7 % de bénéficiaires de minima sociaux contre 5,5 % au plan national), la réduction des inégalités d'accès aux soins est un objectif majeur. Relayant les plans départementaux d'accès aux soins, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins a été validé en décembre. Il s'attache à développer les réseaux de soins de proximité et à renforcer l'implication de la médecine de ville dans les soins portés aux plus démunis et celle des hôpitaux dans l'approche des populations précarisées.

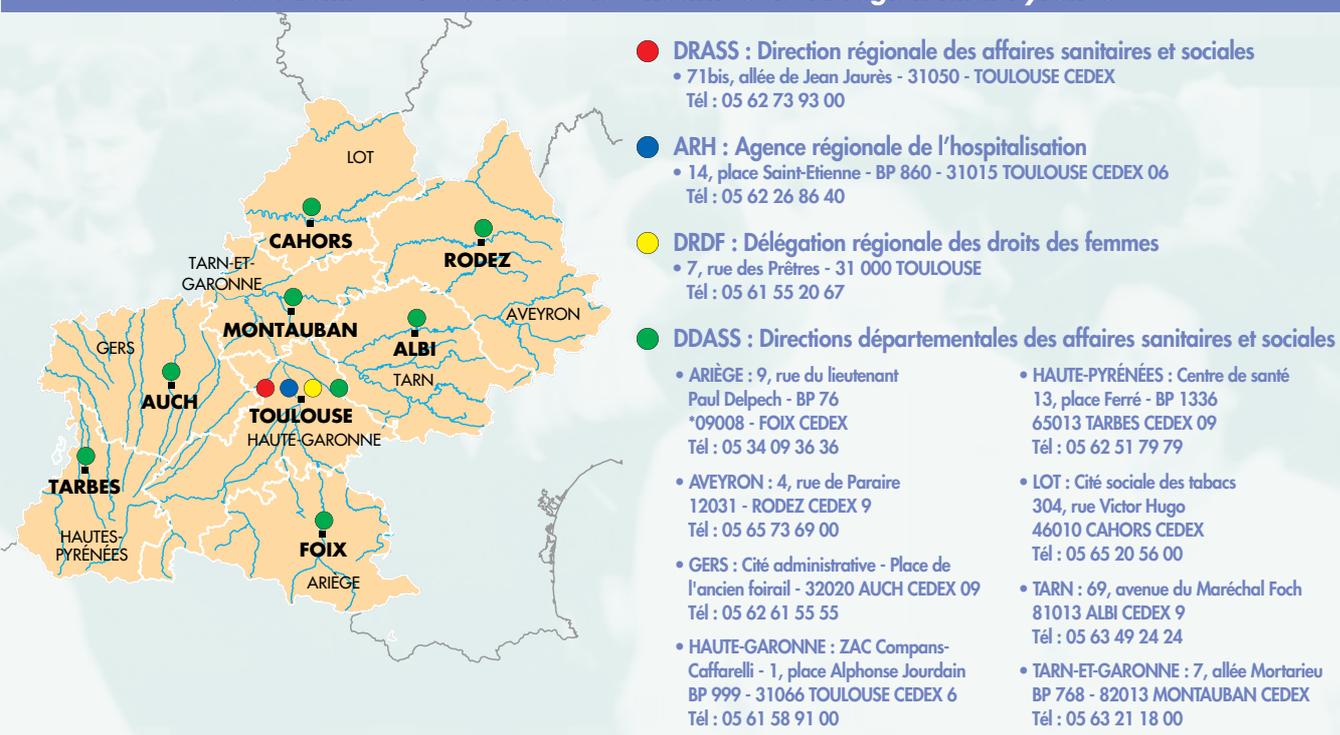
Encourager les actions de solidarité en direction des femmes

La délégation régionale finance depuis 1995, en Haute-Garonne, des clubs destinés à aider les femmes dans leur recherche d'un emploi. Au terme de trois mois de formation, 65 % d'entre elles ont retrouvé un emploi. Un nouveau club a été créé, en 1999, à Cadours.

La délégation a réaffirmé son soutien au RECIFS (réseau et entraide dans un centre d'initiatives pour femmes/santé) dont le but est d'accueillir des femmes ayant un problème d'addiction dans leur comportement alimentaire. Composée de professionnels de santé, cette association propose une écoute et une information sur ces troubles afin de restaurer le lien social, d'acquiescer un nouveau comportement propre à réduire la dépendance et de favoriser un processus de soins.

Enfin, pour les jeunes filles étrangères des quartiers sensibles de Toulouse, la délégation a participé au financement de l'association *Intermed*, qui organise des rencontres régulières entre les jeunes filles en difficulté dans leur famille et une ethnologue.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Midi-Pyrénées



NORD-PAS-DE-CALAIS

► [Retour au sommaire](#)

Les États généraux de la santé face à de lourds enjeux

Le Nord-Pas-de-Calais reste marqué par la surmortalité prématurée par cancers, maladies cardio-vasculaires et affections respiratoires. Il pâtit d'un sous-équipement sanitaire et médico-social et, malgré un renforcement des effectifs médicaux et para médicaux dans les établissements de santé depuis 1997, d'un déficit en professionnels de santé, notamment parmi les médecins spécialistes. C'est dans ce contexte qu'ont eu lieu les États généraux de la santé, dont l'organisation très déconcentrée a permis la tenue de plusieurs manifestations importantes. La Conférence régionale de santé, tenue à Arras, a réuni plus de 500 participants.

Cinq priorités régionales de santé

Le premier programme régional de santé (PRS), relatif au cancer, est entré en 1999 dans la phase de mise en œuvre des actions. Les quatre autres PRS (maladies cardio-vasculaires, santé des enfants et des jeunes, conduites addictives, santé et précarité) ont été élaborés. Dans le domaine de la santé environnementale, six actions ont été engagées dans les domaines des risques liés à l'habitat (saturnisme, intoxication à l'oxyde de carbone), des pollutions sur sites industriels, des déchets hospitaliers et de la qualité des eaux d'alimentation.

Renforcement des politiques d'inspection-contrôle-évaluation

Une politique active d'inspection-contrôle-évaluation pluridisciplinaire a été mise en œuvre, en particulier dans le domaine de la sécurité sanitaire, en s'appuyant entre autres sur les demandes de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Dans les établissements de santé, des équipes pluridisciplinaires ont réalisé 30 inspections approfondies et poursuivi la vérification systématique des équipements et pratiques en matière de stérilisation.

En outre, 166 inspections ont été menées, essentiellement dans les officines pharmaceutiques et les laboratoires d'analyse de biologie médicale.

S'agissant des établissements pour personnes âgées et handicapées, une instance de contrôle en matière de lutte contre la maltraitance a été mise en place en coopération avec le Conseil général du Pas-de-Calais.

La politique de contractualisation entre l'Etat et les organismes de protection sociale du régime général a donné lieu à l'évaluation de la mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion des 23 organismes locaux des branches "maladie" et "famille". Des mutuelles ont également été contrôlées.

Une année décisive pour la réduction des inégalités dans l'offre de soins

Le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) a été arrêté le 2 juillet 1999 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Son élaboration a bénéficié d'un outil de pilotage de la planification particulièrement innovant, dont s'est dotée l'ARH afin de mesurer l'adaptation du système hospitalier aux besoins qu'il a préalablement repérés. Il apparaît ainsi que le Nord-Pas-de-Calais a une production de soins très inférieure à la moyenne nationale en cancérologie, hématologie, cardiologie, psychiatrie alors que la situation est plus satisfaisante en obstétrique, pneumologie et neurologie.

Le SROS a fixé les priorités de la région et structuré l'offre hospitalière à partir d'une approche territoriale fondée sur les bassins de vie, au nombre de quatre : la Métropole, le Hainaut, le Littoral et l'Artois. Sur la base du nouveau schéma et des moyens supplémentaires accordés à la région, cette dernière poursuit la modernisation de ses hôpitaux et la réduction des inégalités dans l'accès aux soins.

Les opérations de recomposition et de développement des complémentarités hospitalières se sont multipliées en 1999 : création d'un réseau de prise en charge de la maternité animé par le CHRU de Lille ; fusion-restructuration de trois hôpitaux au sein du groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille ; partage des ressources humaines en anesthésie entre ce dernier et les centres hospitaliers d'Armentières et Hazebrouck ; coopération entre le centre hospitalier de Valenciennes, la clinique Vauban et les cardiologues libéraux en matière de cardiologie interventionnelle ; délocalisation de lits des grands hôpitaux psychiatriques vers les centres hospitaliers de proximité : fusion dans le bassin du Hainaut des cliniques du Chapitre, de Sambre et d'Haumont pour former la clinique du Val-de-Sambre à Maubeuge...

Un vaste programme de rénovation et de restructuration des établissements hospitaliers (7 milliards de francs) a été entrepris, notamment en vue d'améliorer la qualité et

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	3 996 588 (4)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	14,0
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	15,3
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	9,1
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	101
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,1
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	113
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	57
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	50,50
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	19,92
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	8,39
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	2,55
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	4,11
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	33
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	44,9
Nombre de points de baignade contrôlés	44
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	1 859

la sécurité des soins. Les plus importants chantiers ont concerné, en 1999, le CHRU de Lille, les centres hospitaliers de Valenciennes, Maubeuge, Cambrai, Boulogne-sur-Mer, Seclin, Armentières, Felleries Liessies.

Des opérations transfrontalières

En raison de la position géographique de la région, la DRASS s'est particulièrement investie dans l'instruction et le suivi du financement d'opérations transfrontalières franco-belges menées dans le cadre des programmes européens de santé Objectif 1 et Interreg II, concernant respectivement la lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme et l'aide médicale urgente.

Les priorités de la lutte contre les exclusions

Dans une région jeune, à forte concentration urbaine mais dont les indicateurs sociaux restent défavorables (le taux de bénéficiaires du RMI y est de 50 % supérieur à la moyenne nationale), les services ont développé leur action en 1999 dans un contexte de partenariat local très fort.

Les problèmes de santé liés à la précarité constituent l'une des priorités régionales et c'est dans ce cadre qu'a été élaboré le programme régional d'accès à la prévention et aux soins. Les plans départementaux d'accès aux soins des personnes les plus démunies, coordonnés par la DRASS, ont permis la réalisation de 51 actions de terrain dont la mise en place de 33 permanences d'accès aux soins de santé, le développement de permanences médico-sociales, d'espaces santé-jeunes, de consultations avancées de centres médico-psychologiques et de permanences d'alcooliques et de psychologues. Des actions ont également été financées pour améliorer les soins aux détenus.

Dans le Nord, la commission de l'action sociale d'urgence (CASU) départementale a été relayée par 8 CASU locales, rendues nécessaires par la concentration démographique. Pour améliorer la prise en charge des personnes en grande précarité dans ce département, les moyens du SAMU social, des coordinations locales et des équipes mobiles de rue ont été renforcés. Dans le Pas-de-Calais,

la priorité a été donnée au renforcement en matière d'hébergement et de logement d'urgence. Les dispositifs d'aide à l'emploi et à l'insertion des publics en difficulté ont vu augmenter de 92 % le nombre de bénéficiaires dans le Nord ; les aides attribuées sur le Fonds d'aide aux jeunes y ont progressé de 53 %.

Planification et cohérence interdépartementale

Un important travail de planification est intervenu durant l'année : schéma régional des formations sociales, schéma régional pour la prise en charge des déficients auditifs, plan pluriannuel régional d'insertion des populations immigrées, schéma de l'enfance handicapée, révision des schémas gérontologiques... Un objectif de cohérence interdépartementale a prévalu pour l'attribution des places nouvelles dans les centres d'aide par le travail, sections de cures médicales et services de soins à domicile.

Une stratégie de sensibilisation à l'égalité hommes/femmes

La délégation régionale a commandé une étude sur la question de l'égalité entre hommes et femmes dans la région, ses fondements socioculturels, ses mentalités et les valeurs sur lesquelles elle repose afin de conduire une stratégie de sensibilisation à ces problèmes. Un groupe de travail a été mis en place avec l'Académie de Lille dans le but d'intégrer un module sur l'égalité des chances dans les cours d'éducation civique. Enfin, en matière de communication, la délégation a réalisé une plaquette pour mieux faire connaître ses actions, créé un site Internet consacré aux droits des femmes et pris l'initiative de rédiger, en collaboration avec l'INSEE, un numéro sur les femmes et l'emploi dans la région.

Un centre d'accueil pour les clandestins

Un centre d'accueil a été ouvert à Sangatte (Pas-de-Calais) pour accueillir les clandestins qui souhaitent se rendre en Angleterre. Initialement prévue pour 200 places, la structure a accueilli jusqu'à 590 personnes de 35 nationalités différentes.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Nord-Pas-de-Calais



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
 - 62, bd de Belfort - BP 605 - 59024 LILLE CEDEX
 - Tél : 03 20 62 66 00
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - 2, rue Tenremonde - 59800 LILLE
 - Tél : 03 20 06 70 20
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - Préfecture annexe - 171, boulevard de la Liberté - 59039 LILLE CEDEX
 - Tél : 03 20 30 59 30
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - **NORD : Cité administrative**
175, rue Gustave Delory
59011 LILLE CEDEX
Tél : 03 20 18 33 33
 - **PAS DE CALAIS : Rés. St Pol**
14, voie Bossuet
62016 ARRAS CEDEX
Tél : 03 21 60 30 30

BASSE-NORMANDIE

► [Retour au sommaire](#)

Cinq "forums citoyens" sur les problèmes de santé

Les États généraux de la santé ont été marqués par l'organisation de cinq "forums citoyens" sur les sujets suivants : organisation du système de soins, prise en charge de la douleur, la personne malade et l'exercice de ses droits, médecine et enfance à l'aube de l'an 2000, la santé par la prévention. Six autres réunions se sont déroulées sous l'impulsion d'acteurs locaux et, au total, plus de 2000 personnes ont participé à ces échanges.

Qualité des eaux de consommation et de l'habitat

La qualité des eaux destinées à l'alimentation humaine constitue une préoccupation majeure du service santé-environnement de la Manche et de l'Orne. Dans ces deux départements, des actions d'information en direction des responsables des collectivités et du grand public ont été menées. Dans l'Orne, les eaux de 117 communes, représentant 41 000 habitants, se trouvaient au-dessus de la norme admise de nitrates et de pesticides. Dans la Manche, le recensement (réalisé entre novembre 1998 et novembre 1999) des branchements et canalisations en plomb dans le réseau public a fait apparaître que 10 % des branchements publics sont en plomb et que 13 % de la population (plus de 60 500 personnes) sont alimentés à partir d'un branchement public en plomb (la réglementation européenne conduit de fait à l'éradication totale du plomb dans les branchements et canalisations intérieures des immeubles pour 2013).

Des guides destinés aux maires ont été élaborés dans l'Orne sur les problèmes du bruit et de l'insalubrité de l'habitat. Dans ce même département, une campagne de dépistage du saturnisme a été lancée en collaboration avec les services de la protection maternelle et infantile ; le pôle "amiante" a poursuivi son plan d'action et, fin 1999, plus de la moitié des collectivités, représentant 80 % de la population, avait réalisé le diagnostic. Dans 13 communes (5 % des cas), la présence d'amiante a été détectée au sein d'établissements accueillant du public.

Un pôle de compétence sur la sécurité alimentaire dans le Calvados

Marqué par une longue tradition agroalimentaire, artisanale et industrielle, et particulièrement la fabrication de produits laitiers dont les fromages au lait cru, le Calvados est particulièrement exposé aux crises sanitaires ayant pour origine une contamination alimentaire. Le projet territorial de l'État a prévu la création d'un pôle de compétence sur la sécurité alimentaire. Par ailleurs, le renforcement de la coordination entre les services de l'État concernés a donné lieu à la mise au point d'un protocole, qui prévoit un échange rapide et continu d'informations et précise le rôle de chaque administration.

Le schéma régional de l'organisation sanitaire privilégié la qualité et la sécurité des soins

Après avoir, pendant la période 1994-1999, donné la priorité à l'aménagement équilibré du territoire, le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) 1999-2004, arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, s'attache à améliorer la qualité et la sécurité des soins. Urgences, santé mentale, oncologie, alternatives à l'hospitalisation, périnatalité, soins de suite et de réadaptation, santé des jeunes et des personnes âgées dépendantes constituent les axes d'action majeurs du Schéma arrêté le 22 juillet 1999.

Dix-huit établissements publics et privés des sept circonscriptions sanitaires de la région ont été impliqués, en 1999, dans des opérations de rapprochement ou de transfert d'activité. Ainsi, à la suite de la fermeture de l'hôpital des Armées de Cherbourg, les activités des établissements du Nord-Cotentin ont été réorganisées. A Bayeux, toutes les activités de médecine, chirurgie et obstétrique ont été regroupées sur un seul plateau technique au centre hospitalier de la ville.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	1 422 193 (17)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	12,3
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	19,0
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	9,5
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	48
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,7
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	100
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	55
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	59,59
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	15,11
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	10,23
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	4,47
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	5,01
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	2
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	26,5
Nombre de points de baignade contrôlés	133
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	2 234

Une région particulièrement touchée par la tempête de fin d'année

L'année s'est achevée par une mobilisation très importante du personnel des DDASS, notamment au sein des cellules de crise constituées sous l'égide des préfets. Le Calvados a été particulièrement touché par la tempête et les inondations. La qualité des eaux d'alimentation a été fortement perturbée dans les zones rurales et une bonne coordination entre les collectivités publiques et les distributeurs a permis de contrôler la situation durant toute la période critique. De même, l'évacuation des établissements sociaux et médico-sociaux, toujours dangereuse s'agissant de personnes fragiles, a pu être évitée grâce à une collaboration étroite avec Électricité de France et les services d'incendie et de secours.

Partout, les réseaux de bénévoles secouristes ont été mobilisés pour rendre visite aux personnes les plus isolées.

Renforcement des actions en direction des jeunes

La mise en œuvre de la loi contre les exclusions s'est traduite, dans l'Orne, par un renforcement des actions et des interventions en faveur des jeunes dont le nombre dans les structures d'accueil de jour a presque doublé par rapport à 1998. La commission de l'action sociale d'urgence (CASU) a permis d'étendre le Fonds d'aide aux jeunes et 56,55 % d'aides supplémentaires ont pu être accordées en 1999. Dans ce département, un deuxième point d'écoute pour les jeunes a été ouvert ainsi qu'une troisième structure d'accueil de jour, augmentant de 67 % les capacités totales.

La lutte contre les exclusions sur tous les fronts

Une couverture complémentaire santé a été expérimentée avec la caisse primaire d'assurance maladie et la Mutualité française. Par ailleurs, une coordination des aides provenant des différents acteurs en matière d'énergie, d'eau et de téléphone a été entreprise pour permettre la mise en place d'un lieu de décision unique. Sur les 73 Kosovars accueillis dans l'Orne, 16 étaient encore présents à Alençon au 31 décembre et sur le point de quitter les hébergements d'urgence. Toujours dans l'Orne, l'impulsion donnée à la politique en faveur de l'aide à la fonction parentale s'est traduite par le soutien de 14 actions, tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

Favoriser l'égalité des chances entre filles et garçons dès l'école

La délégation régionale aux droits des femmes participe à l'animation et au comité de pilotage du plan " égalité des chances dans le système éducatif " de l'Académie de Caen. Quatre groupes de travail ont été mis en place en 1999 sur les thèmes suivants : améliorer la place des jeunes filles dans les filières scientifiques et technologiques ; repérer les établissements qui retiennent la mixité et l'égalité des chances comme un axe prioritaire ; sensibiliser et former les acteurs au traitement des questions liées à la mixité en formation initiale et continue ; élaborer des stratégies d'insertion. Un colloque sur ces questions, réunissant chefs d'établissements, conseillers d'orientation et enseignants, a été organisé le 14 octobre 1999. Également pour encourager la vocation scientifique et technique des jeunes filles, 22 prix de 5000 francs ont été attribués, dont 11 par l'État et 11 par la Région.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Basse-Normandie



HAUTE-NORMANDIE

► [Retour au sommaire](#)

Une forte mobilisation citoyenne

L'environnement et la santé à Fécamp, le droit des malades à Rouen, " quel hôpital pour demain ? " au Havre, santé des jeunes lors d'un forum interrégional Basse et Haute-Normandie à Évreux... Les États généraux de la santé ont été mobilisateurs en Haute-Normandie. Les réflexions et propositions qui en ont résulté ont nourri la contribution de la DRASS au schéma des services collectifs de santé et ont été relayées au cours de la conférence régionale de santé du 23 novembre 1999.

Suicide et cancers : deux causes majeures de surmortalité

Un comité régional des politiques de santé a été mis en place le 9 septembre et a validé le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Arrêté par le préfet en novembre, le PRAPS s'est notamment traduit par l'installation de huit permanences d'accès aux soins de santé en milieu hospitalier.

La prévention du suicide chez les jeunes constitue une préoccupation majeure de la région, qui arrive au troisième rang en ce qui concerne la mortalité par suicide (un décès sur cinq chez les 15-24 ans et 4 500 tentatives de suicide par an). Un programme régional de santé (PRS) a donc été élaboré sur ce thème, accordant une importance toute particulière à la qualité de l'écoute. En outre, la Conférence régionale de santé a préconisé un PRS sur la prévention et l'amélioration de l'offre de soins en matière de lutte contre le cancer, la région enregist-

rant en effet une mortalité par tumeur supérieure de 12 % à la moyenne nationale.

En Seine-Maritime, l'année 1999 a également été marquée par l'Armada de la liberté qui a nécessité, après plusieurs mois de préparation, la couverture sanitaire d'un million de personnes par jour pendant plus d'une semaine. Événement suivi, de peu, par l'éclipse solaire du 11 août.

Qualité et sécurité des soins : contrôles et enquête

Le plan régional de contrôle et de sécurité sanitaire des établissements de santé (publics et privés) prévoit la visite approfondie de 5 à 6 établissements par an. En matière de lutte contre les infections nosocomiales, une enquête a été menée auprès des établissements afin de mieux connaître la situation et de prévoir le développement d'actions visant à maîtriser ce risque.

Urgences : les médecins de ville associés au SAMU de Rouen

Le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) pour la période 1999-2004 a été finalisé en juillet 1999 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Les caractéristiques régionales ont amené à y retenir six priorités : les urgences, la psychiatrie, la cancérologie, les alternatives à l'hospitalisation, les soins de suite et de réadaptation, les soins aux personnes âgées. Les thèmes de la périnatalité et de l'insuffisance rénale chronique ont également fait l'objet de réflexions approfondies et ont donné lieu à l'élaboration de schémas spécifiques.

La démarche de recomposition hospitalière a revêtu des formes variées, dont les réalisations les plus marquantes sont la signature d'une convention multipartenariale de prise en charge des urgences sur le bassin de Neufchâtel-en-Bray qui associe les médecins de ville et le SAMU de Rouen. Une communauté d'établissements a par ailleurs été créée entre le Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Rouen et le Centre régional de lutte contre le cancer Henri Becquerel, afin de constituer le site de référence de la région en cancérologie. Un syndicat inter-hospitalier Évreux-Vernon a été formé afin d'adapter l'offre de soins sur l'est du département de l'Eure. Enfin, les centres hospitaliers d'Elbeuf et de Louviers ont fusionné en un centre hospitalier intercommunal au début de l'année.

La télémédecine au quotidien

Le CHRU de Rouen a organisé plusieurs réseaux de télémédecine qui associent principalement les centres hospitaliers d'Elbeuf, d'Évreux, de

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	1 780 192 (13)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	13,2
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	17,0
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	8,8
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	55
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	3,9
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	102
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	61
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	62,97
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	12,65
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	7,99
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,20
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	2,99
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	8
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	33,9
Nombre de points de baignade contrôlés	31
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	1 376

Dieppe et du Havre. Deux dispositifs sont opérationnels, dans le domaine de l'anatomopathologie (réseau d'expertise entre laboratoires hospitaliers) et des urgences neuro-chirurgicales (aide au diagnostic). En 1999, un système de télédiagnostic et de téléconsultation a vu le jour à Neufchâtel-en-Bray pour améliorer la prise en charge des urgences. Par ailleurs, dans le cadre du réseau Périnat, les maternités publiques et privées de la région bénéficient des apports de la télémédecine en matière de diagnostic, de formation ou d'aide à la décision.

Le contrat de plan entre l'État et la Région financera, plus généralement, l'organisation d'échanges et de transferts d'informations entre les professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge et le suivi médical des patients.

Exclusions : de l'observation sociale à l'animation difficile de la CASU

La préparation du schéma régional de formation en travail social a marqué l'année 1999, de même que la mise en place du partenariat pour développer l'observation sociale interdépartementale qui constitue un objectif prioritaire de la région et à laquelle doit être consacré un volet du contrat de plan État-Région.

Le schéma régional de compensation du handicap chez les adultes a été achevé et a permis l'identification d'un besoin de 270 places supplémentaires en centres d'aide par le travail. Cette augmentation, de l'ordre de 10 % de la capacité d'accueil régionale, sera là encore prise en compte dans le contrat de plan.

La préparation des contrats de ville 2000-2006 a fortement mobilisé les deux DDASS de la région depuis le printemps 1999.

Dans les deux départements de la région, la mise en place des commissions de l'action sociale d'urgence (CASU) s'est heurtée à des difficultés, alors même que les indicateurs sociaux et de santé placent la région en position défavorable au regard de la moyenne nationale.

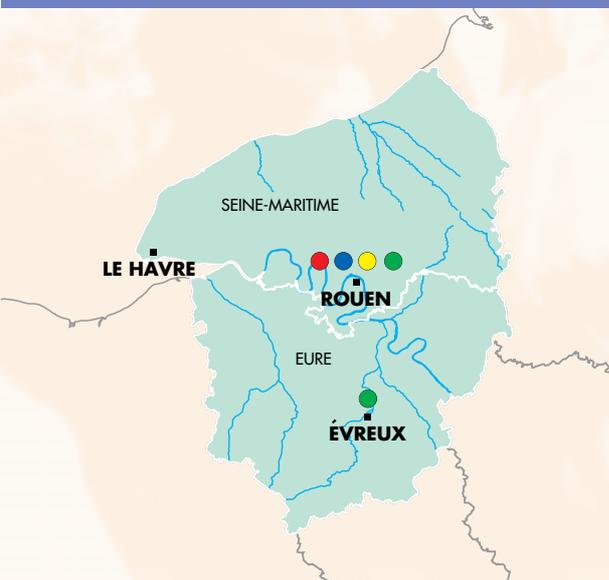
260 Kosovars accueillis en Haute-Normandie

Les deux départements se sont particulièrement mobilisés pour organiser, dans l'urgence, un dispositif d'accueil et de prise en charge pour environ 260 Kosovars. Ce dispositif a inclus l'hébergement, les soins, l'apprentissage de la langue, la scolarisation des enfants et s'est prolongé par la mise en place des mesures d'autonomisation des demandeurs d'asile, au nombre de 151 à la fin décembre.

Un partenariat institutionnel pour l'égalité femmes/hommes

La délégation régionale aux droits des femmes a passé une convention avec une coopérative pour la constitution d'une mission optique égalité, dont le rôle est de faire en sorte que le principe de l'égalité des chances imprègne peu à peu les services de l'État, les collectivités territoriales, les entreprises. Un premier séminaire a été organisé à la préfecture de région en mai 1999. Parallèlement, un groupe d'experts (universitaires, statisticiens, syndicalistes) a été constitué pour dresser un état des lieux des disparités hommes/femmes dans la région. Le Conseil économique et social de Haute-Normandie devrait se saisir des résultats de ce travail pour analyser les obstacles à l'égalité dans la région, dans les fonctions professionnelles, politiques et privées.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Haute-Normandie



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
 - Imm. Le Mail - 31, rue Malouet - BP 2061 - 76040 ROUEN CEDEX
 - Tél : 02 32 18 32 18
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - 38 bis, rue Verte - 76000 ROUEN
 - Tél : 02 32 76 11 00
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - Préfecture - 7, place de la Madeleine - 76036 ROUEN CEDEX
 - Tél : 02 32 76 50 31
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - EURE : Annexe de la Préfecture - 18, bd Georges Chauvin
 - 27023 ÉVREUX CEDEX
 - Tél : 02 32 78 29 29
 - SEINE-MARITIME : Imm. Le Mail 2032x - 31, rue Malouet
 - 76040 ROUEN CEDEX
 - Tél : 02 35 58 81 00

PAYS-DE-LA-LOIRE

► [Retour au sommaire](#)

L'appropriation de la politique de santé par les acteurs et les usagers

Après la mobilisation pour les États généraux de la santé, à l'issue desquels a émergé un projet de semaine de santé publique en Pays-de-la-Loire, la quatrième Conférence régionale de santé a réuni, le 4 novembre, environ 600 personnes. Elle a permis d'établir un bilan d'étape des programmes régionaux de santé (PRS) en œuvre.

Des PRS essentiellement axés sur les comportements

Les principaux bénéficiaires des actions de prévention menées dans le cadre du programme "conduites d'alcoolisation à risque" sont les jeunes. Ces actions visent à développer leurs compétences psychosociales afin qu'ils soient capables d'adopter des attitudes préventives fondées sur le libre choix et la responsabilité. Dans le domaine des soins et de la réadaptation, les interventions tendent à favoriser la constitution de réseaux de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool.

Le bilan du PRS "prévention de l'infection à VIH" et l'analyse des contaminations survenues en 1999 montre qu'il est nécessaire de poursuivre, en les coordonnant mieux, les actions de prévention mais surtout de renforcer les actions de prévention primaire en direction des publics vulnérables : population marginalisée, détenus, migrants...

Le PRS "suicides et tentatives de suicide", dont l'objectif est de diminuer de 20 % le nombre de décès par suicide et le nombre de récidives, a permis de développer une approche spécifique de la population concernée et à risque : consultation permettant de détecter des troubles psychiatriques sévères préexistants, hospitalisation de quelques jours dans une unité spécifique d'un service de médecine pour une prise en charge psychologique des primo-suicidants, mise en place d'équipes pluridisciplinaires référentes (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux) dans les établissements hospitaliers.

Le renforcement des fonctions d'inspection

La mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation a été créée début 1999. Au cours de cette première année de fonctionnement, elle s'est principalement attachée à développer les contrôles dans le domaine de la sécurité sanitaire : bonne dispensation des médicaments dans les établissements publics de santé, sécurité anesthésique, stérilisation (70 sites opératoires inspectés) et désinfection des dispositifs médicaux invasifs dans les établissements publics et privés, organisation des services d'accueil des urgences pour la population fragilisée. Ces inspections ont fait l'objet d'un suivi rigoureux chaque fois que cela s'est révélé nécessaire avec, dans certains cas, des demandes de mise en œuvre d'actions correctrices immédiates.

Parmi les actions de promotion et d'amélioration de la qualité des soins, l'année a été marquée par la mise en place d'un réseau régional de soins palliatifs maillant presque l'intégralité du territoire régional en s'appuyant sur des équipes mobiles.

Vingt-six actions de recomposition hospitalière en cours

Le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) de médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie a été arrêté le 6 juillet 1999 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il met en avant quatre principes devant fonder toutes les décisions des hôpitaux et des cliniques ainsi que de l'agence régionale de l'hospitalisation : qualité, accessibilité, subsidiarité et complémentarité.

Il affiche quatre objectifs prioritaires : articuler l'établissement de santé et la médecine de ville, mieux prendre en charge les patients, améliorer et coordonner la prise en charge des personnes âgées, développer la mission de prévention des établissements de santé, qui se déclinent en 12 objectifs opérationnels constituant de véritables guides pour l'action des établissements.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	3 222 061 (5)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	12,4
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	20,2
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	8,8
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	102
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,0
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	104
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	60
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	68,90
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	16,03
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	8,72
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,36
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	4,38
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	23
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	23,9
Nombre de points de baignade contrôlés	208
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	1 272

Parallèlement, la recomposition de l'offre de soins hospitalière (160 établissements) s'est poursuivie avec vingt-six opérations en cours en 1999, parmi lesquelles sept opérations de rapprochement entre l'hôpital et la clinique dans de petites villes et des regroupements de cliniques dans les trois agglomérations de Nantes, Angers et Le Mans.

Un programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis en 75 projets opérationnels

Le PRAPS s'inscrit dans la continuité du programme "santé-précarité" présenté en avril 1998. Il comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soin, de réinsertion et de suivi fondées sur les situations locales et les expériences existantes. Il définit en particulier des dispositifs de lutte contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion (maladies chroniques, dépendances, souffrances psychiques, troubles du comportement et déséquilibres nutritionnels).

Les finalités et les objectifs du PRAPS ont été arrêtés à l'automne puis complétés par 75 "fiches-

actions" constituant autant de projets opérationnels à mettre en œuvre sur le terrain. Ces projets s'articulent autour de cinq thèmes majeurs : santé et citoyenneté, accès aux droits et aux soins, santé et logement, travail en réseau, adaptation des services.

Faire participer les femmes à la vie politique et économique de la région

La délégation régionale a organisé, en mars 1999 dans la Sarthe, un colloque sur le thème "paroles de femmes pour la paix", qui a réuni plus de 1 000 personnes et mis notamment l'accent sur la participation des femmes à la résolution des conflits et sur les combats des femmes pour la paix.

Elle a également participé à deux actions de formation des femmes à des métiers non traditionnellement féminins : formation de soudeuse et de tuyautrice pour des femmes demandeuses d'emploi de Saint-Nazaire afin de travailler sur les chantiers de l'Atlantique et formation de projeteuses-stratificieuses (finitions sur les bateaux de plaisance) en Vendée. Organisées en partenariat avec les entreprises concernées, ces formations garantissaient une embauche à leur issue.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Pays-de-la-Loire



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
 - MAN, rue René Viviani - BP 96219 - 44262 NANTES CEDEX 2
 - Tél : 02 40 12 80 00
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - 11, rue Lafayette - 44000 NANTES
 - Tél : 02 40 20 64 10
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - Préfecture - 6, Quai Ceineray - 44035 NANTES CEDEX
 - Tél : 02 40 08 64 65
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - **LOIRE-ATLANTIQUE :**
MAN, rue René Viviani
BP 96219
44262 NANTES CEDEX 2
Tél : 02 40 12 81 00
 - **MAYENNE :** 2, bd Murat
BP 3840 - 53030 LAVAL CEDEX 9
Tél : 02 43 67 20 00
 - **MAINE-ET-LOIRE :**
Cité administrative
26 ter, rue de Brissac
49047 ANGERS CEDEX 01
Tél : 02 41 25 76 00
 - **SARTHE :** 97, avenue Bollée
72070 LE MANS CEDEX 09
Tél : 02 43 40 20 20
 - **VENDÉE :** 29, rue Delille
85023
LA-ROCHE-SUR-YON CEDEX
Tél : 02 51 36 75 00

PICARDIE

► [Retour au sommaire](#)

2 000 Picards participent aux États généraux de la santé

Les États généraux ont donné lieu à 35 manifestations, qui ont concerné quelque 2 000 Picards. Pour sa part, la quatrième conférence régionale de santé, qui s'est tenue le 16 décembre à Amiens en présence de 500 participants, a permis de renforcer la cohérence et le partenariat dans la politique régionale de santé.

La place grandissante de la prévention

Les trois programmes régionaux de santé (PRS) ont connu durant l'année des avancées notables. Ainsi, dans le cadre du PRS cardio-vasculaire, des pôles de prévention ont été créés dans huit hôpitaux-pivots de la région. Parmi les objectifs du PRS "santé des enfants et des jeunes", priorité a été accordée aux luttes contre la maltraitance à l'égard des très jeunes enfants (0-6 ans) et contre les conduites à risque à l'égard des jeunes de 6 à 17 ans. Le PRS "cancer" a été préparé durant l'année, son lancement officiel intervenant en janvier 2000.

La conduite d'actions de proximité liées à la lutte contre le sida, l'alcoolisme et les dépendances en général a aussi représenté une part importante de l'activité des services.

En matière de prévention et d'éducation à la santé, une charte régionale "Prévention et santé des populations" a vu le jour en 1999 à la suite d'un séminaire organisé en février.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	1 857 834 (12)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	13,3
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	15,7
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	8,9
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	52
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	3,9
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	97
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	47
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	57,06
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	22,31
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	8,40
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,24
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,94
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	8
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	27,5
Nombre de points de baignade contrôlés	26
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	2 574

Une intense activité de planification

Le schéma des services collectifs sanitaires a été élaboré selon trois axes stratégiques : le développement du travail en réseau des partenaires sanitaires et sociaux, le renforcement du maintien à domicile des personnes âgées, la prise en compte des demandes des usagers dans l'organisation du système de soins.

Les actions proposées au titre du douzième contrat de plan entre l'État et la Région ont connu une diversification : aux actions de rénovation et de modernisation des structures pour personnes âgées ou handicapées sont venus s'ajouter des propositions d'actions de santé publique, le développement d'actions de veille et d'observation socio-sanitaire ainsi que le renforcement de la formation à l'égard des travailleurs et des formateurs médico-sociaux.

Ont également été définis les axes stratégiques du schéma territorial d'organisation de la transfusion sanguine qui, tout en intégrant la Picardie dans l'établissement de transfusion sanguine Nord de France, situé à Lille, a permis d'ériger le Centre hospitalier universitaire d'Amiens en pôle de référence régional, de confirmer la reconstruction rapide d'un site de transfusion sur Amiens et d'y créer une biothèque interrégionale.

Le plan d'action en santé-environnement a été redéfini autour de quatre champs d'activité prioritaires : les eaux d'alimentation et de loisirs, l'habitat social, l'air et les déchets d'activités de soins.

Inspection et contrôle

La mission interdépartementale d'inspection et de contrôle de Picardie a été installée le 22 octobre 1999 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Son pilotage a été confié au Pharmacien inspecteur régional et à un Inspecteur principal, qui s'appuient sur trois correspondants départementaux. Le programme régional de contrôle a notamment comporté le contrôle du fonctionnement du centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREIA).

Une recomposition de l'offre de soins marquée par les réseaux et la télémédecine

Le schéma régional de l'organisation sanitaire a été arrêté le 26 novembre 1999. Il insiste sur les complémentarités entre les différents acteurs (hôpital, médecine de ville, secteur médico-social), notamment par le développement de réseaux de soins.

A la fin de l'année, quatorze opérations de recomposition de l'offre de soins étaient identifiées. Parmi

les plus notables figurent le projet de regroupement des cliniques privées amiénoises sur un site géographique unique, la réflexion en cours pour le développement de fédérations de services interhospitaliers entre les centres hospitaliers de Creil et de Senlis. Cette politique de coordination est renforcée par l'engagement de tous les partenaires dans la formalisation des réseaux de soins et la mise en œuvre de projets de télémédecine en périnatalité, urgence et cancérologie.

En matière de qualité des soins, le nombre des équipes mobiles de soins palliatifs et de consultations multidisciplinaires de lutte contre la douleur a été augmenté. Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète est demeuré un axe prioritaire. La politique régionale s'est également traduite par l'affectation de moyens supplémentaires en matière de lutte contre les infections nosocomiales, d'accueil et de traitement des urgences, par un effort particulier en matière de périnatalité et par une réflexion sur la stérilisation des dispositifs médicaux.

Un tableau de bord des mesures de lutte contre les exclusions

Mettre en cohérence les actions et dispositifs de la loi de lutte contre les exclusions constituait l'un des objectifs majeurs de l'année en matière d'action sociale. Les trois DDASS picardes se sont vu confier par les préfets le pilotage du pôle interministériel de lutte contre les exclusions. Les commissions de l'action sociale d'urgence (CASU) ont été rapidement mises en place et le schéma régional des formations sociales a été lancé en septembre.

Quatre objectifs stratégiques ont été retenus pour le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis : favoriser l'accès des plus démunis aux droits et aux soins, intensifier la lutte

contre les toxicomanies, renforcer la qualité des actions à l'égard de la santé des jeunes les plus démunis, favoriser les actions de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Les actions d'intégration des populations immigrées ont été accentuées, notamment en matière d'accompagnement scolaire, de médiation sociale et interculturelle et d'habitat social.

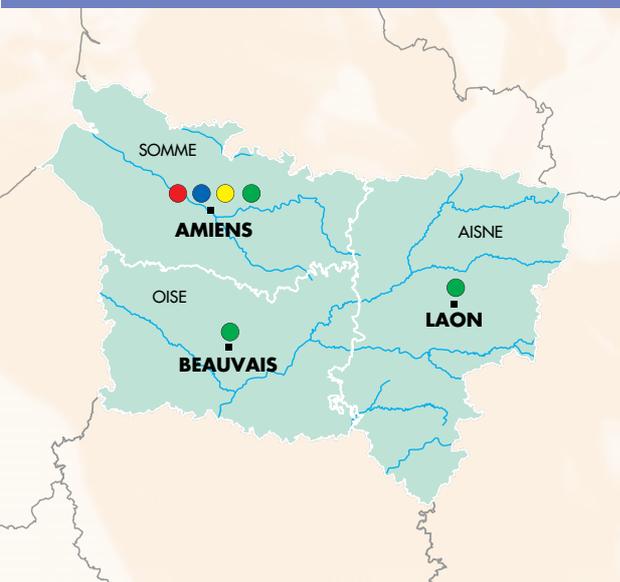
Enfin, les moyens des établissements sociaux et médico-sociaux ont été renforcés avec, en particulier, la création d'environ 110 places supplémentaires en centre d'aide par le travail et en maison d'accueil spécialisée, 18 places de centre d'hébergement et de réinsertion sociale et 208 places de section de cure médicale.

Les actions d'observation sociale ont été développées avec la publication, au dernier trimestre, du recueil du " Croisement d'informations régionalisées " comportant des indicateurs sociaux, sanitaires et économiques. Le suivi des dispositifs de lutte contre les exclusions est assuré grâce à un tableau de bord des mesures de lutte contre les exclusions établi par le chef de projet interdépartemental.

Faciliter l'émergence de projets pour les femmes en milieu rural

Des forums départementaux, organisés sur le thème des nouveaux services/emplois jeunes, ont permis de favoriser la création d'emplois pour les jeunes filles en milieu rural en sensibilisant les publics et en repérant les situations favorables à la création d'emplois. Dans le même ordre d'idées, un livre intitulé " Instants de vie-femmes en milieu rural ", qui met en valeur l'acquisition d'un savoir-faire professionnel par les femmes en milieu rural, transférable au monde de l'entreprise, a été diffusé.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Picardie



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
• 52, rue Daire - 80037 AMIENS CEDEX
Tél : 03 22 82 30 00
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
• 6, rue des Hautes Cornes - 80000 AMIENS
Tél : 03 22 22 33 33
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
• Préfecture de Région - 51, rue de la République - 80020 AMIENS CEDEX
Tél : 03 22 97 81 86
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - AISNE : 28, rue Fernand Christ - 02011 LAON CEDEX
Tél : 03 23 21 52 00
 - OISE : 13, rue Biot - 60022 BEAUVAIS CEDEX
Tél : 03 44 06 48 00
 - SOMME : 3, bd Guyancourt - BP 2704 - 80027 AMIENS CEDEX 1
Tél : 03 22 89 88 33

POITOU-CHARENTES

► **Retour au sommaire**

L'engagement pour la démocratie sanitaire

Les États généraux de la santé ont donné lieu à 26 manifestations principales, qui ont réuni plus de 3 800 participants. Les deux thèmes majeurs en ont été la précarité et l'accès aux soins, d'une part, le vieillissement, d'autre part.

Santé : mobilisation en direction des jeunes

Le déploiement du programme régional de santé "suicide et dépression chez l'adolescent et l'adulte jeune", élaboré en 1997, a été poursuivi et, fin 1999, huit des quinze actions prévues étaient engagées. La santé des jeunes constitue par ailleurs un des objectifs du contrat de plan entre l'État et la Région, qui prévoit d'allouer 22 millions de francs à des programmes de prévention en leur faveur.

Santé environnementale : qualité des eaux et légionelloses

La réalisation d'une plaquette de vingt pages, illustrée et cartographiée, sur la qualité de l'eau distribuée dans la région a permis de sensibiliser les exploitants, les élus et les usagers à la sécurité sanitaire, depuis la surveillance de la production initiale jusqu'à la consommation finale. Diffusée à 2 500 exemplaires et établie à partir des informations techniques recueillies en 1998, cette plaquette sera réactualisée en 2001 à partir des données de l'année 2000.

Afin de prévenir les risques liés à la présence de légionelles dans les réseaux d'eau et les circuits d'air des établissements de santé, une action concertée a été engagée afin de promouvoir de bonnes pratiques d'entretien et des moyens de prévention. Un guide a été diffusé aux 41 établissements concernés afin de les aider à préciser les bases du cahier des charges à respecter pour dresser l'état des lieux. Tous les établissements se sont engagés dans ce processus avec un accompagnement financier de l'agence régionale de l'hospitalisation.

La fin de l'année a été marquée, particulièrement en Charente et en Charente-Maritime, par les plans ORSEC mis en œuvre lors des tempêtes, qui ont fortement mobilisé les directions départementales.

Contrôle : un protocole de mise en œuvre des procédures de suite

Le plan pluriannuel d'inspection et de contrôle de la sécurité sanitaire dans les établissements de santé, engagé en 1997, a été poursuivi. Il porte principalement sur la prévention des infections nosocomiales, la stérilisation des dispositifs médicaux, la sécurité anesthésique, la sécurité transfusionnelle et la qualité des actes de biologie médicale. La conférence administrative régionale a adopté, en juin 1999, un protocole de mise en œuvre des procédures de suites à donner aux observations ou carences constatées à l'occasion des contrôles.

La chirurgie au cœur de la recomposition de l'offre hospitalière

Le schéma régional de l'organisation sanitaire a été arrêté en juillet 1999 par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, tant pour les activités de court séjour et les équipements lourds que pour la psychiatrie. Il s'attache plus particulièrement à l'accueil des urgences, la prise en charge des cancers et des affections cardiaques aiguës, la périnatalité et la prise en charge de la douleur.

Les mouvements de recomposition de l'offre de soins intervenus durant l'année ont essentiellement concerné la chirurgie, tant dans le secteur privé (Angoulême) que dans le secteur public en Nord Deux-Sèvres (Parthenay-Bressuire) et en Nord Charente (Confolens-St Junien).

Des moyens supplémentaires sont venus renforcer la sécurité anesthésique, l'hémovigilance et la lutte contre les infections nosocomiales en milieu hospitalier. La qualité de l'offre de soins a été nettement améliorée au Centre hospitalier universitaire de Poitiers et dans le secteur privé à Royan, Châtellerault, La Rochelle et Angoulême.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	1 640 068 (15)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	10,7
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	26,9
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	10,7
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	49
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,6
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	116
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	65
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	49,88
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	14,26
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	10,06
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,79
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,75
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	7
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	31,9
Nombre de points de baignade contrôlés	120
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	1 478

Un diagnostic régional de la précarité et de la pauvreté

L'application de la loi de lutte contre les exclusions s'est notamment traduite par la mise en œuvre opérationnelle des commissions de l'action sociale d'urgence dans les quatre départements et par l'installation de sept permanences d'accès aux soins de santé dans les établissements de la région. Dans le cadre de la préparation du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins, un diagnostic régional sur la précarité et la pauvreté a été réalisé, faisant ressortir les territoires les plus touchés.

La recherche d'un partage d'informations entre les acteurs du secteur sanitaire et social s'est traduite par la réalisation d'un annuaire santé-social, disponible pour la Charente-Maritime et la Vienne. Le travail partenarial s'est également concrétisé par un séminaire de deux jours en juin, auquel ont participé 120 professionnels, personnels des services déconcentrés de la région et acteurs du service public de l'emploi.

Le fonctionnement des quatre centres d'aide et de redynamisation au travail a fait l'objet d'une évaluation destinée à préciser le positionnement de ces institutions propres à la région Poitou-Charentes et à étudier les conditions de leur évolution vers des structures juridiques classiques.

Mobiliser sur l'accès des femmes aux responsabilités

La délégation régionale et le centre régional d'information sur les droits des femmes ont organisé, le 28 avril 1999, un colloque intitulé «La parité : de la théorie à la pratique». Réunissant élus et chercheurs, il a permis de dresser un état des lieux dans la Vienne et de mieux comprendre les enjeux de la mise en œuvre de la parité dans la sphère politique. L'État et la Région ont par ailleurs mené une action de sensibilisation aux métiers techniques et scientifiques et financé une étude, menée auprès de 400 élèves, sur les déterminants des choix d'orientation des jeunes filles. Afin d'encourager celles-ci à s'intéresser aux nouvelles technologies, un prix de l'initiative féminine a été intégré au concours « Soft qui peut », dans le cadre d'un festival de jeunes créateurs de produits numériques.

Enfin, consciente que l'égalité politique et professionnelle ne peut se construire sans une égalité dans la sphère privée, la délégation régionale a réaffirmé son soutien financier à l'association Mary Poppins, qui propose aux parents de l'agglomération rochelaise, particulièrement à ceux qui ont des horaires décalés, un service de garde d'enfants à domicile intégrant un programme éducatif défini avec chaque famille.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Poitou-Charentes



PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

► [Retour au sommaire](#)

Une large consultation des usagers

La lutte contre la douleur à Avignon, les inégalités géographiques d'accès aux soins à Digne-les-Bains, les perspectives de l'hôpital public à Aix-en-Provence, les soins palliatifs à Gap, l'accès aux soins des personnes en difficulté à Marseille, la santé des jeunes et les conduites à risque à Marseille en présence de 450 personnes et du Secrétaire d'État à la santé... autant de manifestations qui ont largement marqué le début de l'année 1999 en région PACA. Ces rencontres ont également permis de constater la forte motivation des jeunes autour des problèmes de santé. Leurs conclusions ont permis de faire le lien avec les travaux de la conférence régionale de santé, qui s'est tenue le 14 décembre 1999 à Aix-en-Provence autour d'axes prioritaires tels que la santé des jeunes et l'accès aux soins.

Dans la continuité de ces États généraux, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a mis en place une coordination régionale pour le « courrier du citoyen » afin d'assurer une bonne réponse aux usagers mais aussi d'utiliser ces courriers dans le suivi de l'activité et le contrôle des établissements.

Les quatre objectifs du PRAPS

Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) affiche quatre objectifs :

- optimiser les dispositifs d'accès aux droits, notamment afin d'accompagner la mise en place de la CMU,

- améliorer le fonctionnement et la coordination des dispositifs existants afin de favoriser l'accès aux soins et la continuité de ces derniers,
- favoriser et améliorer la prévention et la prise en charge de la souffrance psychique,
- développer les actions et coordonner les intervenants dans le champ de l'éducation à la santé.

En 1999, l'ARH a consacré 6 millions de francs à la création ou au renforcement de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux, portant ainsi à 22 leur nombre dans la région. Par ailleurs, le passage à la CMU a pris un relief particulier dans la mesure où, pour le seul département des Bouches-du-Rhône, 75 000 personnes étaient concernées. L'implication des mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurance a été large dans ce domaine, 117 organismes se déclarant, au 31 décembre 1999, prêts à assurer une protection complémentaire.

Un renforcement des opérations de contrôle

Les opérations de contrôle en matière de sécurité sanitaire se sont multipliées. Ainsi, le contrôle des dispositifs de stérilisation a concerné 48 établissements de la région et l'enquête menée dans ce domaine a permis des progrès sensibles. La sécurité anesthésique a également fait l'objet d'une analyse particulièrement approfondie, qui a permis de procéder à un retour d'information et de recommandations auprès de l'ensemble des établissements.

Mieux évaluer la mise en œuvre du schéma régional de l'organisation sanitaire

Les SROS relatifs à la psychiatrie et aux soins de courte durée ont été publiés par l'ARH. Ils mettent l'accent sur les thèmes des urgences, de la périnatalité, des hôpitaux locaux, de la cancérologie. Une attention particulière a été apportée aux critères de suivi et d'évaluation de ces schémas.

Parallèlement, la recomposition de l'offre de soins s'est poursuivie sous le signe des collaborations, entre établissements publics et privés notamment, et de la mise en place de réseaux (cancérologie, périnatalité, infections nosocomiales, lutte contre la douleur). Une mise en commun des moyens en personnels médicaux va permettre à un certain nombre d'établissements de bénéficier de l'aide de structures plus importantes.

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	4 506 151 (3)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	11,7
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	23,6
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	11,3
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	167
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,9
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	140
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	129
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	35,02
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	12,00
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	6,63
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	2,10
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	2,33
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	22
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	52,0
Nombre de points de baignade contrôlés	462
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	4 804

Sur tous les fronts de la lutte contre les exclusions

Les services de l'État dans la région se sont particulièrement mobilisés sur le volet «emploi» de la loi de lutte contre les exclusions, notamment pour la prise en compte des publics les plus éloignés de l'emploi. S'agissant de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, une réflexion a été menée en partenariat avec les acteurs locaux afin d'adapter les réponses aux besoins des publics et de prendre en compte les actions conduites par les structures et services agissant dans ce cadre.

Une réflexion a également été engagée avec les centres de formation de travailleurs sociaux et les employeurs afin de développer la formation et d'accentuer la professionnalisation. Enfin, le programme « nouveaux services – emplois jeunes » a été poursuivi avec, pour certains emplois-jeunes recrutés par les deux rectorats d'Aix-Marseille et de Nice, la possibilité d'accéder à des formations qualifiantes aux carrières sociales. Soixante jeunes se sont ainsi engagés en 1999 dans une formation d'é-

ducateurs spécialisés, de moniteurs-éducateurs ou d'éducateurs de jeunes enfants.

Le Fonds d'aide aux jeunes, la mise en place des commissions de l'action sociale d'urgence, ainsi que l'accueil des réfugiés kosovars ont également donné lieu à un fort investissement de la part des DDASS.

Prendre en compte l'égalité des chances entre les femmes et les hommes

Des journées sur l'approche intégrée de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes dans les programmes européens (2 et 3 décembre 1999), qui réunissaient plusieurs administrations, ont contribué à leur décloisonnement. Par ailleurs, la délégation régionale a activement participé à la prise en compte de l'égalité des chances dans la nouvelle génération des contrats de plan État/Région, dans la politique de la ville et de l'emploi ainsi que dans les fonds structurels européens. Des actions de sensibilisation et de formation des acteurs de la politique de la ville et de mise en place d'un outil commun de suivi et d'évaluation ont également été étudiées.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
• 23/25, rue Borde - 13285 MARSEILLE CEDEX 8
Tél : 04 91 29 99 99
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
• 141, avenue du Prado - 13008 MARSEILLE
Tél : 04 91 29 92 50
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
• Préfecture de Région - Boulevard Paul Peytral - 13282 MARSEILLE CEDEX 20
Tél : 04 91 15 61 61
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - **ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE :**
Place des recollets - BP 229
04013 DIGNES-LES-BAINS CEDEX
Tél : 04 92 30 88 00
 - **HAUTES-ALPES :** Cité administrative
Desmichels - BP 157
05004 GAP CEDEX
Tél : 04 92 52 54 54
 - **ALPES-MARITIMES :** Centre administratif
Départ. - Route de Grenoble
BP 3061 - 06202 NICE CEDEX 3
Tél : 04 93 72 27 27
 - **BOUCHES-DU-RHÔNE :**
66 A, rue St Sébastien
13281 MARSEILLE CEDEX 06
Tél : 04 91 00 57 00
 - **VAR :** Cité sanitaire
Avenue Lazare Carnot
BP 1302 - 83076 TOULON CEDEX
Tél : 04 94 09 84 00
 - **VAUCLUSE :** Cité administrative
Cours Jean Jaurès - BP 326
84044 AVIGNON CEDEX 9
Tél : 04 90 27 70 00

RÉUNION

► **Retour au sommaire**

Diabète, alcoolisme et sida : trois priorités de santé publique

Trois forums ont été organisés dans le cadre des États généraux de la santé par la DRASS de la Réunion. Cette dernière, qui exerce ses missions au sein d'une région monodépartementale, cumule les attributions d'une DRASS et d'une DDASS. Les quatre programmes régionaux de santé (diabète, alcoolisme, sida et mauvais traitements à enfants) définis par la Conférence régionale de santé en 1997 ont encore largement mobilisé les services en 1999. Les prévalences de l'alcoolisme et du diabète sont trois fois supérieures à celles que connaît la métropole et l'impact de ces deux pathologies sur l'ensemble du système de santé est très fort en raison de la surmortalité et la surmorbidity qu'elles entraînent, notamment dans les domaines de l'insuffisance rénale chronique, des maladies cardiovasculaires ou encore de l'accidentologie.

Lutter contre la réintroduction du paludisme

La lutte contre la réintroduction du paludisme constitue également une priorité dans une île où subsiste l'anophèle, vecteur de la maladie, et dans une zone du monde où continue de sévir le fléau. La stratégie de lutte repose sur le contrôle sanitaire aux frontières, une information et un suivi des voyageurs à risque et une désinfection journalière des gîtes larvaires.

Une activité spécifique de gestion de crises

L'importance des risques sanitaires environnementaux liés à la climatologie, à la géographie et à la géologie génère une activité spécifique de gestion de crises de toutes natures (plans ORSEC cyclones et volcan, pollutions accidentelles ou volontaires des captages d'eau, cas sporadiques de leptospirose, méningite ou paludisme, toxi-infections alimentaires fréquentes...).

Qualité et sécurité des soins : trois principaux axes d'action

L'environnement de la naissance, la lutte contre les infections nosocomiales, l'accueil et le traitement des urgences ont constitué les trois principaux axes d'action en matière de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé. Par ailleurs, dans le cadre du plan régional de contrôle des activités de stérilisation et de désinfection des dispositifs médicaux, six établissements ont été inspectés.

Quatre pôles de soins

Le nouveau schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) a été arrêté le 14 septembre 1999 par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation, ainsi que le schéma d'organisation de la psychiatrie. Les objectifs affichés ont été l'égalité d'accès aux soins, avec en particulier la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé, et une couverture optimale des besoins de santé en favorisant une prise en charge globale et adaptée. Dans cette perspective, le principe d'un système de soins quadripolaire, avec deux centres d'excellence et deux pôles de proximité, a été réaffirmé.

En matière de restructuration, les travaux préparatoires à la restructuration du pôle sanitaire de l'Est, qui implique quatre établissements, ont été engagés : présentation d'un projet médical partagé, proposition d'un statut juridique de regroupement, choix d'un lieu d'implantation à Saint-Benoît. Le projet conduira au regroupement, sur un site unique, des activités du centre hospitalier intercommunal de Saint-André/Saint-Benoît, de la clinique Saint-Benoît, de la clinique médicale de l'Est et de l'Établissement public de santé mentale.

Par ailleurs, un projet de communauté d'établissements a été déposé par le centre hospitalier Félix Guyon et l'Hôpital d'enfants, dans l'objectif de mettre en place une plate-forme de néonatalogie et de pédiatrie.

Les centres hospitaliers Félix Guyon et Sud Réunion ont reçu une aide à l'investissement dans le cadre

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	706 300 (22)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	19,2
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	4,2
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	5,4
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	12
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	3,0
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	100
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	46
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	37,72
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	13,41
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	4,91
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	1,37
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	1,12
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	3
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	156,1
Nombre de points de baignade contrôlés	17
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	575

de leur projet de restructuration, qui porte sur les urgences, la réanimation et les blocs opératoires. Une autre spécificité de l'île est la surcharge de l'activité hospitalière liée à l'augmentation croissante des évacuations sanitaires en provenance de Mayotte. De plus en plus, le plateau technique de la Réunion constitue un recours pour les pays de la zone Sud de l'Océan Indien.

La prééminence de l'État dans le domaine de l'action sociale

Le poids des problèmes sociaux (forte pression démographique, taux de chômage et de RMIstes exceptionnellement élevé...) amènent les services de l'État à jouer un rôle moteur dans le domaine de l'action sociale et du développement social. Cette prééminence ne s'est pas atténuée en 1999. Ainsi, par exemple, le programme régional de lutte contre les mauvais traitements à enfants a permis de remobiliser les différents partenaires sur cette problématique. L'organisation, le 6 février, d'un forum des associations a également contribué à valoriser et à dynamiser les intervenants de l'action sociale.

La mise au point du schéma des handicapés et la mobilisation des services sur la question du retard criant en matière d'équipements, notamment pour l'accueil des enfants handicapés, ont également marqué l'activité de l'année. En effet, 30 % de la population de la Réunion a moins de 20 ans et la natalité y reste forte.

La préparation de la mise en place de la CMU a revêtu un caractère spécifique dans l'île, en raison du nombre important de bénéficiaires de l'aide sociale départementale (380 000, soit 50 % de la population et 6 % de l'effectif national). Les services ont été mobilisés pour le transfert des fichiers de l'aide sociale départementale vers la caisse générale de sécurité sociale, l'accueil des bénéficiaires et l'information des professionnels de santé.

L'instruction des dossiers d'emplois jeunes, dont 50 % (2 600 emplois) concernent le secteur social et médico-social, a également marqué l'activité.

Appliquer la pédagogie de l'égalité des chances

La délégation régionale a élaboré une formation de "femmes agents de l'égalité des chances" pour les demandeuses d'emploi et de femmes fonctionnaires "ressources". Ce projet, appelé "Chrysalide", est réalisé en partenariat avec plusieurs services de l'État et permet aux femmes demandeuses d'emploi, à l'issue de leur formation, d'être embauchées en qualité d'agent de l'égalité des chances ou de rejoindre un nouveau groupe, afin d'aller chercher hors du département des outils pédagogiques et de participer à un concours de projets individuels. Une ou deux lauréates auront l'opportunité de créer leur centre de ressources d'actions en faveur des femmes.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Réunion



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
 - BP 9 - 97408 SAINT-DENIS CEDEX 9
 - Tél : 0 262 48 60 60
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
 - Immeuble Futura - 190, rue des Deux Canons
 - BP 611 - 97497 SAINTE-CLOTILDE CEDEX
 - Tél : 0 262 97 93 60
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
 - Préfecture - 9 avenue de la Victoire
 - 97400 SAINT-DENIS
 - Tél : 0 262 21 39 25

RHÔNE-ALPES

► **Retour au sommaire**

La recherche d'une santé « citoyenne »

Les États généraux de la santé ont rassemblé plus de 10 000 personnes, notamment sur les thèmes de l'hôpital, de la santé au travail, de la santé des jeunes et du progrès médical. En décembre, la conférence régionale de santé a permis de débattre de l'avancement des programmes régionaux de santé consacrés à l'alcool et au suicide et de poser les jalons d'une organisation régionale de la prévention à laquelle le contrat de plan entre l'État et la Région, qui comprend un volet relatif à la santé, devrait efficacement contribuer.

La santé environnementale au premier plan

La qualité de l'air, dans le cadre de la préparation du Programme régional de la qualité de l'air, la qualité des eaux de consommation et de baignade, les bilans de plombémie, les actions de sécurité alimentaire ont figuré parmi les points forts de l'activité en 1999, année notamment marquée par la situation, largement médiatisée, de l'usine Metal-europ à Arnas.

Par ailleurs, le programme de contrôle de la sécurité anesthésique et la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé a concerné une soixantaine d'établissements.

Un guide de mise en œuvre pour le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS)

Le SROS et le schéma particulier de psychiatrie ont été arrêtés le 30 septembre 1999 par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation. Ces schémas ont été diffusés accompagnés de leur guide de mise en œuvre, qui décline, secteur sanitaire par secteur sanitaire, les opérations de recomposition attendues dans les cinq ans. Durant l'année, plusieurs opérations de restructuration ont connu des évolutions sensibles. Il en est ainsi de la fermeture des urgences, de la maternité et de la chirurgie de Nantua, regroupées sur Yonnax, et de la fermeture de la maternité de Chamonix, regroupée avec celle de Sallanches. Au chapitre des fusions, celle de trois établissements de soins de suite d'Hauteville a été réalisée et celle des centres hospitaliers de Romans et de Saint Vallier décidée. Une répartition des activités entre l'hôpital et la clinique d'Aubenas et un regroupement de cliniques à Lyon et à Grenoble sont également intervenus en 1999.

Travail partenarial contre les exclusions

La mise en œuvre de la loi contre les exclusions s'est traduite par la mise en place des commissions de l'action sociale d'urgence (CASU) dans les huit départements de la région. D'importants travaux d'organisation des structures sociales ont été engagés : schéma des centres d'hébergement et de réadaptation sociale, schéma des professions sociales, qui mobilise de nombreux partenaires (près de 1 000 jeunes sont diplômés chaque année dans les métiers du secteur social en Rhône-Alpes), programme régional d'accès à la prévention et aux soins se caractérisant par une prise en compte très attentive des besoins de chaque territoire.

Identifier les problèmes concrets de placements des enfants handicapés

Les DDASS et la DRASS, qui ont accompagné localement le programme de création de places pour les adultes lourdement handicapés, se sont engagées depuis plusieurs années dans une enquête lourde concernant les orientations des Commissions départementales d'éducation spéciale, afin d'identifier les problèmes concrets de placement des enfants. Au total, ce sont plus de 1 200 orientations qui restent difficiles voire sans solution. Cette enquête a néanmoins permis de préparer pour 2000 un plan de résorption de l'écart entre les orientations prononcées par les GDES et les placements possibles.

Personnes âgées : réduire les disparités entre les départements

L'activité des services en matière de prise en charge des personnes âgées a été marquée en

Indicateurs régionaux (au 1^{er} janvier 1999 sauf précision contraire)

Population totale (mars 1999) (rang de la région pour la population)	5 645 407 (2)
Nombre de naissances domiciliées pour 1 000 habitants (1998)	12,7
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus pour 1 000 habitants	18,2
Taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (1998)	8,1
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO)	171
Nombre de lits ou places de MCO, y compris en hospitalisation à domicile (pour 1 000 hab.)	4,4
Densité de médecins généralistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	109
Densité de médecins spécialistes libéraux (taux pour 100 000 hab.)	79
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	78,13
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 hab. de 75 ans et plus)	14,68
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 hab. de moins de 20 ans)	7,73
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,70
Nombre de places dans des établissements de travail protégé (pour 1 000 hab. de 20 à 59 ans)	3,24
Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au 31-12-99	20
Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)	23,5
Nombre de points de baignade contrôlés	234
Nombre de points de captage et d'installations d'eau potable contrôlés	12 386

premier lieu par la préparation de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements mais aussi par un travail mené en partenariat avec les représentants des huit Conseils généraux pour harmoniser le contenu des chartes de qualité. En outre, le contrat de plan entre l'État et la Région devrait permettre de rénover plus de 2000 lits et d'accompagner la constitution de réseaux gérontologiques. Enfin, la programmation des équipements supplémentaires a été effectuée avec l'objectif de réduire les fortes disparités entre départements.

Réfugiés

La région prend une part importante dans l'accueil des réfugiés, de façon ponctuelle - mais massive - comme ce fut le cas en 1999 avec les réfugiés Kosovars (653 réfugiés répartis dans 11 centres d'accueil), mais également de façon plus continue pour les populations tziganes et d'autres ressortissants des pays de l'Est. Des actions nombreuses sont menées pour la prise en charge sanitaire et sociale de ces personnes.

Le rôle des femmes dans le développement du territoire

Dans le cadre du projet européen « TRANSFAIRE », qui a pour objectif de développer des méthodes et des pratiques pour traduire l'égalité entre les femmes et les hommes dans les politiques publiques, deux études ont été menées en Rhône-Alpes. La première, qui souligne le rôle important joué par les femmes dans le développement économique et le maintien des populations en zone rurale, préconise un soutien aux initiatives féminines

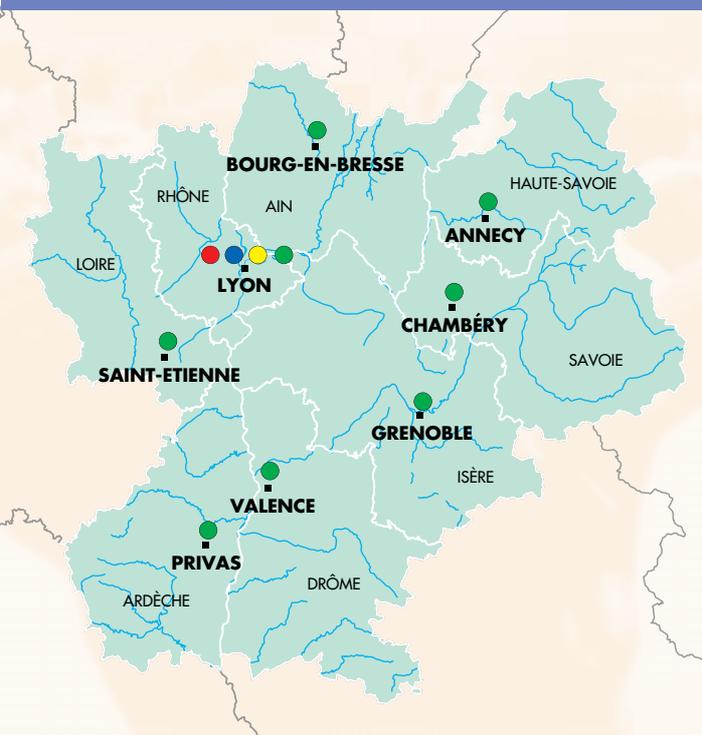
locales, à l'exemple de la « Route de la lavande ». Cette organisation intercommunale a développé une palette d'activités de service favorisant « la vie de pays » et a ainsi créé de nouveaux emplois pour les femmes comme celui de guide du pays. La seconde étude a révélé la faible représentation féminine dans les instances de décision (communes, syndicats intercommunaux et office du tourisme) et a été à l'origine de la constitution d'un réseau entre partenaires locaux afin d'entreprendre des actions positives dans ce domaine.

A par ailleurs été lancée une action expérimentale et d'accompagnement dont l'objectif était d'évaluer l'impact de la réduction du temps de travail sur la vie professionnelle des femmes-cadres et sur leur accès aux postes de responsabilité. Elle a révélé entre autres la nécessité d'une sensibilisation active des partenaires sociaux et des membres des comités d'entreprise.

Évaluer la politique de prévention des caisses primaires d'assurance maladie

Parallèlement aux évaluations des conventions d'objectifs et de gestion des organismes de sécurité sociale, la DRASS a été attentive à replacer son rôle de contrôle dans le cadre des politiques sanitaires et sociales. Elle a ainsi évalué la politique de prévention des caisses primaires, engagé une relation nouvelle avec l'Union régionale des caisses d'assurance maladie, fait de l'accès effectif aux droits une priorité et a veillé à ce que les politiques sociales des caisses d'allocations familiales s'inscrivent au mieux dans les dynamiques départementales.

Coordonnées des services déconcentrés de la région Rhône-Alpes



- **DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales**
• 107, rue Servient - 69418 LYON CEDEX 03
Tél : 04 72 34 31 32
- **ARH : Agence régionale de l'hospitalisation**
• Immeuble Mercure - 94, rue Servient 69003 LYON
Tél : 04 72 84 67 00
- **DRDF : Délégation régionale des droits des femmes**
• 31, rue Mazenod - 69003 LYON
Tél : 04 78 60 60 49
- **DDASS : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales**
 - AIN : 33, avenue du Mail
01012 BOURG-EN-BRESSE CEDEX
Tél : 04 74 32 80 60
 - ARDÈCHE : 2bis, rue de la recluse
BP 715 - 07007 PRIVAS CEDEX
Tél : 04 75 66 78 06
 - DRÔME : 13, avenue Maurice-Faure
BP 1126 - 26011 VALENCE CEDEX
Tél : 04 75 79 70 00
 - HAUTE-SAVOIE : Cité administrative - rue Dupanloup
74040 ANNECY CEDEX
Tél : 04 50 88 41 11
 - ISÈRE : 17/19, rue du
Commandant l'Herminier
38032 GRENOBLE CEDEX 1
Tél : 04 76 63 64 29
 - LOIRE : 4, rue des trois meules
42013 SAINT-ETIENNE CEDEX 2
Tél : 04 77 81 80 00
 - RHÔNE : 245, rue Garibaldi
69442 LYON CEDEX 03
Tél : 04 72 61 39 11
 - SAVOIE : Carré Curial - BP 1803
73018 CHAMBERY CEDEX
Tél : 04 79 60 28 28

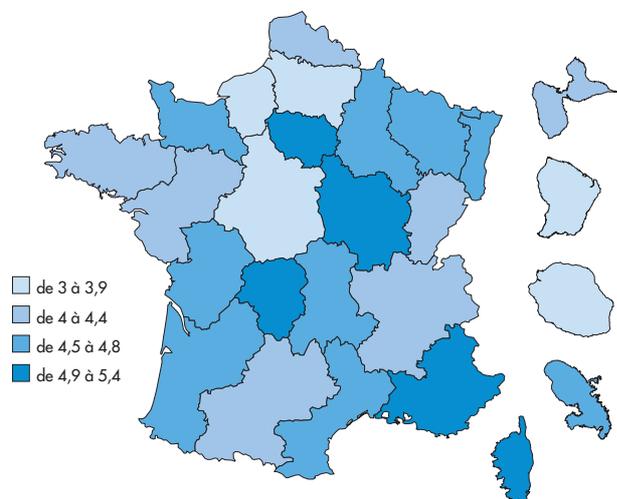
SYNTHÈSE CARTOGRAPHIQUE DES INDICATEURS RÉGIONAUX

► [Retour au sommaire](#)

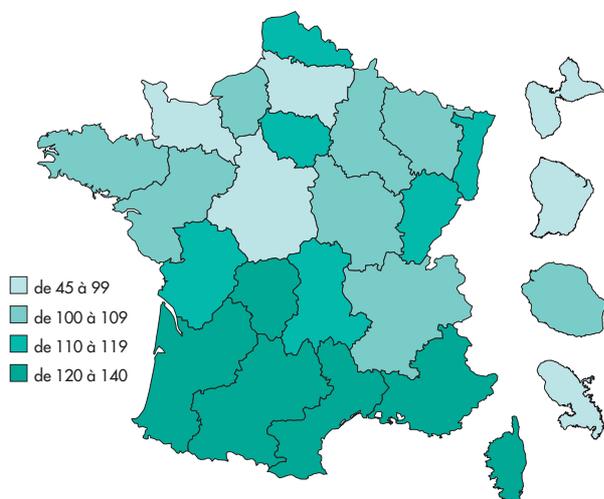
Les données ci-après ainsi que l'essentiel des indicateurs des chapitres de l'action territoriale sont issus de STATISS 2000 :

- Internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>
- CD Rom : à se procurer auprès des DRASS

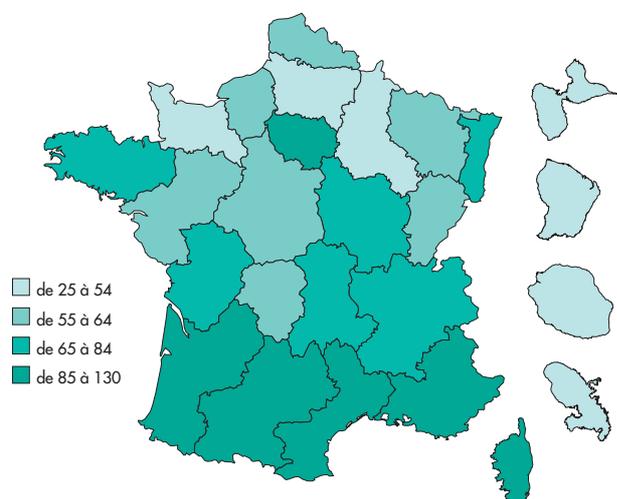
1 Nombre de lits ou places de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (pour 1 000 habitants)



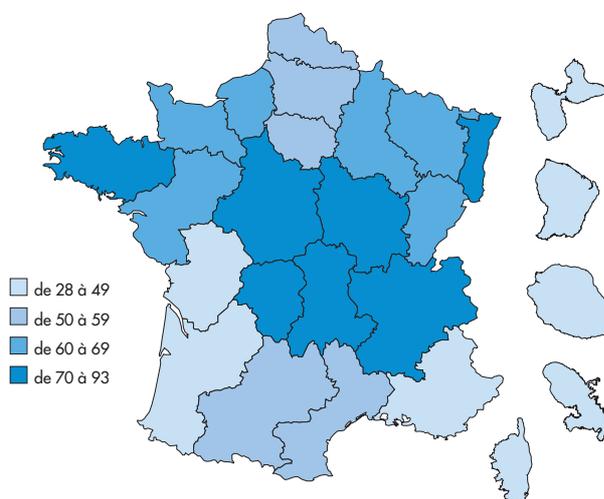
2 Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 habitants)



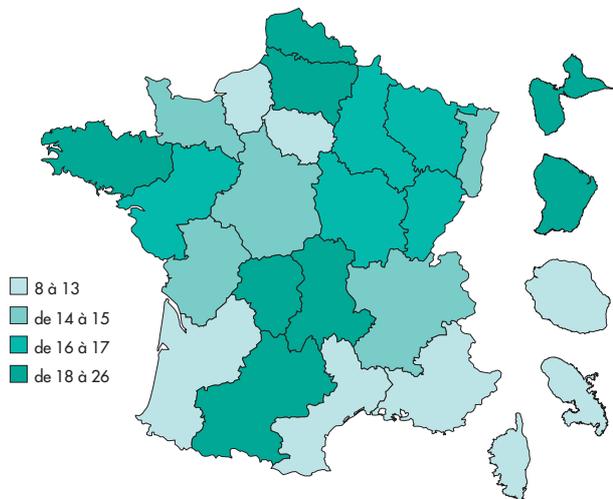
3 Densité de médecins spécialistes libéraux (pour 100 000 habitants)



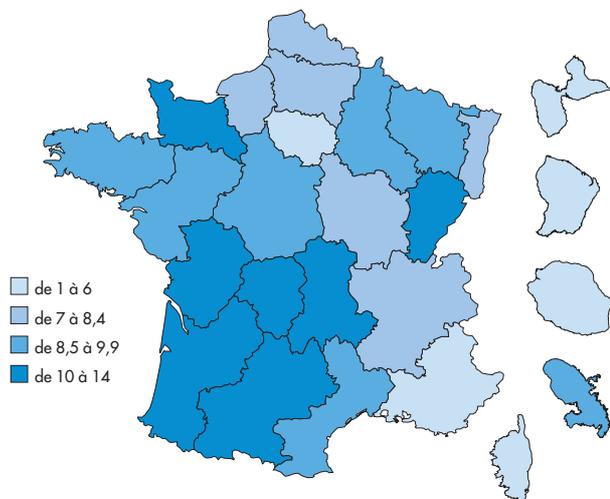
4 Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées (pour 1 000 habitants de 75 ans et plus)



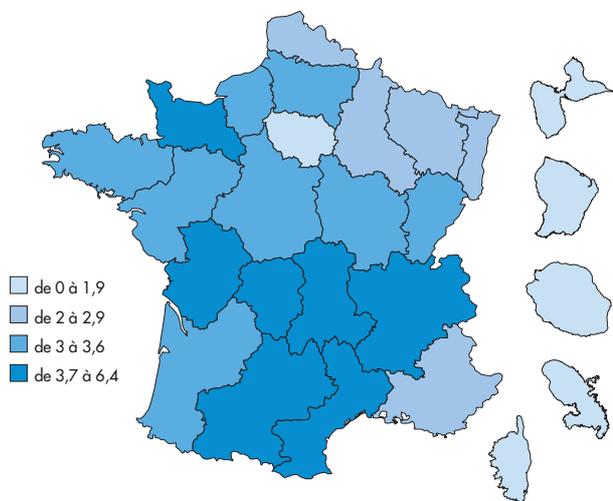
5 Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées (pour 1 000 habitants de 75 ans et plus)



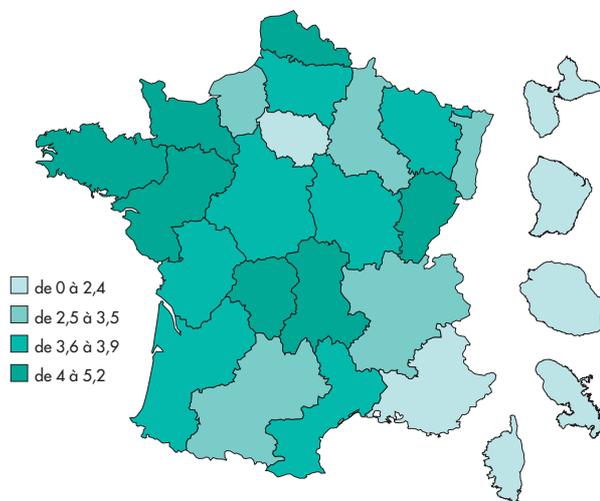
6 Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés (pour 1 000 habitants de moins de 20 ans)



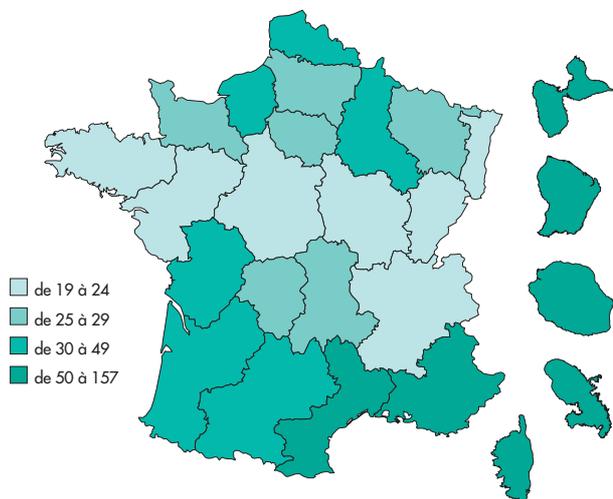
7 Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)



8 Nombre de places dans les établissements de travail protégé (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)



9 Nombre d'allocataires du RMI (pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)





Les annexes

Les principales lois de 1999 concernant le ministère
de l'emploi et de la solidarité (secteur santé-solidarité) - *page 150*

Rapports de référence 1999 - *page 151*

Organigramme du ministère de l'emploi et de la solidarité
(secteur santé-solidarité) - *page 152*

Les principales lois de 1999 concernant le ministère de l'emploi et de la solidarité (secteur santé-solidarité)

► Retour au sommaire

- **Loi n° 99-173 du 10 mars 1999** autorisant l'approbation du protocole additionnel à la charte sociale européenne prévoyant un système de réclamations collectives
- **Loi n° 99-174 du 10 mars 1999** autorisant l'approbation de la charte sociale européenne (révisée)
- **Loi n° 99-198 du 18 mars 1999** portant modification de l'ordonnance n° 45-2339 du 13 octobre 1945 relative aux spectacles
- **Loi n° 99-223 du 23 mars 1999** relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage
- **Loi n° 99-229 du 23 mars 1999** autorisant la ratification du traité d'Amsterdam modifiant le traité sur l'Union européenne, les traités instituant les Communautés européennes et certains actes connexes
- **Loi n° 99-471 du 8 juin 1999** tendant à protéger les acquéreurs et propriétaires d'immeubles contre les termites et autres insectes xylophages
- **Loi n° 99-477 du 9 juin 1999** visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs
- **Loi n° 99-478 du 9 juin 1999** visant à inciter au respect des droits de l'enfant dans le monde, notamment lors de l'achat des fournitures scolaires
- **Loi n° 99-533 du 25 juin 1999** d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire
- **Loi constitutionnelle n° 99-569 du 8 juillet 1999** relative à l'égalité entre les femmes et les hommes
- **Loi n° 99-585 du 12 juillet 1999** tendant à la création de délégations parlementaires aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes
- **Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999** portant création d'une couverture maladie universelle
- **Loi n° 99-882 du 18 octobre 1999** relative à la substitution, à l'expression « aux opérations effectuées en Afrique du nord », de l'expression « à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc »
- **Loi n° 99-899 du 25 octobre 1999** portant habilitation du Gouvernement à prendre, par ordonnances, les mesures législatives nécessaires à l'actualisation et à l'adaptation du droit applicable outre-mer
- **Loi n° 99-944 du 15 novembre 1999** relative au pacte civil de solidarité
- **Loi n° 99-995 du 1^{er} décembre 1999** autorisant l'approbation de l'avenant n° 5 à la convention du 28 février 1952 entre la France et la Principauté de Monaco sur la sécurité sociale
- **Loi n° 99-1038 du 9 décembre 1999** portant ratification des ordonnances n° 98-520 du 24 juin 1998, n° 98-521 du 24 juin 1998, n° 98-523 du 24 juin 1998, n° 98-526 du 24 juin 1998, n° 98-776 du 2 septembre 1998, n° 98-777 du 2 septembre 1998 prises en application de la loi n° 98-145 du 6 mars 1998 portant habilitation du gouvernement à prendre, par ordonnances, les mesures législatives nécessaires à l'actualisation et à l'adaptation du droit applicable outre-mer
- **Loi n° 99-1071 du 16 décembre 1999** portant habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnances, à l'adoption de la partie législative de certains codes
- **Loi n° 99-1121 du 28 décembre 1999** portant ratification des ordonnances n° 98-580 du 8 juillet 1998, n° 98-582 du 8 juillet 1998, n° 98-728 du 20 août 1998, n° 98-729 du 20 août 1998, n° 98-730 du 20 août 1998, n° 98-732 du 20 août 1998, n° 98-774 du 2 septembre 1998 prises en application de la loi n° 98-145 du 6 mars 1998 portant habilitation du Gouvernement à prendre, par ordonnances, les mesures législatives nécessaires à l'actualisation et à l'adaptation du droit applicable outre-mer
- **Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999** de financement de la sécurité sociale pour 2000

Source : table annuelle du Journal officiel de la République française

Rapports de référence 1999

► Retour au sommaire

SANTÉ

- Rapport de Monsieur Alfred Recours au Premier ministre sur les mesures pour lutter contre les méfaits du tabac, intitulé « Politique de santé et fiscalité du tabac »
- Rapport de Monsieur Philippe Kourilsky au Premier ministre sur le principe de précaution
- Rapport du professeur Israël Nisand à la ministre de l'emploi et de la solidarité et au secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale sur les conditions d'accès à l'IVG et ses pratiques
- Rapport des professeurs Reynaud et Parquet au secrétaire d'État à la santé sur l'évaluation du dispositif de soins pour les personnes en difficulté avec l'alcool
- Rapport de Messieurs Reynaud, Parquet et Lagrue intitulé « Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives »
- Rapport du groupe d'experts présidé par le professeur Jean-François Delfraissy sur la prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH
- Rapport de l'Institut de veille sanitaire sur la surveillance des effets sur la santé liés à la pollution atmosphérique en milieu urbain
- Rapport de l'INSERM sur les effets sur la santé des fibres de substitution à l'amiante (rapport établi à la demande de la Direction générale de la santé et de la Direction des relations du travail)
- Rapport de Messieurs André Bonnin et Jean-François Lacronique relatif à la radioprotection des patients

ACTION SOCIALE ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL

- Rapport du Haut Conseil de la population et de la famille intitulé "Famille et chômage"
- Rapport de Madame Dominique Gillot au Premier ministre, intitulé « Un homme

une femme, une femme un homme :
vers la parité en politique »

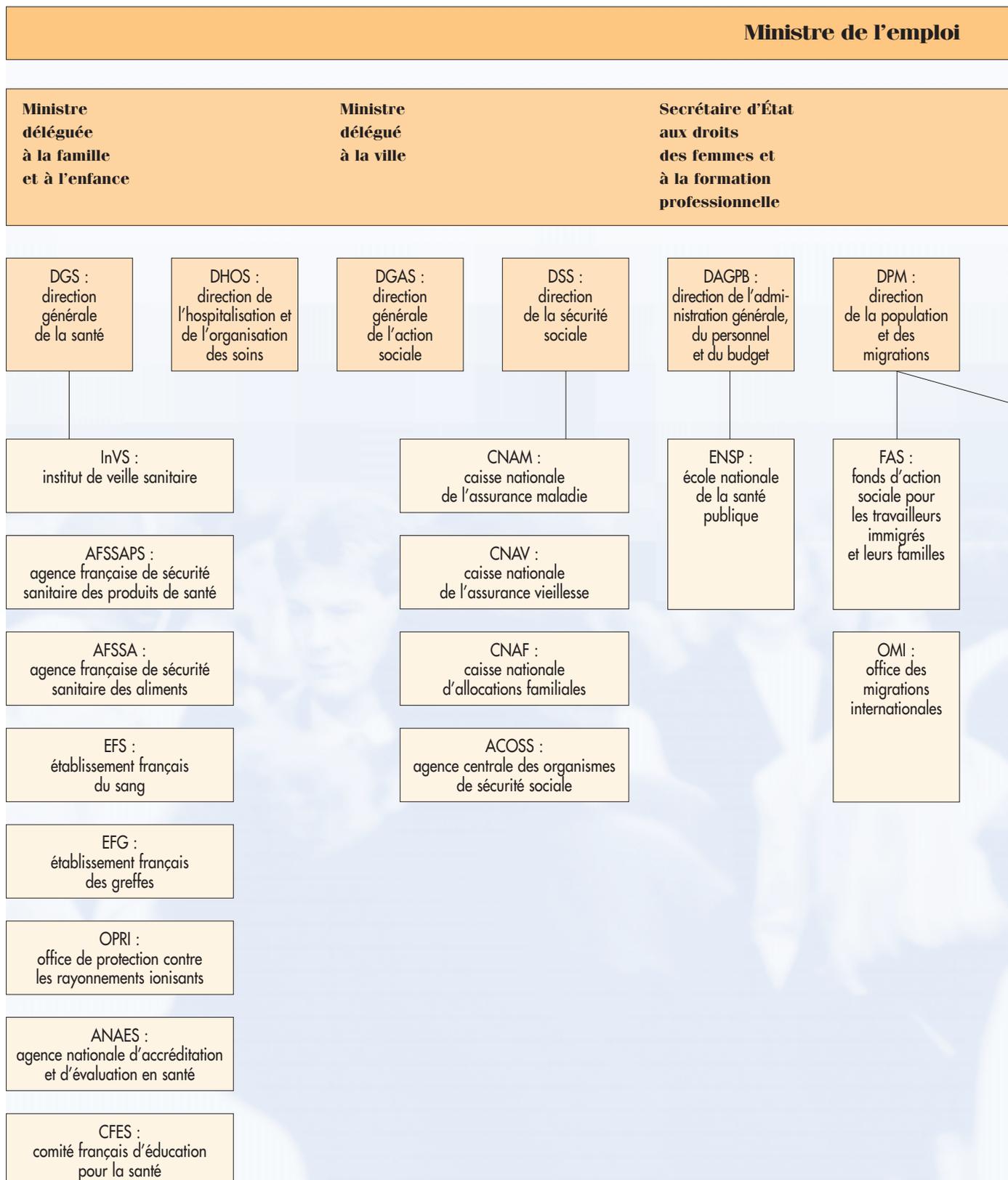
- Rapport de Madame Cerisier-Ben Guiga au Premier ministre, à la ministre de l'emploi et de la solidarité et au ministre des affaires étrangères, intitulé « L'exclusion sociale dans les communautés françaises à l'étranger »
- Rapport de Madame Paulette Guinchard-Kunstler au Premier ministre, intitulé « Vieillir en France : pour une prise en charge plus juste et plus solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie »
- Rapport de Monsieur Jean-Michel Belorgey à la ministre de l'emploi et de la solidarité sur la lutte contre les discriminations liées à l'origine raciale, ethnique, religieuse, réelle ou supposée, intitulé « Lutter contre les discriminations »
- Rapport de Madame Dekeuwer-Défossez au garde des Sceaux, ministre de la justice, intitulé « Rénover le droit de la famille : propositions pour un droit adapté aux réalités et aux aspirations de notre temps »
- Rapport de la mission conjointe de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'allocation aux adultes handicapés
- Rapport de l'IGAS sur « l'accès à l'enseignement des enfants et adolescents handicapés »
- Rapport annuel 1998 de l'IGAS, consacré à la téléphonie sociale et à la formation des cadres du secteur sanitaire et social
- Rapport de Monsieur Michel Thierry, au nom du Comité de pilotage de l'année internationale des personnes Agées, intitulé « Une société pour tous les âges »

PROTECTION SOCIALE

- Rapport de Monsieur Jean-Michel Charpin au Premier ministre, intitulé « L'avenir de nos retraites »
- Rapport de Monsieur Michel Rocard au Premier ministre, intitulé « Mutualité et droit communautaire »

Organigramme du ministère de l'emploi et de la solidarité (secteur santé-solidarité)

► [Retour au sommaire](#)



et de la solidarité

**Secrétaire d'État
à la santé
et aux
handicapés**

**Secrétaire d'État
à l'économie
solidaire**

Délégations interministérielles :

DIES : délégation interministérielle à l'innovation sociale
et à l'économie sociale

DIF : délégation interministérielle à la famille

DIV : délégation interministérielle à la ville

DIPH : délégation interministérielle aux personnes handicapées

DREES : direction
de la recherche,
de l'évaluation,
des études et
des statistiques

SDFE :
service
des droits
des femmes
et de l'égalité

SICOM :
service de
l'information
et de la
communication

DAR :
délégation
aux rapatriés

DAEI :
délégation
aux affaires
européennes et
internationales

IGAS :
inspection
générale des
affaires
sociales

INED :
institut
national
d'études
démographiques

- 22 directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS)
- 102 directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS)
- 26 agences régionales de l'hospitalisation (ARH)
- 26 déléguées régionales aux droits des femmes
- 75 chargées de missions départementales aux droits des femmes
- Correspondants régionaux et délégués départementaux à la vie associative

L'organigramme ci-dessus tient compte de la réforme de l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité telle qu'elle résulte du décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000.

Coordination éditoriale : Eric Waisbord
avec la collaboration de Catherine Baude,
Marcelle Lecourt,
Catherine Mermilliod.

Crédit photographique : AFP Éric Feferberg - Croix Rouge Française (page 60),
Corel, Digital Vision, Photo Alto, Photodisc, x.

