

Rapports d'activité ministériels 2002



Préface des ministres
Introduction générale
Organigramme
Version Word

L'administration sanitaire et sociale

Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées

L'administration du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité



Préface

C'est avec beaucoup de plaisir que nous mettons à la disposition du public les rapports d'activité du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées pour l'année 2002.

Ces rapports ont été rédigés conformément à la lettre du 2 décembre 2002 du ministre de la fonction publique et du secrétaire d'Etat à la réforme de l'Etat. Celle-ci réaffirme la pertinence, pour chaque ministère, de poursuivre la publication d'un rapport d'activité annuel dans un souci de transparence et de lisibilité de l'action administrative, essentiel au bon fonctionnement de la démocratie.

La complémentarité des compétences, le fait que plusieurs directions ou services sont placés sous notre autorité commune nous ont logiquement conduits à présenter deux rapports conjoints sur l'activité des ministères sociaux en 2002. Dans un souci de clarté et de logique, les grandes politiques menées par nos ministères sont présentées dans deux rapports correspondant à l'activité de l'administration sanitaire et sociale, d'une part, de l'administration du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, d'autre part.

Pour l'administration sanitaire et sociale, sont retracées les activités des secteurs de la santé, de la protection sociale et de l'action sociale. Pour l'administration du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, sont réunies les politiques des relations et conditions du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Enfin, pour chacune de ces deux grandes administrations, il convient d'évoquer les fonctions transversales, communes pour une partie d'entre elles : l'égalité entre les femmes et les hommes, l'inspection et le conseil, l'action internationale, l'observation, l'expertise et la prospective, et enfin le fonctionnement des services.

Chacun des deux rapports consacre une part importante à l'action territoriale, menée par les services déconcentrés, régionaux et départementaux, des deux réseaux de mise en œuvre des politiques. Cette action de proximité, sur le terrain, est celle qui concerne directement le citoyen.

Pour la diffusion de ce rapport, nous avons choisi la voie électronique, car elle permet une diffusion à la fois rapide, souple et économique et elle préfigure ce que sera l'outil principal de l'administration de demain.

Tel qu'il se présente, ce rapport nous apparaît présenter de façon suffisamment complète, mais aussi suffisamment synthétique, l'activité de nos ministères. Il doit donc constituer une référence, une source d'information et un outil de travail pour tous ceux qui s'intéressent aux actions de l'Etat en matière d'emploi, de travail, de santé et de solidarité.

M. François FILLON
Ministre des Affaires sociales,
du Travail et de la Solidarité

M. Jean-François MATTEI
Ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées



Introduction

Les attributions des deux ministères sociaux de plein exercice, au sein du gouvernement constitué en mai 2002, couvrent l'ensemble des politiques sanitaires et sociales relevant de la compétence de l'Etat, en réponse à la forte demande de notre société.

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement en matière de travail, d'emploi et de formation professionnelle, d'assurance vieillesse, d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'action sociale, de lutte contre l'exclusion et d'intégration. Il est également chargé des droits des femmes, de la politique de la ville et de la politique en faveur des personnes âgées.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans le domaine de la protection de la santé, de l'assurance maladie-maternité, de la famille, de l'enfance et de l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées.

Pour exercer leurs missions ils s'appuient sur les administrations compétentes qui sont structurées en deux réseaux : l'administration sanitaire et sociale que se partagent les deux ministres et l'administration du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle qui relève du ministre des affaires sociales, du travail et de l'emploi. Les deux administrations ont en commun certains services de l'administration centrale comme l'inspection générale des affaires sociales et la division des affaires européennes et internationales.

Les deux rapports ministériels rendent compte, de façon conjointe, pour l'année 2002, de l'activité respective de l'administration sanitaire et sociale, d'une part, de l'administration du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, d'autre part.

En outre, l'activité du ministre délégué à la ville et à la rénovation urbaine fera l'objet d'un rapport spécifique.

Organigramme

Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

MINISTRE DELEGUE A LA VILLE ET A LA RENOVATION URBAINE	MINISTRE DELEGUE A LA PARITE ET A L'EGALITE PROFESSIONNELLE	SECRETARE D'ETAT A LA LUTTE CONTRE LA PRECARITE ET LES EXCLUSIONS	SECRETARE D'ETAT AUX PERSONNES AGÉES	MINISTRE DELEGUE A LA FAMILLE	SECRETARE D'ETAT AUX PERSONNES HANDICAPEES
--	---	---	--------------------------------------	-------------------------------	--

Services de l'administration du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle				Services de l'administration sanitaire et sociale					
relevant du ministre des affaires sociales du travail et de la solidarité				relevant du ministre des affaires sociales du travail et de la solidarité		communs aux deux ministères		relevant du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées	

Administration centrale

DGEFP Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle	DRT Direction des relations du travail	DAGEMO Direction de l'administration générale et de la modernisation des services	DARES Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques	DPM Direction de la population et des migrations	SDFE Service des droits des femmes et de l'égalité	DIES Délégation interministérielle à l'innovation sociale et à l'économie sociale	DIV Délégation interministérielle à la ville	DSS Direction de la sécurité sociale	DGAS Direction générale de l'action sociale	DAGPB Direction de l'administration générale, du personnel et du budget	DGS Direction générale de la santé	DHOS Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins	DGNSR Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection
Structures transversales													
			IGAS Inspection générale des affaires sociales	HFD Haut fonctionnaire de défense		DAEI Délégation aux affaires européennes et internationales		DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	SICOM Service de l'information et de la communication		DIF Délégation interministérielle à la famille	DIPH Délégation interministérielle aux personnes handicapées	

Services déconcentrés

26 DRTEFP 101 DDTEFP	26 DRASS 96 DDASS 26 Délégues régionales aux droits des femmes 75 Chargées de missions départementales aux droits des femmes
---------------------------------------	---

Etablissements publics sous tutelle

ANPE Agence nationale pour l'emploi	ANACT Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail	CEREQ Centre d'études et de recherche sur les qualifications	FASILD Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations	CNAM Caisse nationale de l'assurance maladie	FAPA Fonds de financement de l'APA	ENSP Ecole nationale de la santé publique	INVS Institut de veille sanitaire	AFSSAPS Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	AFSSA Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFPA Association nationale pour la formation professionnelle des adultes	OPPBTP L'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics	CEE Centre d'études pour l'emploi	OMI Office des migrations internationales	CNAV Caisse nationale de l'assurance vieillesse	FOREC Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale	AFSSE Agence française de sécurité sanitaire environnementale	EFSS Établissement français du sang	EFG Établissement français des greffes	
UNEDIC Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce	CNASEA Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles	CENTRE INFO Centre pour le développement de l'information sur la formation permanente	INED Institut national d'études démographiques	CNAF Caisse nationale d'allocations familiales	FRR Fonds de réserve des retraites	ANAES Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	IRSN Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire	
				ACOSS Agence centrale des organismes de sécurité sociale	FSV Fonds de solidarité vieillesse	ONIAM Office national d'indemnisation des affections iatrogènes et des maladies nosocomiales	ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	THERMES D'AIX-LES-BAINS	
						ARH Agences régionales de l'hospitalisation	INSERM Institut national de la recherche médicale		



W■ Préface des ministres

Introduction générale

Les textes au format Word

W■ L'administration sanitaire et sociale

Les textes au format Word

W■ L'administration du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

Les textes au format Word



L'administration sanitaire et sociale



Ministère des Affaires sociales,
du Travail et de la Solidarité

Ministère de la Santé, de la Famille
et des Personnes handicapées

Rapport d'activité 2002

Sommaire

Les politiques 6

- Introduction
- Les chiffres clés

- La santé
- La protection sociale
- L'action sociale
- L'égalité entre les femmes et les hommes
- L'inspection et le conseil
- L'action européenne et internationale
- L'évaluation, l'expertise et la prospective
- Le fonctionnement des services

L'action territoriale 72

- Les 26 régions

Les annexes198

- Les chronologies
- Les lois votées
- Les rapports de référence



Introduction

Une forte demande de nos concitoyens

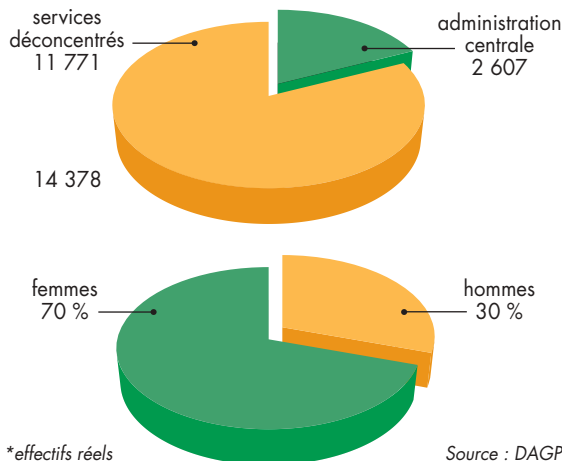
*L'*administration sanitaire et sociale dont disposent, à la fois le ministre des Affaires sociales, du travail et de la solidarité et le ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, est en première ligne pour répondre à une demande sociale pressante. Les attentes de nos concitoyens sont en effet de plus en plus fortes vis-à-vis de l'Etat qui doit apporter des réponses à des questions difficiles, qu'il s'agisse de la santé, de la solidarité, de l'insertion des personnes handicapées et des populations en difficulté.

Acteurs majeurs de la santé et de la solidarité, les services de l'administration sanitaire et sociale ont à mettre en œuvre les priorités fixées par le Gouvernement dans de nombreux domaines :

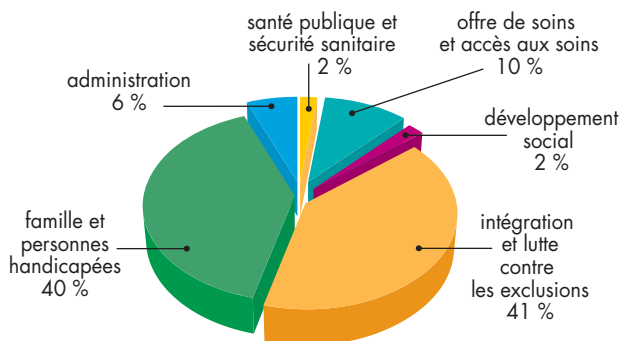
- la santé : l'une des priorités-clefs pour laquelle l'action collective doit être renforcée pour donner à tous, les conditions de vivre en bonne santé et combattre les maux qui s'appellent cancer, maladies transmissibles, Sida, ...
- la sécurité sanitaire : qui appelle une vigilance de tous les instants et le développement d'un dispositif de veille encore plus performant,
- les personnes handicapées : qui doivent trouver une meilleure intégration dans la société, à l'école, dans le monde du travail, dans les loisirs, ...
- la protection sociale : pilier de notre modèle social, qui doit faire l'objet d'une réforme permanente pour l'adapter aux besoins de nos concitoyens et aux moyens financiers alloués,
- la lutte contre les exclusions et la précarité dans ses différents aspects : emploi, logement, accès aux soins, intégration, lutte contre les discriminations,
- la politique familiale : qui doit compenser les charges d'accueil et d'éducation des enfants,
- l'égalité entre les femmes et les hommes dans les responsabilités, le travail, la vie quotidienne,
- l'action sociale, avec le renforcement des actions en faveur des publics les plus fragiles.

Les chiffres clés de l'administration sanitaire et sociale

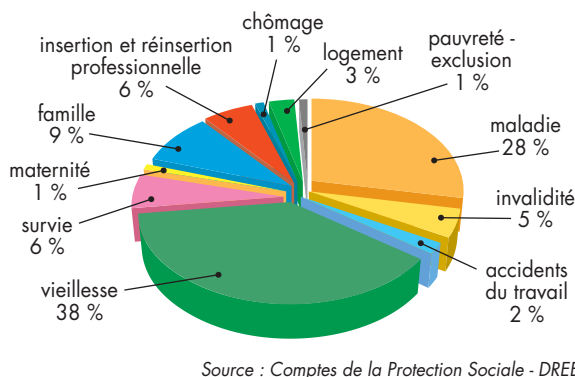
Les effectifs *



Le budget en 2002 : 16,953 milliards d'euros

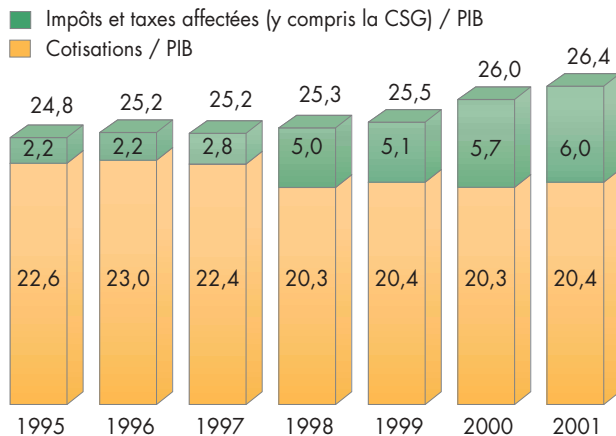


Les dépenses sanitaires et sociales de la nation en 2001 : 417,5 milliards d'euros



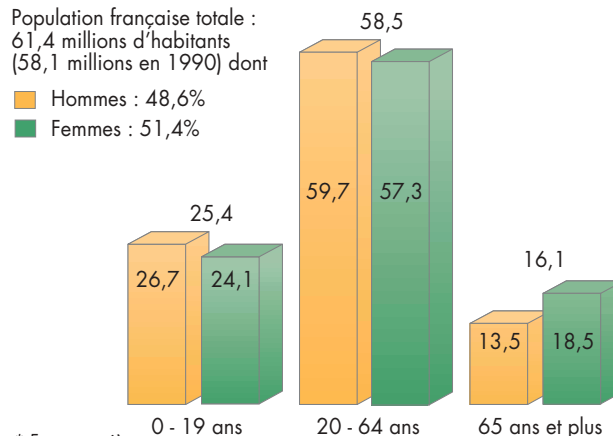
Evolution du poids du financement de la protection sociale dans le Produit Intérieur Brut (PIB)

(en %)



Répartition de la population française par sexe et âge au 1^{er} janvier 2003*

(en %)



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

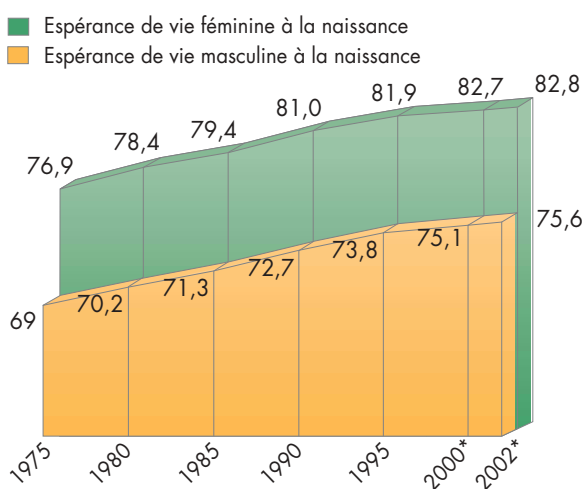
(en milliers)

		1968	1975	1990	2002**
Ensemble des familles	Enfants	12 063	12 176	14 965	15 685
Répartition des familles* selon le nombre d'enfants (célibataires de moins de 25 ans)	0	4 346	4 876	6 064	7 897
	1	2 967	3 333	3 664	3 885
	2	2 333	2 665	3 343	3 436
	3	1 256	1 293	1 349	1 300
	4	592	540	348	329
	5	280	239	116	92
	6 et plus	289	230	81	46

*Familles : ensemble d'au moins deux personnes résidant dans le même logement, soit en couple marié ou non, avec ou sans enfant, soit un parent seul élevant un ou plusieurs enfants. La construction d'une famille se fonde seulement sur une résidence commune : elle n'impose aucun lien de sang entre l'enfant et les adultes qui l'élevé. Par exemple, l'ensemble formé par un enfant, sa mère (biologique) divorcée et le nouveau conjoint de celle-ci constitue une famille.

** Estimation à partir de l'enquête Emploi de mars 2001 et mars 2002.

Evolution de l'espérance de vie à la naissance



Source : Bilan démographique 2002 n°882-janvier 2003 - INSEE
Champ : France métropolitaine de 1975 à 1995
Champ : France entière à partir de 2000
*Provisoire

Evolution des causes de décès entre 1920 et 1999

(en %)

Causes de décès	1920	1950	1980	1990	1999
Maladies infectieuses et parasitaires	18,4	6,3	1,3	1,8	1,5
Tumeurs	4,7	14,8	23,5	27,0	27,6
Maladies de l'appareil respiratoire	14,2	8,1	6,1	7,2	8,2
Maladies de l'appareil digestif	3,1	4,3	6,5	5,1	4,7
dont cirrhose	0,9	1,3	2,7	1,8	1,6
Maladies de l'appareil circulatoire	13,5	31,5	37,4	33,2	30,7
Anomalies congénitales et périnatales	3,5	2,9	0,5	0,3	0,3
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	4,2	5,2	9,2	9,2	8,1
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	1,9
Symptômes, signes et états morbides mal définis	22,4	19,3	6,2	6,0	18,9
Autres causes	16,0	7,6	9,3	10,2	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Champ : France métropolitaine. Source : INSERM

Minima sociaux en 2001

	Effectifs*		Prestations**
	Allocataires	Population totale couverte (estimation)	en millions d'euros
Allocation d'insertion (AI)	36 900	48 000	120,9
Allocation veuvage	19 000	28 500	92,4
Allocation supplémentaire d'invalidité	105 000	157 500	261,6
Allocation de parent isolé (API)	160 700	437 908	748,2
Allocation de Solidarité Spécifique (ASS)	391 000	939 769	2 182,9
Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)	710 800	1 183 843	4 094,7
Allocation supplémentaire Vieillesse	670 000	883 060	2 012,7
Revenu Minimum d'Insertion (RMI)	938 459	1 891 815	4 598,9
Ensemble des minima sociaux en métropole	3 031 859	5 577 745	14 112,3
DOM	270 800	522 920	
France entière	3 361 600	6 100 665	

*Sources : CNAF, Msa, Unédic (Fna), CNAMTS, CNAV

**Source : Comptes de la protection sociale

Les politiques

■ La santé	7
■ La santé publique	7
■ L'organisation des soins	21
■ La protection sociale	27
■ L'action sociale	34
■ La lutte contre les exclusions	34
■ La famille et l'enfance	36
■ Les personnes âgées	37
■ Les personnes handicapées	40
■ La population et les migrations	41
■ L'économie sociale et solidaire	44
■ L'égalité entre les femmes et les hommes	46
■ L'inspection et le conseil	51
■ L'action européenne et internationale	57
■ L'évaluation, l'expertise et la prospective	63
■ Le fonctionnement des services	65



La direction générale de la Santé a des missions riches et variées : définir et conduire la politique de prévention, développer la qualité des pratiques de santé, renforcer la sécurité sanitaire. Ces tâches nécessitent un travail de fond soutenu, mais son calendrier de travail est également rythmé par des événements sanitaires non programmés, épidémies ou accidents par exemple. A ceux-ci s'ajoutent les chantiers législatifs mobilisateurs.

À ce titre, la direction a conduit, en 2002, plusieurs chantiers législatifs majeurs. Outre la loi du 4 mars 2002, elle a entamé la préparation du projet de loi relatif à la politique de santé publique, la révision de la législation sur la recherche biomédicale, ainsi que le projet de loi relatif à la bioéthique.

La gestion des risques infectieux a conduit à vacciner, à la fin de l'année, 280 000 personnes contre la méningite.

Du point de vue des risques liés l'environnement, on retiendra le naufrage du pétrolier Prestige.

Dans le cadre de la prise en compte du bio-terrorisme après les attentats du 11 septembre 2001, la DGS a participé à la mise en place du plan Biotox.

De grands programmes de prévention - tels la lutte contre le tabagisme, la prévention des hépatites ou le programme national nutrition-santé - ont été mis en œuvre. La lutte contre le cancer, chantier présidentiel lancé le 14 juillet 2002, s'est notamment concrétisée par le début de la généralisation du dépistage du cancer du sein et par la présidence d'une commission d'orientation qui a rendu public son rapport en Janvier 2003. Les pages qui suivent détaillent ces actions et d'autres encore.

POLITIQUES DE SANTÉ ET STRATÉGIES

Reconnaître et renforcer les droits des usagers

Le Parlement a adopté la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce texte vise à mieux reconnaître, expliciter et renforcer les droits des personnes dans leur relation avec le système de santé. Il porte sur le droit à l'information mais aussi sur le droit de prendre les décisions concernant sa santé (consentement) et d'accéder aux informations personnelles détenues par les professionnels ou les institutions de santé. Le décret d'application relatif à l'accès au dossier médical (décret n° 2002-637 du 29 avril 2002) précise la procédure et permet sa mise en application effective.

Des objectifs de santé publique axés sur la prévention

Àu début de l'été, un nouveau chantier important s'est ouvert : la préparation du projet de loi relatif à la politique de santé publique. Dès septembre 2002, des consultations ont été lancées. Environ 200 à 300 personnes ont participé à chacune des réunions dans les régions. Celles-ci se sont échelonnées jusqu'en décembre 2002.

Les objectifs de ce projet de loi sont les suivants :

- définir une politique de santé publique ambitieuse afin de réduire la mortalité et la morbidité évita-

bles, ainsi que les disparités régionales de santé :

- fixer des objectifs pluriannuels de santé ;
- affirmer la responsabilité de l'État en matière de politique de santé publique et le rôle du Parlement, devant lequel le gouvernement rendra compte de ses résultats tous les cinq ans. L'État ne s'arroge pas le monopole de l'action en santé publique, mais organise, sous son autorité, un partenariat associant les nombreux acteurs publics et privés concourant à l'amélioration de la santé des Français ;
- développer la recherche et la formation en santé publique.

La France en retard pour la prévention

Si, pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la France dispose du système de santé le plus performant, ce jugement vaut surtout pour la qualité de son système de soins. En revanche, l'action sur les comportements et l'environnement, qui déterminent l'état sanitaire à moyen et long terme, mérite d'être renforcée. L'approche nationale de la santé privilégie en effet les aspects curatifs, au détriment de la prévention. Notre pays se caractérise également par une mortalité "prématurée" (avant 60 ans) ou évitable relativement forte, et par d'importantes disparités sociales, avec des conséquences régionales.

Le projet de refonte des politiques de santé publique veut donc contribuer à pallier ces insuffisances.

En tout, 100 objectifs de santé ont été retenus. Tous figurent dans le rapport annexe, qui précise les principes et la méthode guidant l'élaboration d'une meilleure politique de santé publique. Ils constitueront un vaste tableau de bord, qui permettra d'améliorer le pilotage du système, de mieux analyser ses forces et ses faiblesses et d'évaluer sa performance. Le but est de permettre à chaque acteur de terrain de mieux situer son rôle et le sens de son action. Susceptibles d'être atteints à l'horizon de cinq ans, ces objectifs reposent sur un travail d'expertise auquel ont été étroitement associés l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et de très nombreux partenaires : Académie de médecine, Assurance maladie, agences sanitaires...

Une quarantaine de ces objectifs ont pu être quantifiés, lorsque la qualité des informations disponibles le permet. C'est le cas, par exemple, pour l'alcool, le tabac ou la nutrition. D'autres ne pourront l'être sans la production préalable d'informations épidémiologiques ou de nouvelles connaissances scientifiques. Il reste donc des progrès à accomplir pour améliorer les systèmes d'information en matière de santé.

Le groupement régional en santé publique, nouvel outil d'intervention

Les structures intervenant en santé publique sont multiples et chacune a son utilité. Mais elles sont dispersées et atteignent rarement une taille critique suffisante pour être performantes. Le projet de loi propose donc un mécanisme souple, permettant à celles qui souhaitent concourir à la politique de santé publique de s'associer, au niveau régional, au sein d'un groupement d'intérêt public (GIP) dans lequel l'État est majoritaire. Les régions peuvent cependant définir et conduire des programmes de santé spécifiques, complémentaires de la politique portée par l'État.

Les priorités

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique s'appuie sur l'élaboration de plans stratégiques pluriannuels, mis en œuvre progressivement. Pour les années 2004-2008, il sera proposé au Parlement de développer ces plans dans cinq domaines :

- cancer ;
- violence, comportements à risque et conduites addictives ;
- santé environnementale ;
- qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- maladies rares.

La révision de la législation sur la recherche biomédicale

Introduite dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique, cette révision importante concerne les dispositions du titre II du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, elles-mêmes introduites dans le code par la loi du 20 décembre 1988, dite "loi Huriet-Sérusclat".

Cette révision répond à une double nécessité :

- transposer en droit interne la directive 2001/20/CE relative aux essais cliniques de médicaments ;
- adapter l'ensemble législatif existant. Depuis 1988, en effet, les acteurs de la recherche biomédicale ont été nombreux à s'exprimer sur ce point, à partir de leur expérience quotidienne. Des travaux parlementaires ont également identifié un certain nombre de lacunes dans le dispositif actuel. Le projet tend donc à adapter l'ensemble au contexte européen et international de la recherche, tout en protégeant les personnes qui se prêtent à la recherche biomédicale. Les principaux changements sont les suivants :
- remplacement de l'actuel régime de déclaration par un régime d'autorisation, en application de la directive ;

- suppression de la distinction entre “recherches avec bénéfice individuel direct” et “recherches sans bénéfice individuel direct” ;
- adaptation des conditions de participation des personnes vulnérables à la recherche biomédicale ;
- adaptation des règles de consentement pour les recherches portant sur des personnes hors d'état d'exprimer leur consentement ;
- modification du rôle des comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale. Ils deviennent les “comités de protection des personnes” et ne sont plus seulement consultatifs.

LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

Autour de la périnatalité

Les commissions régionales de la naissance (CRN), créées par un arrêté du 8 janvier 1999, contribuent à définir et mettre en œuvre la politique régionale périnatale. Elles ont pour rôle de favoriser le développement de réseaux - notamment ceux de prise en charge des femmes en situation précaire - de proposer les adaptations régionales de la politique périnatale nationale, d'impulser des actions de formation, d'organiser une réunion annuelle d'information des professionnels et de concourir à l'évaluation des actions régionales en périnatalité.

Un premier bilan de leur fonctionnement, à la fin de 2001, a conduit à l'organisation d'une journée nationale le 31 janvier 2002, à laquelle ont assisté plus de 200 professionnels. Ceux-ci ont pu échanger sur les expériences des différentes CRN en matière d'organisation des soins périnatals, d'accès des femmes à l'IVG, de liens entre précarité et périnatalité, de prise en charge et de prévention des troubles psychologiques et psychiatriques en périnatalité.

Les CRN sont des outils indispensables pour piloter la politique périnatale régionale, en accord avec les objectifs de santé publique fixés par la loi. Il est donc essentiel de les soutenir.

Par ailleurs, un arrêté du 30 avril 2002 a instauré un Comité technique national sur l'échographie de dépistage prénatal. Les échographistes étaient en effet soucieux de promouvoir une politique de qualité de l'échographie fœtale. Ils souhaitaient également développer une stratégie d'information du public et des familles sur l'intérêt et les limites de cet examen, afin d'endiguer les effets négatifs de l'arrêt Perruche et de ses suites juridiques sur les professionnels et le public.

Ce comité travaille donc, depuis sa constitution, au rythme d'une séance mensuelle. Six groupes de travail se consacrent respectivement à l'information des patientes, à la revalorisation des actes d'échographie obstétricale, au contrôle de qualité des appareils, à la formation continue, à la transmission

des résultats des examens et à l'expertise. À terme, le comité devra formuler des propositions pour faire progresser la qualité et la sécurité des actes. L'échographie occupant une place fondamentale dans l'ensemble du diagnostic prénatal, la profession attend avec impatience les résultats de ces travaux.

La formation des professionnels de santé, à l'aube de réformes majeures

Une réflexion a été engagée, en 2002, sur la mise en place d'une première année d'études commune aux professions de santé. Dans cette perspective, une commission pédagogique nationale, présidée par le professeur Debouzie et dont le ministère de la Santé est membre de droit, a été constituée le 10 avril 2002. Elle doit remettre ses conclusions en juillet 2003 aux ministres chargés de l'Enseignement supérieur et de la Santé.

Cette première année des études de santé devrait concerner la plupart des professions répertoriées dans le code de la santé publique. Sa mise en place pourrait être envisagée, à partir de la rentrée 2004, sur au moins deux sites expérimentaux, évalués au bout de trois ans, avant d'être étendue de façon progressive.

Quotas en hausse

Afin de répondre aux besoins croissants de professionnels de santé, dans les secteurs hospitalier et libéral, en particulier dans certaines régions, une nouvelle dynamique de formation a été mise en œuvre au cours de ces dernières années.

Les quotas d'entrée en formation dans les filières paramédicales ont connu une augmentation très significative : + 43 % entre 1999 et 2002 pour les infirmiers, + 12 % pour les masseurs-kinésithérapeutes, par exemple. Elle sera encore accentuée en 2003, ce qui devrait permettre de résoudre à court terme les difficultés constatées aujourd'hui.

En ce qui concerne les professions médicales et pharmaceutiques, une inflexion à la hausse des numéros a été engagée depuis 1999 : + 38 % en médecine, + 6 % pour les odontologistes, + 31 % pour les sages-femmes et + 5 % pour les pharmaciens. Cette évolution sera poursuivie et renforcée dans une perspective pluriannuelle.

Un travail sur les cadres infirmiers en partenariat avec les pays candidats à l'Union européenne

La direction s'est engagée dans le programme communautaire Leonardo da Vinci, financé par la Commission européenne. L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris en est le promoteur pour ce qui concerne les professions de santé.

La finalité du projet Léonardo da Vinci 2 est de développer et de renforcer les compétences des cadres infirmiers, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients à l'hôpital. À partir d'observations et d'échanges entre les différents pays, un référentiel du métier de cadre infirmier et un guide de recommandations pour la formation seront réalisés. Les compétences requises pour exercer les fonctions de cadre seront clarifiées et des dispositifs de formation continue ou initiale élaborés. Ces travaux seront diffusés dans chaque pays participant.

La Belgique, la Bulgarie, l'Espagne, la France, la Hongrie, le Portugal et la République tchèque, organisés en huit sites pilotes, sont engagés dans ce projet, auquel les services du ministère participent à titre d'expert.

POLITIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ

Une évaluation renforcée des médicaments...

La politique du médicament s'est fixé un objectif d'amélioration de l'évaluation des médicaments et de bon emploi des deniers publics.

Cette évaluation renforcée doit permettre de mieux appréhender l'impact des médicaments admis au remboursement sur l'état de santé de la population, mais aussi sur le système de santé. La manière dont ils s'inscrivent ou non dans des politiques publiques en la matière sera également appréciée. Les médicaments susceptibles d'avoir un tel impact font donc l'objet, dans la convention qui accompagne leur inscription au remboursement, d'une clause prévoyant de telles études. En 2002, celles-ci ont été demandées, par exemple, pour un nouvel antibiotique, ainsi que pour le vaccin anti-pneumococcique. Leurs résultats pourraient servir de base à la réévaluation du service médical rendu. Celle-ci sera effectuée lors du renouvellement de l'inscription d'un médicament sur la liste des spécialités remboursables.

Dans le même temps, la politique en faveur des génériques a été renforcée par la parution, en octobre 2002, du décret relatif à la prescription en dénomination commune et par l'avenant à la convention nationale des médecins généralistes, signé le 5 juin 2002. Aux termes de ce dernier, les médecins s'engagent à rédiger leurs prescriptions médicamenteuses en génériques.

... accompagnée d'une meilleure prise en compte de la santé publique

La Commission européenne a entamé, en novembre 2001, une révision du code commu-

nautaire des médicaments, dans le but de mieux prendre en compte la santé publique et de renforcer, dans la perspective de l'élargissement de l'Union, l'attractivité du système d'évaluation européen. Le ministère de la Santé s'est particulièrement mobilisé sur ce sujet tout au long de l'année. Il a participé activement au groupe de travail du Conseil, afin de défendre les préoccupations françaises sur les aspects relatifs à l'évaluation des médicaments, à la pharmacovigilance et à l'équilibre entre l'encouragement à l'innovation et le développement des génériques.

La réforme dans le domaine des dispositifs médicaux

Dans ce secteur, l'année 2002 a été marquée par la mise en œuvre de la réforme de la prise en charge des dispositifs médicaux par les organismes d'assurance maladie. L'ancien tarif interministériel est remplacé par l'inscription sur la Liste des produits et prestations (LPP), sur avis de deux instances :

- la Commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP), chargée d'examiner le service rendu. Le processus d'évaluation sera donc plus rigoureux, à l'image de la pratique actuelle en matière de médicament ;
 - le Comité économique des produits de santé (CEPS), qui propose les tarifs de remboursement et, le cas échéant, les prix des produits inscrits.
- Au-delà de l'examen des nouvelles demandes d'inscription, les travaux ont porté aussi sur la refonte de la liste. Une description générique des produits remplace désormais le nom de marque (exemples : lecteurs de glycémie, orthèses de cheville ou audioprothèses pour adultes). La liste des produits remboursables est simplifiée et l'arrivée des nouveaux produits sur le marché facilitée.

Les médicaments vétérinaires

L'année 2002 a été marquée par la publication d'un rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et du Comité permanent de coordination des inspections (COPERCI) sur la distribution du médicament vétérinaire. À la suite de ce rapport - et compte tenu de l'importance pour la santé humaine d'une bonne dispensation du médicament aux animaux destinés à la consommation - le ministère de la Santé a engagé, avec le ministère de l'Agriculture, une refonte des textes réglementaires. L'objectif est d'assurer un meilleur contrôle et d'améliorer, sur le terrain, la coordination des inspections, qui relèvent de plusieurs départements ministériels.

Les produits cosmétiques

Le ministère de la Santé, en liaison avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de

santé (AFSSAPS), a participé activement aux travaux de la Commission européenne en vue de modifier la directive communautaire sur le sujet. Celle-ci envisage, pour protéger les utilisateurs, une interdiction de l'utilisation de substances cancérigènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction (CMR), une meilleure information par l'étiquetage de 26 substances parfumantes allergènes et l'indication d'une période pour l'emploi du produit après ouverture.

Les produits de santé d'origine humaine

Un décret du 2 septembre 2002, relatif aux conditions de préparation et de conservation des tissus utilisés à des fins thérapeutiques, a parachevé le dispositif d'encadrement sanitaire des greffons tissulaires.

La loi de modernisation sociale de janvier 2002 a, par ailleurs, prévu la modification du statut du Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies. Du statut de GIP, il passe à celui d'établissement public industriel et commercial. Cet organisme, qui dispose du monopole de fractionnement du plasma d'origine française, pourra ainsi faire face aux évolutions du marché national et international des médicaments dérivés du sang et des produits de biotechnologie substitutifs. Il répondra aussi aux besoins des patients dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité.

ÉTHIQUE ET DROIT

La bioéthique

En janvier 2002, un projet de loi relatif à la bioéthique et portant révision de la loi de 1994 a fait l'objet d'une première lecture à l'Assemblée nationale. Il porte notamment sur les points suivants :

- création d'une agence de la biomédecine,
- principe d'interdiction du clonage à finalité reproductrice érigé en crime contre l'espèce humaine,
- ouverture limitée dans le temps et très encadrée de la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires,
- dispositions relatives à la brevetabilité des gènes humains et aux licences d'office,
- élargissement du champ des donneurs vivants d'organes.

La navette parlementaire, interrompue par les élections présidentielles et législatives, n'a pas repris en 2002. Toutefois, le gouvernement a annoncé qu'il poursuivrait la procédure parlementaire à partir du texte adopté à l'Assemblée nationale. À la fin de 2002, la direction a préparé, sur cette base, le débat devant le Sénat, prévu pour le début de 2003.

Sur le même sujet, la direction a poursuivi diverses actions internationales ou communautaires. Ainsi, elle a participé activement - aux côtés du ministère de la Justice et sous l'égide du ministère des Affaires étrangères - aux négociations, engagées sur une initiative franco-allemande, devant la 6^e Commission de l'Organisation des Nations unies (ONU). Celles-ci ont pour objectif d'élaborer une convention internationale réglementant l'interdiction du clonage reproductif humain.

Les travaux engagés au Conseil de l'Europe, dans le cadre du Comité directeur de bioéthique, ont abouti à l'adoption, en décembre 2002, d'un projet de recommandation sur la xénotransplantation. Ce même comité a partiellement adopté, le 31 décembre 2002, le projet de protocole additionnel à la convention de biomédecine sur la recherche biomédicale.

Par ailleurs, le ministère de la Santé concourt à la mise en œuvre du plan d'action du gouvernement, lancé en novembre 2002 par la ministre déléguée aux Affaires européennes, et destiné à améliorer la transposition des directives en droit interne.

Indemnisation des accidents médicaux

La loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale a modifié la loi du 4 mars 2002. Désormais, les infections nosocomiales les plus graves seront prises en charge par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux. Le cadre juridique des contrats d'assurance de responsabilité civile médicale a également été modifié.

Par ailleurs, les décrets d'application du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux, prévu par la loi du 4 mars 2002, ont été publiés.

Indemnisation des victimes de l'amiante

À travers sa participation au conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), la direction a contribué à l'élaboration du barème de réparation intégrale des préjudices subis par les personnes exposées à l'amiante, visées à l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale.

Indemnisation des victimes de dommages post-vaccinaux

Dans le cadre du régime de responsabilité sans faute de l'État visé à l'article L. 3111-9 du Code de la santé publique, la direction a instruit et soumis 95 demandes d'indemnisation à la commission de règlement amiable des accidents vaccinaux. Celle-ci s'est réunie à trois reprises en 2002.

LES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

La lutte contre le cancer, un chantier présidentiel

Avec 278 000 cancers en 2000 contre 160 000 en 1980, la France connaît une augmentation majeure de l'incidence des cancers, due au vieillissement de la population mais aussi au tabac (en augmentation chez les femmes) et à l'alcool, sur lesquels la culture française reste très permissive. Lors de son allocution du 14 juillet 2002, le président de la République a placé la lutte contre le cancer au nombre des trois "chantiers" du quinquennat. Une commission d'orientation, présidée par le directeur général de la santé et composée de treize experts, a été mise en place pour en définir le contenu et les modalités de fonctionnement. À partir d'un bilan de l'organisation de la lutte contre le cancer en France, elle a formulé des propositions concrètes et chiffrées d'amélioration du dispositif en donnant, si nécessaire, des axes de réformes. La commission s'est réunie 11 fois au cours du dernier trimestre 2002. Plus de 80 personnes intervenant dans le secteur de la cancérologie (professionnels de santé, associations de patients...) ont été auditionnées. Un rapport dressant l'état des lieux et formulant des propositions a été rendu public le 16 janvier 2003.

En France, le diagnostic précoce et le dépistage individuel des cancers est très accessible, mais il existe encore des disparités de recours au dépistage organisé, reconnu comme le plus efficace. Ainsi, celui du cancer du sein n'était mis en œuvre que dans 33 départements à la fin de 2001. L'année 2002 donc a été celle du début réel de la généralisation avec, en particulier, le lancement des appels à candidatures pour les structures de gestion par les régions. Par ailleurs, deux appels à candidatures ont permis de sélectionner les 22 premiers départements pilotes pour un dépistage organisé du cancer colo-rectal. Tous les outils nécessaires à la mise en place de ces programmes de dépistage (CD-Rom de formation, brochures pour le public et les professionnels), réalisés avec la Ligue nationale contre le cancer, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et l'INPES, sont maintenant disponibles.

Poursuivre et améliorer la lutte contre les hépatites virales

La prévalence, en population générale, de la séropositivité au VHC est estimée à 1,1 % et le nombre de sujets séropositifs entre 500 000 et 650 000, dont 80 % porteurs du virus. La prévalence varie selon la région (Centre : 0,8 % ; Île-de-France : 0,9 % ; Lorraine : 1 % ; Provence Alpes Côte d'Azur : 1,7 %) et augmente avec l'âge, en particulier chez les femmes après 65 ans. Au sein de

l'Union européenne, la France occupe une position intermédiaire pour la prévalence de l'hépatite C. Le plan gouvernemental de lutte contre les hépatites, annoncé en février 2002, s'inscrit dans la continuité du plan 1999-2002 pour les hépatites C, mais s'étend aussi aux hépatites B. Ses orientations prioritaires portent sur la prévention des risques de contamination, notamment lors des soins, l'incitation au dépistage et l'amélioration de la prise en charge. Sa mise en œuvre s'appuiera sur les enseignements de l'évaluation - en cours - du plan précédent et sur des outils de communication diffusés dans ce cadre.

Le traitement de l'hépatite C a fait l'objet, en début d'année, d'une conférence de consensus. Celle-ci a conduit à saisir le Haut comité médical de la sécurité sociale sur l'actualisation des conditions d'exonération du ticket modérateur pour les malades, afin de faciliter leur accès aux soins. Des modalités de dispensation ville-hôpital des médicaments ont été définies. Par ailleurs, la campagne d'incitation au dépistage a été poursuivie et des réunions régionales organisées pour renforcer la politique de prévention des risques en milieu carcéral.

Le programme national nutrition-santé

De bons comportements alimentaires et l'exercice physique sont des facteurs prépondérants pour préserver le capital santé et éviter la survenue ou l'aggravation de nombreuses pathologies (diabète, maladies cardio-vasculaires, cancer). En ce domaine, la publication, en septembre, des guides alimentaires La Santé vient en mangeant : le guide alimentaire pour tous, version grand public et version professionnels, a constitué le point fort de l'année 2002.

La Santé vient en mangeant

220 000 exemplaires de ce guide de la nutrition ont été vendus en kiosques entre le 17 septembre et le 20 novembre 2002. La diffusion s'est accompagnée d'une campagne de promotion (affichage et presse).

Les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les Caisses d'allocations familiales (CAF), les réseaux mutualistes, l'INPES, des établissements publics administratifs, des services déconcentrés et des collectivités territoriales ont également assuré une distribution gratuite de ce document.

Par ailleurs, environ 150 000 exemplaires de la version "professionnels" ont été adressés aux médecins libéraux, médecins hospitaliers, médecins du travail, médecins scolaires, pharmaciens, diététiciens et infirmiers, accompagnés d'outils d'évaluation nutritionnelle des enfants et des adultes. Cette action sera poursuivie avec la conception d'un guide alimentaire spécifiquement destiné aux enfants et aux adolescents. Son contenu scientifique sera défini par l'AFSSA.

Enfin, la campagne de promotion de la consommation de fruits et légumes s'est poursuivie, en liaison avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'INPES, et la synthèse sur "Alimentation, nutrition et cancer" a été finalisée.

Maladies chroniques et personnes âgées

Quatre nouveaux programmes annoncés en 2002 portent sur l'asthme, la réduction des risques cardiovasculaires, le développement des soins palliatifs et les soins pour personnes âgées fragiles. Les priorités portent sur la surveillance épidémiologique, la prévention et l'amélioration de la prise en charge.

La réflexion sur l'éducation thérapeutique a été très présente et a débouché sur l'élaboration d'une circulaire d'appel à projets pour le diabète, les maladies cardiovasculaires et l'asthme. Près de 300 projets sont remontés au ministère. Le partenariat avec les associations de patients intervenant dans le domaine des différentes pathologies concernées s'est confirmé. Des subventions ont été accordées à de nombreuses actions associatives : organisation de colloques ou de journées associatives, information du public et soutien aux patients, téléphonie sociale, formation et information des professionnels de santé.

LES AGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE OU DE SÉCURITÉ SANITAIRE

Pour mettre en œuvre les fonctions transversales, la DGS pilote, coordonne et anime, pour ce qui la concerne, les agences intervenant dans le domaine de la santé publique et de la sécurité sanitaire. Ce réseau s'est étoffé en 2002, avec la création de deux nouvelles agences, l'AFSSE et l'INPES (voir encadrés). Il regroupe donc désormais :

- l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) ;
- l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) ;
- l'Établissement français des greffes (EFG) ;
- l'Établissement français du sang (EFS) ;
- l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
- l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Plusieurs chantiers ont été poursuivis en ce domaine au cours de cette année :

- Avec le soutien de la Délégation interministérielle de la réforme de l'État (DIRE), la direction a mis en œuvre, conformément au plan d'actions

pour l'amélioration de la tutelle, des axes de pilotage dans le domaine du cadrage stratégique : mise à jour du guide méthodologique des contrats d'objectifs et de moyens, création de tableaux de bord, pilotage des instances consultatives et délibératives, réflexion sur les systèmes d'information partagés entre la tutelle et les agences.

- Des réunions régulières avec les secrétaires généraux des agences ont été organisées, en liaison avec la Direction de l'administration générale, du personnel et du budget (DAGPB). Elles étaient axées sur les aspects administratifs et financiers de la tutelle.

- Le contrat d'objectifs et de moyens de l'InVS a été signé et le comité de suivi installé ; cette démarche de contractualisation a été entamée avec l'ANAES et l'AFSSA.

L'AFSSE

L'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) est un établissement public administratif de l'État, placé sous la tutelle des ministres chargés de l'Environnement et de la Santé.

Ses missions consistent à :

- contribuer à la sécurité sanitaire dans le domaine de l'environnement ;
- évaluer les risques sanitaires liés à l'environnement ;
- fournir au gouvernement l'expertise et l'appui scientifique et technique nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires ;
- procéder ou faire procéder à toute expertise, analyse ou étude ;
- organiser un réseau entre les organismes disposant des capacités d'expertise scientifique dans son domaine de compétence ;
- établir un rapport annuel d'activité adressé au gouvernement et au Parlement, puis rendu public ;
- informer le public : ses avis et recommandations sont consultables sur son site Internet.

L'AFSSE peut être saisie par les services de l'État, les établissements publics ou les associations agréées. Elle peut aussi s'auto-saisir.

Dirigée par le docteur Michèle Froment-Védrine depuis avril 2002, elle est installée à Maisons-Alfort (94) depuis décembre 2002. Son conseil d'administration associe des représentants de l'État, d'associations agréées, d'organisations professionnelles et du personnel, ainsi que des personnalités qualifiées. Il est présidé par Guy Paillotin, ingénieur général des mines. L'AFSSE est assistée par un conseil scientifique et par des comités d'experts spécialisés. Les compétences, la composition et la durée du mandat de ces derniers seront fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la Santé et de l'Environnement.

suite page 14

Les activités scientifiques de l'AFSSE sont réparties au sein de trois départements : expertises intégrées, risques-société-recherche, et valorisation scientifique. Structure légère, l'AFSSE s'appuie sur les services de l'État et sur quinze autres établissements publics, avec lesquels elle noue des relations contractuelles de partenariat durable. Elle s'assure également du concours d'organismes publics ou privés de recherche ou de développement, d'universités et établissements d'enseignement supérieur, de collectivités territoriales et de personnes physiques.

En 2002 - année de sa création - son budget partiel était de 2,03 M€. Il sera de 3,52 M€ en 2003, auquel il faut y ajouter 1,12 M€ de crédits de paiements du BCRD (budget civil de recherche et développement), pour 1,52 M€ en autorisations de programmes. En 2003, première année complète de fonctionnement, ses effectifs seront de 29 postes de personnel permanent.

L'INPES

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est un nouvel établissement public, placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé. Créé par la loi du 4 mars 2002, il s'est constitué à partir de la transformation du Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

Son champ de compétence couvre à la fois des thèmes (conduites addictives, maladies infectieuses ou chroniques, équilibre de vie, risques de la vie courante, santé mentale) et des lieux (lieux de soins, milieu scolaire et périscolaire, milieu du travail, lieux d'accueil des publics précaires, collectivités territoriales, services régionaux d'éducation pour la santé).

Ses missions, très élargies, regroupent :

- l'expertise et le conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- le développement de l'éducation pour la santé ;
- la mise en œuvre des programmes de prévention.

L'INPES est notamment chargé :

- de constituer un réseau national documentaire, spécialisé dans les théories et les pratiques relatives à la prévention et à la promotion de la santé ; ce réseau est ouvert au grand public, aux associations et aux professionnels ;
- d'établir, en lien avec les professionnels concernés, les critères de qualité pour les actions, les outils pédagogiques et les formations d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, de valider et diffuser les référentiels de bonnes pratiques dans ces domaines ;
- d'émettre un avis sur tout outil et programme de prévention et de promotion de la santé ;
- de concevoir et produire les différents supports des programmes nationaux de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, notamment les documents d'information, outils pédagogiques et campagnes de communication ;

- d'identifier, soutenir, effectuer ou participer à des formations, études, recherches et évaluations en rapport avec ses missions ;

- d'accréditer les organismes de prévention et de promotion de la santé qui en font la demande, sur la base d'un cahier des charges rendu public ;

- de participer à l'action européenne et internationale de la France, notamment au sein d'organismes et de réseaux chargés de développer l'éducation thérapeutique, l'éducation pour la santé, la prévention et la promotion de la santé. Poursuivant les engagements pris par le CFES, l'Institut est centre collaborateur de l'OMS pour le tabac et l'alcool. Il est membre fondateur de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), qu'il accueille dans ses locaux. Il participe à plusieurs réseaux internationaux francophones, ainsi qu'à des programmes de l'Union européenne, tout particulièrement dans le domaine de la prévention du cancer.

En 2002, son budget était de 70,9 M€ et son effectif de 109 personnes.

SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Des normes européennes et internationales dans la lutte contre le tabac

L'élaboration des normes européennes et internationales sur ce sujet a largement dominé l'activité du ministère de la Santé, qui a défendu et transposé la directive sur l'étiquetage des produits du tabac. Mais, surtout, des négociations au sein de l'Union européenne ont abouti à l'adoption, le 2 décembre 2002, de la directive restreignant sensiblement la publicité pour le tabac dans les États membres, dont plusieurs n'ont pas de législation comparable à la loi Evin. Elles ont également débouché sur une recommandation relative à la prévention du tabagisme chez les jeunes. L'activité internationale a aussi été marquée par l'adoption de la Déclaration de Varsovie en février. Celle-ci conforte les préoccupations européennes de santé publique, qui ont été soulignées lors de la négociation de la convention-cadre internationale de lutte contre le tabac, adoptée en 2003 sous l'égide de l'OMS.

Au plan strictement national, le ministère de la Santé a lancé, par le biais de l'INPES, une campagne d'alerte sur les substances vénéneuses présentes dans la fumée de cigarette. Celle-ci a eu un impact considérable dans l'opinion. Le soutien du ministère aux associations a aussi été accru, en particulier pour renforcer le respect de la réglementation.

Mais 2002 a également été une année de préparation stratégique, avec des contributions majeures

en matière de législation auprès de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et l'amorce de son engagement dans la coordination de la vigilance judiciaire. Enfin, une collaboration a été mise sur pied avec la Commission d'orientation sur le cancer. La nécessité d'une relance de la prévention du tabagisme a partout été mise en exergue. Au total, 2002 a renoué avec la diminution des ventes de tabac, après une période de stagnation amorcée en 1998.

Un nouvel étiquetage pour les produits du tabac

Adoptée le 5 juin 2001, la directive 2001/37/CE du Conseil et du Parlement européens, concernant l'étiquetage des paquets de tabac, a fait l'objet d'une double procédure de transposition, en raison du calendrier parlementaire exceptionnel de l'année 2002. Ainsi, l'arrêté du 25 mars 2002 transposait les dispositions de la directive relevant du domaine réglementaire. L'objectif était de signifier à la Commission l'engagement des autorités françaises et la détermination du ministère de la Santé à défendre la directive, attaquée devant la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) par une question préjudicielle introduite par des multinationales du tabac. Validée par la CJCE le 10 décembre 2002, la directive a été transposée sur une base légale par la loi de financement de la sécurité sociale 2003. Ce processus a été parachevé avec l'arrêté du 5 mars 2003.

L'amélioration de la prise en charge de la santé mentale des détenus

À la suite du rapport des inspections générales des affaires sanitaires et sociales et des services judiciaires, le ministère de la Santé a développé, en 2002, un programme national destiné à améliorer la qualité des soins et la prévention sanitaire au profit des personnes détenues.

En matière de santé mentale, et dans le prolongement des travaux d'un groupe interministériel Santé/Justice, le ministère de la Santé a fondé ses actions sur un triple objectif :

- diversification des soins ambulatoires en milieu pénitentiaire ;
- amélioration de la qualité de la prise en charge en milieu hospitalier ;
- inscription de la prise en charge globale dans la perspective d'un travail en réseau des différents acteurs de la psychiatrie, en lien avec le secteur social.

L'article 48 de la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a donc réformé les conditions d'hospitalisation pour motifs psychiatriques des personnes détenues présentant des troubles mentaux. L'hospi-

talisation à temps complet en établissement de santé s'opère dans des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). La prise en charge et le traitement des auteurs d'infractions sexuelles incarcérés a donné lieu à un travail interministériel. Les thérapeutes intervenant en milieu pénitentiaire bénéficieront ainsi de formations spécifiques. D'autres actions ont débuté en 2002 afin d'aider les professionnels à combattre le suicide en milieu carcéral. Elles s'adressent aux personnels pénitentiaires et de santé.

La suspension de peines pour raison médicale (handicap et vieillissement) a été inscrite dans la loi du 4 mars 2002. Une circulaire co-signée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la direction générale de la santé et la direction de l'administration pénitentiaire précisera le rôle des médecins dans ce dispositif.

Dépistage et prévention du sida et autres infections sexuellement transmissibles (IST)

Une campagne télévisée sur le dépistage - "sida, le test, c'est important de savoir" - a été diffusée en décembre 2002. Elle rappelait l'importance de la connaissance de son statut sérologique comme outil de prévention et de responsabilisation individuelle et collective. Elle faisait clairement apparaître les publics cibles (notamment des personnes africaines d'origine sub-saharienne). Cette campagne a obtenu un impact important.

Après une nouvelle désignation en 2001 - par les services déconcentrés et sur la base d'un cahier des charges précis - des consultations en qualité de centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), des formations ont permis aux professionnels d'améliorer leurs compétences, notamment en conseil préventif. La fin de l'année 2002 a été marquée par la préparation d'une journée de réflexion sur le dépistage en CDAG, avec pour objectifs :

- de dresser le bilan de l'évolution du dispositif ;
- de présenter les expériences pilotes menées localement ;
- de discuter des problématiques liées au dépistage et à l'annonce d'une séropositivité au VIH, en fonction des différentes populations cibles ;
- d'analyser les motivations et les freins à la démarche de dépistage ;
- d'échanger sur les pratiques de dépistage, en vue de proposer des recommandations de bonnes pratiques.

À la suite de l'apparition d'un certain nombre de cas, principalement chez les hommes homosexuels, une campagne d'incitation au dépistage de la syphilis a aussi été menée à Paris en mai, puis étendue à l'ensemble du territoire en novembre. Cette campagne a également permis de mieux appréhender les mesures nécessaires au rapprochement des dispositifs de dépistage du VIH et des autres IST.

LA SÉCURITÉ SANITAIRE

La gestion des alertes

Engagées en 1998 avec la création des agences de sécurité sanitaires, la veille sanitaire et la prise en charge des alertes ont été améliorées en 2002. En liaison avec l'InVS, une nouvelle procédure de signalement et de notification des maladies à déclaration obligatoire a été mise en place, et de nouveaux Centres nationaux de référence (CNR) sur les risques infectieux ont été désignés par arrêté (46 CNR et 14 laboratoires associés). Conséquence de la montée en charge des systèmes de surveillance et de vigilance, cette activité est en constante augmentation.

La DGS a ainsi géré de nombreuses alertes (listéria, légionelles, salmonelles...) et piloté deux campagnes collectives de vaccination contre la méningite à méningocoque C. La première, intervenue en janvier et février dans une partie du département du Puy-de-Dôme, a conduit à vacciner près de 70 000 personnes. La seconde s'est déroulée de la fin octobre à la fin décembre dans les départements des Hautes-Pyrénées, des Landes et des Pyrénées-Atlantiques, qui présentaient un taux d'incidence des méningites à méningocoque C plus élevé que dans le reste de la France. Près de 210 000 personnes ont été vaccinées.

L'administration centrale est intervenue en appui des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), afin d'animer l'expertise dans l'évaluation des risques, la préparation des décisions, la coordination des actions, l'aide à la constitution des dossiers d'information de la population et des professionnels de santé, la préparation des communiqués de presse, la mise en place d'un numéro vert, ainsi que l'acquisition et la distribution des vaccins.

Le bio-terrorisme

Après les attentats du 11 septembre 2001, le Ministère a obtenu un renforcement de ses effectifs et de son budget pour la lutte contre le bio-terrorisme (une partie des 20 postes créés à la DGS et 76 au niveau déconcentré). Un fonds de concours alimenté par l'Assurance maladie a permis de constituer rapidement des stocks stratégiques de médicaments, d'antidotes et de vaccins nécessaires pour intervenir dans différents scénarios de crise. De nouvelles mesures, votées à l'occasion de la loi de finances rectificative en 2001, ont contribué au renforcement de la capacité d'expertise dans les risques infectieux (centres nationaux de référence) et toxiques (centres anti-poison). Elles permettent aussi de déléguer aux services déconcentrés - au niveau régional et zonal - les moyens nécessaires pour faire face aux crises. Des évolutions très concrètes ont été mises en

œuvre en matière de réponse au risque de bio-terrorisme. Ainsi, un dispositif a été mis sur pied pour faire face à un risque de quelque 4 500 suspensions de contamination par le charbon, consécutives à un acte terroriste. Les procédures de prise en charge des enveloppes et colis suspects ont été précisées et un réseau de laboratoires a été identifié. L'organisation d'une vaccination de masse en cas d'apparition de cas de variole en France a été définie, sur la base de la stratégie approuvée au niveau interministériel. Un dossier Internet a été mis en ligne afin d'informer les professionnels de santé sur les pathologies induites par le bio-terrorisme et sur leur diagnostic, en insistant plus particulièrement sur la variole.

Enfin, la Direction générale de la santé participe activement aux dispositifs européens et internationaux contre le bio-terrorisme : elle a organisé une réunion à Lyon sur la mise en place d'une coordination scientifique entre les responsables des laboratoires de haute sécurité des pays concernés et participé aux réunions du Global Health Security Action Group à Londres et à Mexico.

La prévention des risques infectieux

Si le public est unanime à demander un haut niveau de protection sanitaire, notamment face aux risques infectieux, les attitudes sont beaucoup plus contradictoires sur les vaccinations. Les controverses autour de la vaccination contre l'hépatite B ont accru la méfiance vis-à-vis de toute initiative collective en ce domaine.

Le Comité technique des vaccinations (CTV) et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPPF) ont donc été saisis sur la pertinence d'une évolution juridique des obligations vaccinales. Plusieurs thèmes de réflexion ont été identifiés et les cahiers des charges correspondants rédigés. Une expertise collective a également été commandée à l'INSERM sur les conséquences sanitaires des vaccins contre la tuberculose, ainsi que sur le contexte sociologique de ces évolutions. La surveillance des effets indésirables après autorisation de mise sur le marché sera accrue. Ainsi, un premier comité de suivi a été mis en place afin d'organiser cette surveillance pour le vaccin Prevenar®.

D'autre part, la loi du 4 mars 2002 précitée a institué une obligation de signalement des accidents iatrogènes (incluant les infections nosocomiales) et d'information des patients en cas de mise en évidence d'un risque nouveau au cours d'une activité de soins en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Parmi les actions engagées figure l'édition d'un guide de bonnes pratiques d'hygiène des soins hors établissement de santé. En effet, l'absence de référentiels adaptés en matière d'hygiène, pour les professionnels de santé médicaux et paramédicaux

n'exerçant pas en milieu hospitalier, est devenue une préoccupation forte dans un contexte de responsabilité croissante de ces derniers.

Parallèlement ont débuté la réactualisation du guide de bonnes pratiques en odontologie, qui adaptera les principes généraux en fonction des spécificités de cette activité, et la mise en ligne de recommandations à destination des établissements de santé sur la surveillance microbiologique de l'environnement et la désinfection des dispositifs médicaux en anesthésie et en réanimation.

Enfin, la préservation de l'efficacité des antibiotiques constitue une autre préoccupation majeure. La mise à disposition des médecins des tests de diagnostic rapide des angines bêta-hémolytiques, financés par le fonds national de prévention de la CNAMTS, constitue à ce titre une avancée importante.

La rationalisation de l'usage des antibiotiques en milieu hospitalier a aussi fait l'objet d'une circulaire publiée en mai 2002. Celle-ci prévoit la mise en place d'un comité dans chaque établissement de santé et de médecins référents chargés du conseil en antibiothérapie et de la coordination ville-hôpital. Une campagne d'information en direction du grand public et des professionnels, initiée par la CNAMTS, est en cours. Au niveau européen, la surveillance de la résistance aux antibiotiques s'appuie en particulier sur les centres nationaux de référence et le réseau d'alerte et d'investigation des infections nosocomiales.

GESTION DES RISQUES DE MILIEUX

L'eau : des exigences plus fortes et des contrôles renforcés

En matière d'eaux de consommation, une plaquette d'information sur les dispositions du décret 2001-1220 a été diffusée à 150 000 exemplaires. Ce texte réglementaire s'attache à renforcer la sécurité sanitaire de l'eau et à améliorer la lisibilité du dispositif de gestion des risques. Il transpose, en droit interne, la directive de la Commission européenne n° 98-83 du 3 novembre 1998. L'eau doit désormais être protégée depuis la ressource jusqu'au robinet du consommateur et régulièrement contrôlée. Pour sa part, le consommateur doit être informé des résultats. Les nouvelles normes tiennent d'ailleurs compte de la part croissante de personnes immunodéprimées ou fragilisées dans la population générale. Ceci rend nécessaire un renforcement de ces normes ou conduit, par exemple, à une obligation de filtration des eaux superficielles et souterraines vulnérables, afin de limiter la présence de parasites.

En matière de réglementation, les règles techniques générales de protection portent sur :

- l'instauration de périmètres de protection des captages d'eau, superficiels ou en nappes souterraines ;
- l'approbation des procédés et produits de traitement ;
- les modalités de conception et d'entretien des réseaux de distribution d'eau publics et privés. Les matériaux utilisés ne doivent en particulier dégager aucune nocivité au contact des eaux d'alimentation.

En matière de contrôle, des prélèvements d'eau sont réalisés et analysés en vue de vérifier la conformité des eaux distribués aux normes de qualité, ainsi qu'à des valeurs de références, moins contraignantes, correspondant à une vingtaine de paramètres. Lorsque les caractéristiques de l'eau s'écartent des valeurs réglementaires, des enquêtes et des vérifications particulières sont diligentées par les services déconcentrés du ministère, afin de comprendre la situation et d'apprécier les risques éventuels.

La classification des paramètres de qualité de l'eau distingue, sur la base des recommandations de l'OMS, ceux avec une incidence directe sur la santé des personnes de ceux retraçant le fonctionnement des installations de traitement et de distribution, établis à des fins de contrôle. De nouveaux paramètres (sous-produits induits par le traitement des eaux, indicateurs de radioactivité) sont pris en compte en raison d'interrogations sur leurs effets sanitaires à long terme. Pour les autres, les exigences de qualité sont accrues : le contrôle s'opère désormais aux points d'utilisation normale de l'eau et non plus au compteur de l'abonné. Cette disposition permet de s'assurer de la qualité de l'eau réellement consommée ou utilisée pour la préparation des aliments ou les autres usages domestiques. Elle entraîne un partage des responsabilités entre le gestionnaire public et le propriétaire privé de l'installation de distribution.

En matière d'information des consommateurs, le dispositif prévoit, en premier lieu, l'affichage en mairie des résultats des analyses. Une synthèse, rédigée par la DDASS et présentant la qualité de l'eau distribuée l'année précédente, est adressée à l'abonné avec sa facture. Enfin, le maire doit présenter chaque année en conseil municipal un rapport sur le prix de l'eau et la qualité du service public de l'eau potable.

En l'absence de moyens raisonnables permettant de traiter les eaux, les nouvelles dispositions instaurent un cadre juridique de gestion des situations de non-conformité de l'eau par rapport aux valeurs limites. Dans ce cas, une démarche d'évaluation et de gestion du risque, incluant un régime de dérogation temporaire, est mise en œuvre. Elle instaure une obligation d'information du consommateur.

La mise en conformité des eaux distribuées, dans les délais fixés par la directive (5, 10 ou 15 ans

selon les substances), entraîne d'importants travaux, afin de rechercher et mobiliser des ressources exemptes de contamination ou, le cas échéant, pour aménager les filières de traitement d'eau existantes.

Le naufrage du Prestige

En sombrant le 19 novembre 2002 au large du cap Finistère (Espagne), le pétrolier Prestige a déversé d'importantes quantités de fioul. Celui-ci a ensuite dérivé en nappes, selon les courants et les vents, vers le golfe de Gascogne. Pour faire face aux conséquences possibles d'une arrivée de fioul sur le littoral français, le plan POLMAR mer a été déclenché le 3 décembre 2002 par le préfet maritime Atlantique. Le 31 décembre 2002, les plages du littoral maritime aquitain étaient souillées, entraînant le déclenchement du plan POLMAR terre dans chacun des départements concernés. Les opérations de dépollution ont été mises en œuvre aussitôt. En application de l'instruction POLMAR du 4 mars 2002, la DGS a coordonné l'expertise sanitaire d'évaluation des risques, en liaison notamment avec l'InVS, l'AFSSE, l'AFSSA et les centres antipoison.

Le 10 décembre 2002, la direction a adressé aux préfets des zones de défense et à ceux des départements concernés, une circulaire sur la préparation à la lutte contre la pollution. Le rôle et les missions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS) y étaient précisés. Des recommandations sanitaires destinées à la population (bénévoles, etc.) ont été diffusées, en particulier aux professionnels de santé et aux élus des communes du littoral. Un dossier consacré aux mesures de prévention a été ouvert sur le site Internet du ministère de la Santé.

Enfin, un protocole de surveillance des accidents liés aux opérations de dépollution des plages a été élaboré par la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) Sud-Ouest. Par ailleurs, des mesures de contrôle sanitaire renforcé des milieux ont été mises en œuvre par les DDASS, afin de faire face à une pollution insidieuse, non massive mais répétée, qui menaçait les différentes utilisations de l'eau - baignades, activités de loisirs nautiques, conchyliculture, pisciculture, marais salants, etc. - des côtes des Pyrénées-Atlantiques jusqu'à l'estuaire de la Loire.

Le contrôle sanitaire des eaux de baignade en mer et en eaux douces, fréquentées par le public, est destiné à identifier les risques bactériologiques. Effectué chaque année, durant la saison balnéaire, par les services de santé-environnement des DDASS, il porte sur différents paramètres microbiologiques et physico-chimiques, en application de la directive européenne 76/160 CE relative à la qualité des eaux de baignade.

En 2002, 3 326 zones de baignade ont ainsi été contrôlées. Elles ont fait l'objet de 33 000 prélèvements, analysés par des laboratoires agréés par

le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Les progrès en matière de qualité des eaux de baignade se sont poursuivis lors de la saison balnéaire 2002. En effet, le pourcentage de conformité de ces eaux aux seuils bactériologiques est passé de moins de 70 % en 1976 à 89,7 % pour la saison 2002 (plages classées en catégories A et B). Au-delà des seuils de conformité limites tolérés, les sites, classés en catégories C et D, peuvent être interdits à la baignade. On comptait 7 sites de catégorie D en 2002, tous localisés en eaux douces.

Pour faire face à une forte demande d'information actualisée sur la qualité des eaux de baignade - de la part des Français comme des nombreux touristes étrangers séjournant en France durant l'été - le ministère a créé en 2002 un site Internet : <http://baignades.sante.gouv.fr>. Celui-ci livre les résultats des contrôles effectués au cours de la saison balnéaire précédente mais aussi, en temps réel, les résultats de ceux effectués au cours de la saison.

La lutte contre les menaces terroristes sur l'eau d'alimentation

à la suite des attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis, les ministères chargés de la Santé et de l'Écologie ont adressé, en octobre 2001, une circulaire conjointe aux opérateurs dans le cadre du plan VIGIPIRATE. Les instructions étaient destinées à renforcer les mesures de prévention des attaques terroristes contre les réseaux d'eau potable. Elles ont été maintenues tout au long de 2002 et rappelées à la fin du mois de décembre 2002 par une nouvelle circulaire conjointe des deux ministères. Les préconisations incluent :

- des mesures générales de vigilance et de protection des 25 000 réseaux existants (surveillance des ouvrages et des accès aux installations, etc.) ;
- la chloration de l'eau potable pour prévenir tout risque de contamination par des substances toxiques ou microbiologiques (toxine botulique notamment), sensibles au chlore.

Une série d'actes de malveillance survenus en 2002, sur des réseaux de distribution publique d'eau (Le Havre, Istres, etc.), a mis en évidence la vulnérabilité de certaines installations et la nécessité de renforcer les mesures préconisées en octobre 2001. Un réseau national pilote de laboratoires a été constitué en 2002, afin de répondre à toute situation d'alerte terroriste (risques bactériologique et chimique) et de tester un protocole national de détection des principaux agents de la menace terroriste dans l'eau d'alimentation.

En outre, un groupe de travail interministériel a été mandaté, en octobre 2002, en vue d'élaborer des recommandations nationales pour prévenir toute menace et améliorer la préparation et la gestion des interventions en cas d'attentat terroriste contre les réseaux d'eau potable. Ce groupe a réuni l'ensemble des ministères concernés, les

représentants des principaux opérateurs publics et privés et des experts en matière de risques sanitaires et de sécurité des réseaux.

Le développement de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact

La France compte plus de 10 000 usines polluantes et plus de 200 000 sites potentiellement pollués. Le trafic automobile augmente de 2,5 % par an et 2 000 accidents industriels environ ont lieu chaque année...

D'importants progrès ont été globalement enregistrés dans la réduction des pollutions liées aux activités humaines. Cependant, l'amélioration des connaissances scientifiques, l'acceptabilité moindre des risques par la population, l'existence de situations locales particulièrement dégradées et la survenue de problèmes sanitaires autour d'installations industrielles, liée à des expositions chroniques, nécessitent de mieux connaître, prendre en compte et réduire les impacts sanitaires résultant des activités humaines. La diffusion d'une culture de santé publique auprès de la population, des professionnels concernés et des services de l'État participe à la réalisation de cet objectif.

Une méthodologie de l'évaluation des risques sanitaires a donc été définie. Elle se base sur les informations relatives aux émissions de substances par les industries et les infrastructures, sur la connaissance toxicologique de ces substances et sur l'évaluation de l'exposition humaine, à partir de scénarios. Cette méthode, soumise par essence à de nombreuses incertitudes, permet néanmoins de mesurer un risque attribuable à une activité, afin d'aider les gestionnaires à prendre des décisions. Cette problématique est le pilier de la politique environnementale du ministère de la Santé. Le pôle "protection de la population dans son environnement extérieur" constitue d'ailleurs l'un des trois pôles structurant l'action des services santé-environnement.

L'analyse critique de l'évaluation des risques sanitaires des études d'impact exigées par la réglementation (installations classées pour la protection de l'environnement, sites pollués, INB, IOTA, infrastructures routières...) a été confortée par la mise en place d'un binôme ingénieur ou technicien/médecin au niveau départemental. Les services disposent, depuis février 2000, d'un guide d'aide à la lecture du volet sanitaire des études d'impact, réalisé par l'InVS. Environ 400 agents des DDASS et DRASS ont bénéficié, en 2001, d'un important dispositif de formation, piloté par l'École nationale de santé publique (ENSP). De même, un soutien de premier niveau, assuré par des référents régionaux (ingénieur et médecin), et un soutien de deuxième niveau, constitué par la DGS et l'Observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact, per-

met de faire partager les connaissances et d'homogénéiser les pratiques et les avis.

Un nouvel observatoire

L'Observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact a été créé le 1er juillet 2002. Il regroupe des experts de l'InVS, de l'ENSP, de la CNAM, de l'AFSSA, de l'AFSSE et de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), ainsi que des représentants des ministères de la Santé, de l'Environnement, du Travail et de l'Équipement. Son site Internet est en ligne depuis novembre 2002.

Les risques liés aux expositions à l'amiante

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics mettent en œuvre un programme d'action contre les risques sanitaires liés aux expositions à l'amiante, en raison du caractère cancérigène avéré des fibres d'amiante inhalées.

Or, l'amiante a été très utilisé dans la construction, en raison de ses propriétés de résistance thermique et d'isolation phonique. Le décret n° 96-97 du 7 février 1996, modifié par le décret n° 97-855 du 12 septembre 1997, fait donc obligation aux propriétaires de la plupart des immeubles de réaliser un diagnostic des flocages, calorifugeages et faux plafonds contenant de l'amiante - matériaux particulièrement fragiles - afin de déterminer si des travaux sont nécessaires et protéger ainsi les usagers des immeubles.

Cinq ans après la mise en œuvre de ce décret, qui vise la surveillance et la résorption des situations les plus à risque, les pouvoirs publics ont décidé d'engager une seconde étape dans la réduction des expositions à l'amiante. Il s'agit désormais de mieux protéger les occupants des immeubles dont le permis de construire a été délivré avant le 1er juillet 1997, mais aussi les travailleurs qui interviennent dans ces bâtiments. Les règles de gestion des flocages, calorifugeages et faux plafonds ont fait l'objet d'un renforcement. Ce dernier s'inscrit dans le cadre d'une gestion plus globale du risque "amiante" dans les bâtiments. Il s'accompagne en effet d'une obligation nouvelle de repérage étendue à d'autres matériaux - associé à la constitution d'un dossier technique "amiante" - et d'une obligation de repérage plus complet avant toute démolition d'immeuble. Cette seconde étape a fait l'objet du décret n° 2001-840 du 13 septembre 2001, modifiant le décret n° 96-97 cité plus haut. Quatre arrêtés et une norme, élaborés en 2002, précisent les modalités de repérage et la formation des opérateurs.

Le décret n° 2002-839 du 3 mai 2002 - dernier

volet de ce dispositif - précise les modalités d'établissement de l'état à joindre en cas de vente d'un bâtiment, obligatoire depuis le 1^{er} septembre 2002. Celui-ci a été instauré par l'article n° 1334-7 du Code de la santé publique et s'appuie sur le repérage étendu instauré par le décret n° 2001-840 cité supra.

Au total, quatre décrets, sept arrêtés et deux normes - pris entre le 7 février 1996 et le 6 mars 2003 - constituent le dispositif relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis. S'y ajoutent des procédures de certification, d'accréditation et d'agrément des différents intervenants dans les opérations de repérage.

Afin de faire connaître ce dispositif de plus en plus complexe, les ministères chargés du Logement et de la Santé ont engagé une campagne d'information en 2002. Elle a permis d'informer les maîtres d'ouvrage et le grand public, à travers la diffusion de plaquettes et de dépliants. L'information est par ailleurs régulièrement mise à jour au sein du dossier "amiante" du site www.sante.gouv.fr. Un CD-Rom expliquant le dispositif réglementaire dans son ensemble a également été élaboré, afin de permettre aux services déconcentrés des deux ministères de répondre aux sollicitations des particuliers.

Prévention et information sur le risque d'intoxication par le monoxyde de carbone

Une campagne nationale de prévention et d'information sur le risque d'intoxication par le monoxyde de carbone a été lancée en septembre 2002, pour la troisième année consécutive. Elle a réuni une quinzaine de partenaires. Comme les années précédentes, elle s'est appuyée sur l'affichage (160 000 exemplaires) et l'édition d'un dépliant (1 250 000 exemplaires), intitulé "L'hiver en toute sécurité". Les partenaires ont souhaité conserver les supports dans leur forme antérieure, afin que les deux messages-clés soient bien mémorisés - "l'habitation doit respirer" et "les appareils doivent être entretenus par un professionnel qualifié et correctement utilisés" - et que l'impact de la campagne puisse être aisément évalué.

Les préfetures ont assuré la diffusion de ces documents auprès de relais spécialisés (personnels médico-sociaux, médecins, associations de consommateurs, professionnels de l'immobilier...), des médias locaux et nationaux spécialisés, ainsi qu'auprès d'organismes en contact avec le grand public : mairies, établissements sanitaires, services sociaux, préfetures... Depuis 2001, une trentaine de comités départementaux de lancement et de suivi de la campagne ont été créés.

Enfin, une évaluation menée en novembre 2002 a permis de mesurer le retentissement des trois années de campagne et de déterminer les attentes sur ce type d'accidents.

COMMUNIQUER SUR LES THÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE

Les médias

L'intérêt de la société civile pour les questions de sécurité sanitaire croît de façon notable. En réponse, la cellule communication de la DGS maintient un contact quotidien avec les médias. Dix-huit conférences de presse ont attiré chacune entre 30 et 80 journalistes, issus de tous les médias généralistes et spécialisés. Parmi les thèmes abordés figuraient notamment les campagnes de vaccination contre la méningite, la résurgence de la syphilis, les infections nosocomiales, les questions de tolérance du vaccin hépatite B ou encore le bio-terrorisme. D'une manière générale, plus de la moitié des demandes adressées à la cellule communication provient de la presse écrite, dont un tiers émanant de la presse santé professionnelle et grand public. Radios et télévisions sont respectivement à l'origine de 20 % et 10 % des demandes. Les 20 % restant regroupent des demandes de particuliers, des agences ou d'autres ministères ou institutions. Depuis septembre 2002, la DGS prend en charge, en coordination avec les agences, l'organisation de conférences de presse de sécurité sanitaire.

L'information en ligne

Outre des activités d'édition et de présence à des congrès, la DGS met en ligne sur le site Internet du ministère un grand nombre de dossiers. Elle poursuit en effet un triple objectif :

- informer la population sur les questions de santé publique (accidents de la vie courante, téléphones mobiles, tabac, informations sanitaires aux voyageurs, etc.). Des statistiques, des conseils et les coordonnées des organismes ressources sont ainsi mis à disposition ;
 - présenter la politique des pouvoirs publics vis-à-vis d'un problème de santé (alcool, démographie médicale, droits des malades, plan national nutrition-santé, etc.) ;
 - constituer un outil au service des professionnels de santé praticiens ou universitaires, en leur apportant des informations médicales et pratiques validées sur un sujet précis (infections à méningocoques, hépatite C, légionelloses, biotox, etc.).
- Les dossiers Internet de la DGS comptent parmi les plus fréquentés du site du ministère, notamment en raison de la forte médiatisation de leurs thèmes. La DGS est à l'origine d'environ 70 % des dossiers mis en ligne sur le site.

Les campagnes de prévention

Enfin avec l'INPES, la DGS pilote des campagnes de prévention sur les grands sujets de santé publique (sida, hépatites, alcool, tabac, nutrition, MST).

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) coordonne l'offre globale de soins, afin de répondre au mieux aux besoins de la population, tout en intégrant les dimensions sociales, financières et de santé publique.

Son rôle est d'assurer la prise en charge globale du malade, de coordonner les différentes structures et les professionnels de santé, notamment par la création de réseaux et de filières de soins. Dans cette optique, elle a compétence sur l'ensemble des établissements de santé : publics, non lucratifs participant ou non au service public hospitalier, et lucratifs. Elle intervient aussi dans le financement des activités spécifiques de soins aux personnes âgées, en hébergement et à domicile.

La DHOS s'assure de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la proximité du système de soins. Elle veille à garantir l'égal accès de tous aux soins, ainsi que le respect des droits des usagers. Parmi ses missions, figurent également l'organisation de l'exercice et la gestion des carrières des professionnels de santé. La direction détermine ainsi les besoins en personnel. Elle définit les contenus et le déroulement des formations des professions médicales et paramédicales. Elle élabore les règles relatives à la Fonction publique hospitalière et aux médecins hospitaliers et s'assure de leur application.

Enfin, elle suit l'évolution des techniques médicales et des stratégies thérapeutiques, afin de mieux anticiper les mutations engendrées dans l'organisation des établissements. Elle concourt aussi au développement de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans la prise en charge des patients et l'administration des soins.

Pour la mise en œuvre de ses missions, la DHOS anime et coordonne les travaux des Agences régionales de l'hospitalisation. Elle assure également les relations avec les services déconcentrés.



Les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)

Les 26 ARH sont des groupements d'intérêt public associant l'État et l'assurance maladie, placés sous la tutelle du ministre de la Santé.

Créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, elles sont chargées :

- de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique hospitalière définie par le gouvernement ;
- d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de conclure avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (COM) et d'arrêter leurs ressources ;
- d'élaborer, en partenariat avec tous les professionnels de santé, les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Ceux-ci programment l'évolution de l'offre de soins hospitalière, en adéquation avec l'ensemble du système de santé.

Les ARH sont administrées par une commission exécutive où siègent, à parité, les représentants de l'État et les représentants administratifs et médicaux des organismes d'Assurance maladie. Leurs directeurs sont nommés en Conseil des ministres. Mises en place au printemps 1997, elles sont aujourd'hui pleinement reconnues dans leurs missions de pilotage, d'animation et de coordination des politiques et des actions régionales dans le domaine sanitaire public et privé.

LES ARH ET LE PROJET PARHTAGE

L'année 2002 a été une année importante dans la mise en œuvre du système d'information

des Agences régionales de l'hospitalisation, baptisé pARHtage.

Ce projet, cofinancé par l'État et l'assurance maladie, donne accès à une technologie de l'information moderne et évolutive, adaptée aux besoins locaux, mais aussi cohérente à l'échelle nationale. La première phase du projet (version 1), en cours dans les 26 régions, prévoit la mise en place de sites de type Internet / Extranet. Chaque ARH dispose ainsi d'un espace de communication propre. Avec la version 2 de pARHtage, l'ensemble des données relatives aux activités de soins sera disponible. Cet outil d'aide à la décision servira alors à éclairer les choix stratégiques.

Avec pARHtage, les informations et leur traitement seront plus aisément accessibles aux établissements, mais aussi aux usagers et au grand public.

L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS

En ce domaine, l'année 2002 a été marquée par la reconnaissance et la montée en charge de la médecine de ville dans le champ de l'organisation des soins relevant de la DHOS.

Cette organisation, trop souvent perçue au travers du seul prisme hospitalier, repose de fait sur une pluralité d'acteurs en ville et à l'hôpital. Ceux-ci structurent ensemble l'offre de soins sous différents aspects : transports sanitaires, permanence des soins, organisation des réseaux de santé et coopérations entre structures publiques et privées, développement des soins palliatifs à domicile...

Soutien de la médecine de ville

Dans ce domaine, des réflexions ont été engagées et certaines ont abouti dès 2002. Par exemple, les travaux menés avec les SAMU, les ambulanciers privés et l'assurance maladie ont permis d'expérimenter, puis de mettre en place un dispositif d'organisation et de financement de la garde départementale des transports, au sein de l'aide médicale urgente. Dans le même temps, un protocole de bonne conduite a été signé entre les établissements de santé et les ambulanciers privés, afin de garantir une prestation de qualité aux patients hospitalisés.

La direction a également recommandé aux ARH de veiller à l'optimisation des compétences existantes, parmi les personnels hospitaliers comme chez les libéraux.

Afin de tenir compte de la déconcentration des autorisations d'IRM et de scanners, décidée à la fin de 2001, la direction a élaboré des orientations stratégiques pour l'implantation des équipements. Celles-ci portent notamment sur l'accès à ces derniers d'un nombre significatif de radiologues et sur l'inscription dans une démarche de coopération entre établissements de santé et structures de ville.

Enfin, les travaux menés sur la permanence des soins en ville - en particulier la formalisation des gardes et astreintes, l'organisation de secteurs au sein de chaque département et la régulation au sein des centres 15 - témoignent d'une approche cohérente et complémentaire entre les différents domaines.

Les réseaux de santé

Ces réseaux concernent la périnatalité, le cancer, le diabète, les personnes âgées, la santé mentale, les soins palliatifs.

Dans ce domaine, l'année 2002 a été décisive. La loi du 4 mars 2002 a défini ces réseaux, puis la loi de financement de la Sécurité sociale a créé une enveloppe spécifique, au sein de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Enfin, les décrets d'octobre et décembre 2002 ont réglementé leur fonctionnement et leur financement.

Ces réseaux donnent les moyens d'une réelle collaboration entre les professionnels de ville et les hospitaliers, répondant ainsi à une attente forte des différentes parties concernées comme des usagers. De manière complémentaire, le décret du 6 mai 2002 a permis de rémunérer les professionnels de santé libéraux rattachés à des réseaux et délivrant des soins palliatifs à domicile. Les personnes peuvent ainsi choisir leur lieu de fin de vie et l'équipe qui les accompagnera.

LA MISE EN ŒUVRE DE LA PERMANENCE DES SOINS À L'HÔPITAL

L'année 2002 a été marquée par la mise en œuvre d'une nouvelle définition du temps de travail des personnels médicaux, des pharmaciens et des odontologistes des établissements hospitaliers publics. Celle-ci implique de nouvelles modalités d'organisation de la permanence des soins ou de la permanence pharmaceutique.

Nouvelle définition du temps de travail

Le protocole relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers, signé le 22 octobre 2001 entre le gouvernement et les organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers, a fait l'objet d'une traduction réglementaire.

Deux décrets ont été publiés : le premier, relatif à la réduction du temps de travail de ces praticiens, leur accorde, à partir de 2002, une réduction annuelle de leur temps de travail de 20 jours pour un temps plein. Le second crée un compte épargne-temps (CET). Il modifie en conséquence les

cinq statuts concernés par le protocole, afin de prendre en compte la nouvelle définition du temps de travail des praticiens issue de la législation européenne. Celle-ci prévoit principalement l'intégration de la garde sur place dans le temps de travail, ainsi que le bénéfice d'un repos quotidien à compter du 1^{er} janvier 2003.

Création d'emplois et réorganisation des services

Pour accompagner la mise en œuvre de ce dispositif, des moyens financiers supplémentaires ont été prévus. Ils correspondent à la création de 3 500 emplois et au financement du temps de travail additionnel. La délégation de ces enveloppes aux Agences régionales de l'hospitalisation a débuté en 2002 et se poursuivra, de façon échelonnée, sur les quatre années de montée en charge du dispositif.

Au-delà des moyens supplémentaires en effectifs, la mise en application du nouveau dispositif nécessite une réorganisation de la permanence des soins et sa mutualisation entre établissements, à l'intérieur des bassins de santé. Les Agences régionales de l'hospitalisation ont pour mission de la mener à bien et d'en tenir compte dans la répartition des moyens supplémentaires aux établissements.

LA QUALITÉ DES SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La DHOS a poursuivi, en 2002, sa politique de promotion et de mise en œuvre des dispositifs, règles et actions concourant à la qualité et à la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Plan cancer 2002-2005

L'accent a été mis sur le développement des chimiothérapies à domicile, dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité, pour le patient, les personnels et l'environnement. Des propositions ont été faites en ce sens au ministre.

Plusieurs études ont été menées sur la qualité des prises en charge en cancérologie. Elles ont notamment porté sur les causes des disparités des pratiques chirurgicales face au cancer du sein, l'évaluation des bonnes pratiques dans le traite-

ment de cette affection et les alternatives à l'hospitalisation.

Plan douleur 2002-2005

Le comité national de suivi du Plan a été installé et s'est réuni deux fois au cours de 2002.

Cette même année a vu aboutir plusieurs projets dans le domaine de la prise en charge de la douleur :

- un guide méthodologique pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé a été présenté aux professionnels des établissements et aux services déconcentrés, lors d'un colloque organisé en octobre 2002 ;
- un contrat d'engagement contre la douleur a également été mis à la disposition des structures de soins ; son objectif est d'informer les personnes hospitalisées sur les moyens de lutter contre la souffrance physique.

La lutte contre le VIH

La DHOS a participé au comité de pilotage du rapport, coordonné par le professeur Delfraissy, sur les recommandations pour la prise en charge des personnes infectées par le VIH. Elle a animé la réflexion sur l'évolution de l'organisation des soins et a obtenu le financement de 6 centres d'assistance médicale à la procréation dans un contexte viral (CHU de Strasbourg, Lyon, Toulouse, Bordeaux et deux services de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris).

La direction a inscrit le thème de l'éducation thérapeutique pour le VIH et le VHC au programme national de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

Le plan hépatite

La DHOS a collaboré à l'élaboration de ce plan, lancé par le ministère en 2002, et a participé en octobre 2002 à la Journée nationale d'information destinée aux professionnels et au grand public.

Le bilan du fonctionnement des pôles et réseaux d'hépatite C, de l'utilisation des crédits hospitaliers ainsi que l'enquête trimestrielle "Nouveaux cycles de traitements" menée dans 100 établissements permettent d'apprécier la qualité des soins hospitaliers et de mieux accompagner les établissements.

L'organisation territoriale des établissements de santé en cas de crise exceptionnelle

Les événements de la fin de l'année 2001 ont conduit à envisager une reconfiguration de l'organisation territoriale des établissements de santé.

En effet, hormis la circulaire du 24 décembre 1987 relative à l'organisation des hôpitaux en cas d'afflux de victimes, aucun texte ne définissait explicitement les niveaux d'organisation et le rôle attendu des établissements de santé en fonction des risques encourus.

Les travaux menés en 2001 et 2002 ont conduit à la publication de 3 textes concernant :

- la conduite à tenir en cas de risque chimique et les modalités d'accueil hospitalier (circulaire du 26 avril 2002) ;
- la conduite à tenir en cas de risque nucléaire (circulaire du 2 mai 2002 et guide d'intervention médicale en cas d'accident nucléaire ou radiologique) ;
- l'organisation des établissements de santé en cas d'afflux de victimes (circulaire du 3 mai 2002), calquée sur celle prévue par le décret du 16 janvier 2002 relatif au pouvoir des préfets de zone.

Ont ainsi été définis :

- le niveau zonal, représenté pour la santé par le délégué de zone chargé des affaires sanitaires et sociales. Chaque chef-lieu de zone (7 au total) comprend un établissement de santé de référence, en l'occurrence les Centres hospitaliers universitaires (CHU) de Rennes, Rouen, Bordeaux, Marseille, Lyon, Lille, Nancy, Strasbourg et l'AP-HP. Au-delà de leur rôle de conseil technique, ces centres ont été équipés de matériel pour les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques : automates de laboratoires, matériels des SAMU, stocks de produits pharmaceutiques, etc. ;
- le niveau départemental, représenté par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Chaque département est ainsi chargé d'élaborer un schéma départemental, afin de planifier les actions à conduire dans les établissements de santé et de clarifier le rôle respectif de ces derniers.
- le niveau des établissements de santé. Privés ou publics, tous doivent se doter d'un plan d'accueil appelé "Plan Blanc" et élaborer des annexes spécifiques relatives aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques. Ces plans doivent être soumis aux instances consultatives et délibératives des établissements.

Tout établissement de santé peut être confronté, un jour, à une crise de cette nature et doit donc s'y préparer, en fonction de ses possibilités d'accueil, de son architecture, des services de spécialités présents en son sein. Pour y parvenir, une coordination au niveau départemental, voire régional, est essentielle.

Tous les acteurs doivent avoir connaissance de l'organisation départementale et zonale. Ils doivent notamment savoir à quels services référents s'adresser. Dans chaque zone, des coordonnateurs de zone ont été chargés de ces questions. Un certain nombre de médecins inspecteurs de santé publique et d'ingénieurs sanitaires pour les questions environnementales ont également été nommés.

Un plan de formation, en cours de préparation, va accompagner cette organisation. L'information, la formation du personnel et les exercices pratiques sont en effet cruciaux pour la réussite de cette opération.

L'OBSERVATOIRE NATIONAL DES EMPLOIS ET DES MÉTIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE (ONEMFPH)

L'année a été marquée par la mise en place de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la Fonction publique hospitalière, créé par un décret du 28 décembre 2001. Cet organisme, qui concerne les professions paramédicales et les personnels hospitaliers, a été installé le 17 avril 2002 et s'est réuni, pour l'élaboration de son programme de travail, le 30 septembre.

Cette instance paritaire regroupe les organisations représentatives des personnels siégeant au Conseil supérieur de la Fonction publique hospitalière (CSFPH).

Ses missions

Elles concernent quatre grands domaines :

- suivre l'évolution des emplois dans la Fonction publique hospitalière ;

- contribuer au développement d'une stratégie de gestion prévisionnelle et proposer des orientations, notamment dans le domaine de la formation ;

- apprécier l'évolution des fonctions, des métiers et des qualifications ;

- recenser les nouveaux métiers et proposer des modalités de recrutement adaptées.

Cet Observatoire rejoint ainsi d'autres instances à vocation analogue (l'Observatoire de l'emploi public, l'Observatoire des professions de santé, l'Observatoire de la Fonction publique territoriale...).

Anticiper les futures mutations

Par ses travaux, l'Observatoire répond à un besoin et à une attente. Un besoin, car une connaissance quantitative fine est indispensable pour surmonter les tensions démographiques que connaît, ou va connaître, le recrutement des professionnels dans le secteur sanitaire et social. Une attente, car l'évolution des fonctions, des métiers et des qualifications au sein des hôpitaux va bien au-delà de la dispensation des soins ou de son

environnement immédiat. Elle concerne aussi les technologies de l'information, la sécurité, la qualité, la communication...

La mission "MARINE"

Les six directeurs d'administration centrale du secteur Santé-Social (Direction de l'administration générale, du personnel et du budget, Direction générale de l'action sociale, Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques, Direction de la sécurité sociale) et le chef de la MISS (Mission pour l'informatisation du système de santé) ont créé une mission spécifique pour conduire les projets de refonte des répertoires d'identification des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et des professionnels de santé (ADELI). Appelée MARINE (Modernisation de l'administration des répertoires d'identification nationale et études) et rattachée à la DHOS, elle a reçu sa lettre de mission, signée des six directeurs, le 30 septembre 2002. Elle devra développer le partage d'information entre les différents acteurs, moderniser le dispositif, et le rendre plus simple et plus efficace grâce aux nouvelles technologies.

Les deux répertoires, au cœur du système d'information des deux ministères, sont actuellement gérés par la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Ils le resteront jusqu'à la mise en place d'une nouvelle structure de gestion, dont la création est prévue à une échéance de 3 ou 4 ans sur la base de propositions de la mission MARINE. S'agissant du Répertoire partagé des professions de santé (RPPS), qui remplace le répertoire ADELI, une maîtrise d'ouvrage opérationnelle a été confiée en 2003 au GIP-CPS, chargé de la distribution des cartes professionnelles de santé.

Certains travaux étaient déjà lancés à la fin de 2002 : commande d'études auprès de cabinets de consultants ; mise en place d'instances de pilotage rassemblant les services déconcentrés du ministère, l'INSEE, les caisses de Sécurité sociale, les ordres professionnels, les représentants des collectivités locales... Les premières réunions ont eu lieu en décembre 2002.

LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

L'action de la DHOS a été marquée en 2002 par le renforcement très significatif des moyens alloués et la préparation d'évolutions majeures dans les modalités de financement des établissements.

Une augmentation des crédits

Lors de la campagne budgétaire 2002, toutes les catégories d'établissements ont bénéficié d'une augmentation très significative des crédits

d'assurance maladie. Celle-ci répond au double impératif de modernisation de l'offre de soins et d'amélioration de la situation sociale et salariale des personnels.

Les établissements de santé publics et privés financés par dotation globale ont connu, au travers des dotations régionales, une augmentation de 5,61 % de leurs moyens en métropole, dont 1,25 % pour le financement des mesures salariales générales, 2,3 % pour les mesures catégorielles et la RTT, 1,05 % pour les mesures de santé publique et près de 1 % sous forme de mesures de soutien budgétaire. La hausse a été de 8,75 % dans les DOM.

Les établissements ont bénéficié en outre de 305 M€ de crédits d'État au titre du remplacement des agents absents, en application du protocole de mars 2000. Par ailleurs, 400 M€ supplémentaires seront versés par l'assurance maladie au Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), afin de financer les droits à congés acquis par les agents au titre de l'année 2002 dans le cadre de la mise en œuvre de la RTT.

Les moyens affectés aux structures de soins et établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont progressé de 13,1 % en 2002. Pour près de 6 %, cette augmentation concerne la mise en œuvre des plans de médicalisation des EHPAD, la création de places nouvelles de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et le développement de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire en établissement, destinées notamment aux malades d'Alzheimer. Grâce à cet effort, le rythme de signature des conventions tripartites mettant en œuvre la réforme de la tarification des EHPAD s'est accéléré : 1 112 ont ainsi été conclues en 2002, contre 335 en 2000 et 2001. Par ailleurs, 3 886 places de SSIAD, 1 239 places d'accueil de jour et 452 places d'hébergement temporaire supplémentaires ont été créées en 2002.

Enfin, les cliniques privées ont bénéficié, dans le cadre d'un Objectif quantifié national (OQN) en progression de 3,50 % par rapport à l'objectif 2001, d'un taux d'augmentation des tarifs des prestations de 3,93 % au 1er mai (contre 3,48 % en 2001), fixé par l'accord du 30 avril 2002. En outre - et conformément aux engagements pris par l'État dans le protocole d'accord du 7 novembre 2001 signé avec les fédérations représentatives de l'hospitalisation privée (FHP et FEHAP) - le Fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP) a apporté 181 M€ supplémentaires, en application de l'article 25 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002. Ceci a permis de financer les accords de modernisation sociale et salariale de l'hospitalisation privée. Cet apport s'est fait dans un objectif pluriannuel de rapprochement des rémunérations des personnels des cliniques avec celles des agents des établissements publics.

Réorganiser les financements des établissements

La seconde partie de l'année a été marquée par les travaux préparatoires de deux chantiers majeurs pour le financement des établissements de santé.

Le volet investissement du plan "Hôpital 2007", soutenu par la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), prévoit, grâce à un apport financier supplémentaire de 10 milliards d'euros en cinq ans, d'augmenter de 30 % l'effort d'investissement des établissements de santé. Cette somme est destinée à rattraper le retard pris dans la rénovation du patrimoine immobilier, l'équipement médical ou la modernisation des systèmes d'information. Ce travail préparatoire réalisé en 2002 a débouché sur la circulaire du 20 mars 2003, demandant aux Agences régionales de l'hospitalisation d'élaborer leur programme régional et la mise en place d'une mission d'appui nationale, placée auprès du ministre et relayée à l'échelon régional. Parallèlement, la DHOS a travaillé à l'élaboration de dispositifs juridiques permettant d'associer des partenaires financiers privés et des collectivités territoriales pour réaliser les travaux. Ces dispositifs pourront s'appliquer notamment grâce à la loi d'habilitation qui permettra de prendre en 2003 une ordonnance de simplification administrative visant la planification, le transfert des compétences vers les ARH et le volet financement de l'investissement.

Le passage des établissements de santé à un système de tarification à l'activité des prestations de soins de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) permettra de résoudre les inconvénients liés aux mécanismes de financement actuels. Ceux-ci reposent en effet sur un "budget global", construit sur des bases essentiellement historiques et ne tenant pas assez compte des évolutions d'activité, et sur un dispositif de tarification des cliniques trop segmenté, avec de fortes disparités. Le nouveau système retiendra une base commune à l'ensemble des établissements publics et privés pour la comparaison de leurs activités. Pour permettre le lancement du dispositif en janvier 2004, la mission tarification à l'activité (TAA) a été constituée. Elle conduit actuellement des expérimentations de terrain avec des établissements et régions volontaires. Il en va de même pour la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), qui travaillera sur : le temps d'attente aux urgences, le temps de travail des médecins et l'organisation des services, l'organisation des services de radiothérapie, les achats dans les hôpitaux et cliniques.

LE SOUTIEN AU PROGRÈS MÉDICAL

La DHOS a poursuivi en 2002 une politique d'aide au progrès médical à travers les programmes suivants :

- le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) ;
- le programme de soutien aux innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses ;
- le programme de soutien aux soins coûteux rares nécessitant une régulation nationale ;
- le programme de soutien aux tumorothèques hospitalières ;
- le programme d'aide aux laboratoires de biologie moléculaire effectuant des actes spécialisés et complexes.

Le programme 2002 de soutien aux innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses a atteint environ 22,5 M€. Il permet de financer certaines innovations sur une période de deux ans. À ce terme, les équipes référentes aidées doivent remettre un rapport d'évaluation médicale et économique de l'innovation. Le programme 2002 était orienté sur :

- les affections cancéreuses, dont les hémopathies malignes ;
- les affections cardiaques et vasculaires ;
- les traitements par neurostimulateurs chirurgicalement implantés ;
- la réanimation.

Il a permis de soutenir quatre innovations dans le domaine du cancer : le Mabcampath, la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, le Mamotome et les nouveaux antifongiques. Dans d'autres secteurs ont été sélectionnés le Xigris en réanimation, les stents enrobés à sirolimus, la neuromodulation des racines sacrées et la stimulation corticale.

Un tel soutien favorise un début de diffusion de ces innovations majeures dans le système de soins, tout en contribuant à l'évaluation de leur impact à moyen terme.

La protection sociale

La sécurité sociale est au cœur de la vie des Français. Elle les assure contre les aléas de l'existence et contribue au dynamisme de la Nation, en soutenant l'activité économique et en permettant aux Français de créer, dans la sécurité, davantage de richesse.

Pour cela, elle redistribue, sous formes de prestations et de revenus de substitution, une part importante des ressources du pays qu'elle prélève essentiellement sous forme de cotisations. Les montants redistribués représentent plus d'un cinquième du produit intérieur brut. Les recettes et les dépenses de sécurité sociale sont supérieures d'un quart à celles du budget de l'État.

LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Une situation financière détériorée

Après trois années d'excédents, la sécurité sociale est en déficit en 2002. Les prévisions du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2002 estiment à 3,3 milliards d'euros le déficit du régime général de sécurité sociale pour cette année, et à 3,2 milliards d'euros celui de l'ensemble des régimes de base. Les régimes complémentaires restent, pour leur part, largement excédentaires de 6,5 milliards d'euros.

Cette détérioration s'explique par un ralentissement des recettes de la sécurité sociale et une vive augmentation des dépenses.

Après avoir bénéficié de la très forte progression de la masse salariale en 2000 et 2001, les recettes n'augmentent plus en 2002 qu'au rythme du PIB. Or, pour la sécurité sociale, 0,1 point de chômage – soit 20 000 emplois en moins – signifie 150 millions d'euros de recettes en moins. La croissance des dépenses s'est en revanche



accélérée au cours des trois dernières années : 3,9 % en 2000, 5,1 % en 2001 et 5,7 % en 2002. Cette progression est due aux dépenses de l'assurance maladie. L'augmentation des dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est estimée à 7,2 %, en raison des revalorisations tarifaires. Il existe en effet un décalage entre l'impact de leurs contreparties – en termes de maîtrise des dépenses – et l'effet immédiat des hausses de tarifs et de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le déficit du régime général se trouve ainsi concentré sur la branche maladie (-6,1 milliards). Les autres branches restent par contre excédentaires : 1,6 milliard d'euros pour la branche vieillesse et 1,1 milliard d'euros pour la branche famille. L'excédent de la branche vieillesse est toutefois conjoncturel, car il provient du départ à la retraite des classes creuses nées pendant la deuxième guerre mondiale. Le "papy-boom", à partir de 2005-2006, mettra très rapidement fin à cette situation exceptionnelle.

Malgré l'affectation d'une fraction des recettes du régime général (taxe assurance automobile, droits sur le tabac, prélèvement social de 2 %), la situation financière des fonds – dont la multiplication au cours des dernières années a compliqué la présentation des comptes – se dégrade également. Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est fortement déficitaire (-1,4 milliard d'euros), le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) conserve un léger excédent (110 millions d'euros) et le Fonds de réserve des retraites devrait avoir accumulé 12,6 milliards d'euros à la fin de 2002.

Des comptes plus transparents

La transparence des comptes de la sécurité sociale est un impératif du dialogue social. Elle est également indispensable pour responsabiliser davantage les différents acteurs de la protection sociale.

Entamé avec la mise en place d'une mission comptable et l'adoption d'une comptabilité en droits constatés, cet effort de transparence s'est poursuivi en 2002.

Afin de répondre aux obligations communautaires, la mission comptable a engagé un processus de reddition de comptes trimestriels des organismes de sécurité sociale.

La présentation des rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale a été clarifiée. Les résultats comptables en droits constatés sont accompagnés de commentaires thématiques et de notes d'éclairage.

Un financement simplifié

La recherche d'une plus grande clarté et d'une simplification des tâches des entreprises a conduit à adopter des mesures facilitant les opérations de recouvrement des recettes.

Un travail de rationalisation des allègements de charges sociales, mené en 2002, a abouti à la loi relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi du 17 janvier 2003. Celle-ci permet de substituer un allègement unique, déconnecté de la durée légale du travail, aux deux mesures générales qu'étaient la réduction dégressive sur les bas salaires et l'allègement 35 heures. Au 1^{er} juillet 2005, la plupart des entreprises pourront bénéficier d'une exonération de 26 points de cotisations patronales de sécurité sociale sur les salaires au niveau du SMIC, cet allègement diminuant ensuite pour s'annuler à 1,7 SMIC.

Les arrêtés des 10 et 20 décembre 2002 simplifient, actualisent, modernisent et clarifient les règles d'appréciation des avantages en nature et des remboursements de frais professionnels pris en compte pour déterminer la rémunération soumise à prélèvement obligatoire, qui inclut les avantages en nature et exclut les frais professionnels... Ce système très complexe est à l'origine de 17 % du total des redressements et constitue la seconde source d'erreur dans l'application de la législation. Jusqu'ici limité aux frais d'alimentation, de logement et de déplacement, le champ du recours à l'évaluation forfaitaire s'étend désormais à de nouvelles réalités de la vie des entreprises liées à la mobilité professionnelle et aux nouvelles technologies de l'information et de la communication. Le nouveau régime allège ainsi la gestion quotidienne de la paie. L'évaluation forfaitaire dispense en effet l'employeur de multiples formalités

administratives liées à la fourniture des justificatifs exigée pour une évaluation réelle. Révisés et revalorisés en fonction du taux d'inflation, les montants forfaitaires retenus sont désormais plus proches de la réalité.

Un processus de simplification du recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants a également été entamé en 2002. Le recouvrement s'opère aujourd'hui en plusieurs étapes :

- la phase des acomptes provisionnels ;
- celle des ajustements durant laquelle, faute d'une connaissance des revenus par l'institution, l'intéressé est appelé à verser des cotisations forfaitaires ;
- l'étape - décisive pour l'entreprise - de la régularisation, avec des échéanciers différents selon les risques.

Aussi une réforme visant à simplifier ce système est-elle en cours. S'appuyant sur les conclusions d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, elle vise à supprimer la phase de l'ajustement et à harmoniser les échéanciers. Par ailleurs, une autre réflexion est en cours sur un projet de création d'un guichet unique.

LA MODERNISATION DU SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La dynamique des conventions d'objectifs et de gestion

La dynamique créée par les conventions d'objectifs et de gestion (COG) a été renforcée par la déclinaison d'un certain nombre de préoccupations majeures : la priorité donnée aux usagers, l'intérêt porté aux publics fragiles, l'efficacité et la qualité du service, l'exigence de simplicité et d'une gestion au meilleur coût et la mise en place d'indicateurs précis.

En 2002 ont été signées les conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés (CANAM), l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), la Caisse nationale d'assurance vieillesse des artisans (CANCANA), l'Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC), et la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS).

Des synthèses nationales des évaluations des COG avec la CANAM, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la CANCAVA et l'ORGANIC ont par ailleurs été effectuées.

La préparation du forum sur la contractualisation au service des usagers, qui s'est tenu en mars 2003, a été l'occasion de débats entre toutes les branches et de réflexions sur les nouvelles générations de conventions d'objectifs et de gestion.

Le service public de la sécurité sociale

La mise en place des 35 heures s'est achevée en 2002, avec la signature des derniers accords de caisse. Un système d'intéressement du personnel a par ailleurs été mis en place.

La convention collective des employés et cadres du régime des travailleurs indépendants a été entièrement refondue.

Pour les travailleurs indépendants, un rapprochement des systèmes d'information de la CANCAVA et de l'ORGANIC a été mis en place.

Les relations avec les usagers

Dans l'ensemble des régimes, l'accueil et l'information des assurés ont fait l'objet de mesures importantes. Les formulaires ont été mis en ligne sur "service.public.fr" et des simulations et des cas types sont désormais présentés sur les sites internet des organismes de sécurité sociale. Un site portail "securite-sociale.fr" permet un accès rapide aux sites des principales caisses.

La télétransmission en mode SESAM-Vitale a accéléré sa montée en charge, avec près de 150.000 professionnels connectés (dont 45.000 médecins généralistes, 25.000 médecins spécialistes, 19.000 pharmaciens) au 31 décembre 2002, contre 96.000 à la fin de décembre 2001. Soixante millions de feuilles de soins électroniques sont transmises chaque mois. Le système SESAM-Vitale assure dorénavant l'acheminement vers les serveurs frontaux des régimes obligatoires de plus de 55 % des 1,3 milliard de feuilles de soins transmises annuellement à l'assurance maladie

La distribution des cartes Vitale 1bis aux ayants-droits âgés de plus de 16 ans peut être considérée comme achevée. Seuls subsistent quelques rares problèmes résiduels liés à la gestion des fichiers de l'Assurance Maladie.

Pour les travailleurs indépendants, les organismes concernés ont développé une offre commune de service comprenant, outre l'échéancier unique des cotisations, la diffusion d'un livret de créateur d'entreprise et le traitement concerté et coordonné du recouvrement. Une expérimentation, portant sur la phase amiable du recouvrement, a été réalisée dans six départements.

Un service d'assistance aux employeurs de moins de 10 salariés pour la réalisation des bulletins de paye et des déclarations sociales - le service DUCS-i - a été mis sur pied en 2002, en liaison avec le GIP-Modernisation des Déclarations Sociales et l'ACOSS. Il sera testé en 2003, en vue d'une ouverture généralisée au 1^{er} janvier 2004.

LE SYSTÈME DE SANTÉ ET L'ASSURANCE MALADIE

Un nouveau dispositif conventionnel

Les relations entre l'assurance maladie et les professions de santé ont été redéfinies par la loi du 6 mars 2002.

Le nouveau dispositif conventionnel comprend désormais trois niveaux. Le premier est constitué par l'accord-cadre interprofessionnel négocié entre le Centre national des professions de santé et les caisses nationales d'assurance maladie. Il comporte des éléments communs à tout ou partie des professions. Il est applicable à une profession après signature d'au moins une organisation représentative de cette dernière.

Le deuxième recouvre les différentes conventions avec les professions.

Le troisième est constitué par des accords individuels ouvrant droit à des rémunérations forfaitaires. Les conventions avec les professionnels de santé, à l'exception des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes, ont été mises en conformité avec les nouvelles dispositions conventionnelles.

Un avenant à la convention avec les médecins, a porté le tarif de la consultation à 20€ en juin, en contrepartie d'engagements de bonne pratique et d'une prescription accrue de médicaments génériques de la part des praticiens.

L'organisation de la permanence des soins

Un groupe de travail, présidé par le sénateur honoraire Charles Descours, a été mis en place en juillet 2002. Composé de représentants des médecins, des urgentistes hospitaliers, des organismes d'assurance maladie et de l'administration, il a remis son rapport au ministre en mars 2003. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2003 prévoit une rémunération spécifique des médecins et des entreprises de transports sanitaires qui assurent des gardes et la permanence du système de soins ambulatoires.

Les premières mesures de la réforme du système de santé

La LFSS pour 2003 contient plusieurs mesures concernant les différents acteurs du système de santé.

Les prémisses d'une rénovation et d'une réorganisation des établissements, objet du plan Hôpital 2007, se traduisent par trois mesures : la relance de l'investissement à l'hôpital, l'instauration de la tarification à l'activité et la mise en place de référentiels de bonnes pratiques et de bonne gestion. Les soins de ville constituent le poste de dépenses le plus important et leur croissance est très dyna-

mique. La LFSS contient deux mesures en ce domaine : la promotion de l'évaluation - qui passe par le financement des actions d'évaluation proposées par les unions régionales de la médecine libérale - et une action sur la démographie médicale. Cette dernière se traduira par la suppression du mécanisme d'incitation à la cessation d'activité des médecins (MICA), remplacée, au contraire, par une facilitation de la reprise d'une activité complémentaire par les médecins et les infirmiers ayant cessé leurs activités.

Les prescriptions - au sein desquelles dominent les médicaments - représentent plus de la moitié des soins de ville. En ce domaine, un nouvel accord sectoriel doit permettre une politique du médicament favorisant l'innovation, en partenariat étroit avec l'industrie pharmaceutique. Les mesures contenues dans la LFSS pour 2003 permettent un accès accéléré des médicaments les plus utiles au remboursement en ville et, pour les génériques, le remboursement, sur la même base, de deux médicaments identiques, quelle que soit leur marque.

Trois groupes de travail ont été mis en place. Le premier, qui a remis son rapport à la fin de 2002, était chargé de procéder à un état des lieux partagé sur les missions de l'assurance maladie et la gouvernance. Les conclusions des deux autres groupes seront déposées en 2003. L'un est chargé d'étudier les modalités d'une médicalisation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), afin de le faire reposer sur une analyse de l'évolution des soins au regard des besoins de santé. L'autre a pour mission de définir les rôles respectifs des régimes de base et des régimes complémentaires dans la prise en charge des dépenses.

Une clarification des dépenses

Une clarification des dépenses d'assurance maladie a été engagée. La LFSS pour 2003 prévoit ainsi que l'assurance maladie prendra à sa charge le financement des centres de soins aux toxicomanes et les interruptions volontaires de grossesse, car ces activités concernent des actes médicaux.

L'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit une réparation des conséquences des risques sanitaires. Ceci concerne notamment des risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé.

L'objectif est de permettre aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales d'obtenir, dans le cadre

d'une procédure amiable, la réparation intégrale des dommages subis, qu'ils résultent ou non d'une faute. Il faut toutefois que ces dommages présentent un caractère de gravité entraînant un taux d'incapacité d'au moins 25 % et aient des conséquences sur la vie privée et professionnelle.

La procédure - d'accès facile, rapide et gratuite - comprend un examen par une commission régionale d'indemnisation. Celle-ci se prononce après avis d'expert et transmet le dossier à l'assureur, en cas de faute, ou à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux. Celui-ci dispose d'un délai de 4 mois pour présenter une offre d'indemnisation à la victime.

Ces dispositions permettront de clarifier les règles de responsabilité médicale et d'éviter une judiciarisation excessive et donc une médecine défensive.

LA POLITIQUE FAMILIALE

L'amélioration des prestations

Les prestations familiales ont été revalorisées et améliorées.

Le dispositif du congé de paternité a été finalisé par les décrets du 25 octobre et du 21 novembre 2002 relatifs aux modalités de remboursement des sommes versées à ce titre.

Les compléments de l'allocation d'éducation spéciale ont été portés de 3 à 6 par deux décrets du 29 mars 2002, afin de mieux prendre en compte les différents handicaps et de mieux répondre aux besoins des familles.

Une allocation de rentrée scolaire différentielle, amortissant les effets de seuil, a été mise en place. Les montants de l'allocation de présence parentale ont été augmentés, afin de mieux adapter cette prestation aux besoins des familles.

La deuxième étape du barème unique pour les aides au logement pour le secteur locatif a été mise en œuvre, pour un coût total proche d'un milliard d'euros.

L'ordonnance du 7 février 2002 et le décret du 29 mars 2002 ont institué un régime de base obligatoire de prestations familiales autonome, spécifique à Mayotte et financé par les employeurs et travailleurs indépendants résidant sur l'île. Désormais, toutes les familles mahoraises, et non plus les seuls salariés, bénéficieront de prestations familiales.

Des mesures nouvelles proposées

Le Gouvernement a proposé des mesures nouvelles ambitieuses, dont la création d'une prestation unique de garde des jeunes enfants, qui seront présentées à la conférence de la famille de 2003. La préparation de cette conférence a fait l'objet d'une large concertation et des groupes de travail ont été installés dès 2002.

Une mesure ciblée en faveur des familles nombreuses

La LFSS pour 2003 comprend une mesure ciblée en faveur des familles nombreuses avec de grands enfants. Elle vise à atténuer le caractère brutal des pertes d'allocations familiales, lorsque ceux-ci atteignent l'âge de 20 ans. Une somme de 70€ par mois sera versée à ces familles pendant un an, à compter du 1^{er} juillet 2003. L'apport pour les 145 000 familles concernées sera donc de 840€.

Dématérialisation et simplifications

La dématérialisation des actes et des procédures a permis d'importantes simplifications dans les formalités à remplir vis-à-vis des caisses d'allocations familiales (CAF). Actuellement, une vingtaine de CAF ont adopté la démarche "sans papier". Les dossiers-papiers sont transformés en dossiers informatiques, dont toutes les pièces et les justificatifs sont référencés et classés pour devenir un dossier informatique accessible par tous les agents.

La démarche de dématérialisation des actes entraîne de multiples répercussions. Elle permet la liquidation à distance et garantit la qualité et la productivité. Elle réduit aussi les marges d'erreurs.

La prochaine étape de ce projet consistera à finaliser l'application informatique commune avec la Direction générale des impôts, qui permet d'identifier actuellement près de 80 % des allocataires inscrits au fichier de l'impôt sur le revenu (fichier NIR).

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

Vers une réforme des modalités de réparation

La législation régissant la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles mérite un réexamen approfondi, compte tenu de l'évolution de la jurisprudence et de la réparation de droit commun, plus avantageuse dans de nombreux cas que celle des accidents du travail. Le Gouvernement a souhaité une expertise de la réparation intégrale avant toute prise de décision. Cette dernière sera précédée d'une large concertation et d'une mise à plat des dispositifs actuels.

Une convention d'objectifs et de gestion

Le principe de l'adoption d'une convention d'objectifs et de gestion pour la branche, souhaité

par la Cour des comptes comme par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, a été inscrit dans la LFSS pour 2003. Celle-ci a également prévu la mise en place d'un conseil de surveillance, chargé de veiller à sa mise en œuvre.

Le fonctionnement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a pu, dès le milieu de l'année, verser les premiers acomptes aux victimes. L'élaboration d'un barème définitif d'indemnisation fait l'objet d'un travail technique approfondi avec l'ensemble des acteurs.

LES RETRAITES

Le Fonds de réserve des retraites

Le conseil de surveillance du Fonds de réserve des retraites a été installé en novembre 2002. Le Fonds de réserve des retraites comprend un directoire et un conseil de surveillance, composé de parlementaires, des partenaires sociaux, de hauts fonctionnaires et de personnalités qualifiées. Il est présidé par Raoul Briet, conseiller-maître à la Cour des comptes. Il dispose de ressources pérennes correspondant à 65 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et des produits de placement. Il a également bénéficié d'un apport exceptionnel de 500 millions d'euros, provenant de la vente des actions du Crédit Lyonnais. Le Fonds doit mener une politique de placements éthiques, tenant compte de considérations sociales et environnementales.

La compensation entre les régimes de retraites

La compensation généralisée, destinée à assurer la solidarité entre régimes de retraites, a été instaurée en 1974. Les régimes dont le rapport actifs/inactifs est important financent ceux dont l'équilibre démographique n'est plus assuré. Le régime général, l'Etat et la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) participent au financement des régimes des exploitants agricoles, des commerçants et des artisans. La modification du mode de calcul doit faire l'objet d'un décret en 2003.

Un plan pluriannuel de rééquilibrage de la CNRACL a été arrêté. Il comprend une économie

sur les transferts de compensation et de surcompensation, ainsi qu'une augmentation du taux de cotisation de 0,4 point par an entre 2003 et 2005. Ces mesures permettront d'assurer le financement des retraites des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers jusqu'en 2007.

La réforme des retraites

Les grands principes de la concertation sur la réforme des retraites ont été posés et indiqués par le Premier Ministre en 2002 :

- la sûreté, qui suppose d'assurer le financement des retraites futures et de maintenir la répartition ;
- la liberté, afin d'apporter davantage de souplesse dans un système qui en manque, tout en maintenant le principe de la retraite à 60 ans ;
- l'équité, pour un partage des efforts entre tous les régimes de retraites.

LES MUTUELLES

La réforme du code de la mutualité, à la suite de la transposition en droit interne des directives communautaires de 1992 relatives à l'assurance vie et non vie, prévoit, dans un but de protection des droits des assurés, une immatriculation et un agrément des mutuelles pour pratiquer des opérations d'assurance vie et non vie en France et dans l'Union européenne.

Au 31 décembre 2002, 2 523 mutuelles, unions et fédérations étaient immatriculées au registre national des mutuelles. Sur l'ensemble de ces organismes, 768 ont déposé un dossier d'agrément pour exercer une activité d'assurance et 699 se sont fait substituer pour une telle activité.

Par ailleurs, 160 dossiers de fusions et de transferts de portefeuille, concernant 329 mutuelles, ont été déposés en 2002.

UNE NOUVELLE ORGANISATION

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 marque un tournant dans l'organisation de l'action sociale et médico-sociale en France. Elle permet en effet d'articuler, de façon harmonieuse, différents éléments. Les liens entre la planification, la programmation, l'allocation des ressources, l'évaluation et la coordination ont été repensés. Les procédures de pilotage du dispositif ont gagné en transparence et rigueur. La promotion du droit des usagers et l'innovation sociale et médico-sociale se développent - grâce à une diversification de l'offre - et facilitent une adaptation des structures et des services aux besoins et non plus l'inverse.

Cinq axes majeurs structurent l'organisation de cette loi :

- affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires ;
- élargir les missions de l'action sociale et diversifier la nomenclature des établissements, services et interventions ;
- améliorer les procédures techniques de pilotage du dispositif ;
- instaurer une réelle coordination entre les divers protagonistes ;
- rénovier le statut des établissements publics.

Cette loi touche tous les domaines de l'action sociale, de la lutte contre l'exclusion au secteur des personnes âgées, en passant par ceux du handicap ou de la protection de l'enfance. Elle prend mieux en compte les objectifs de qualité, contribuant ainsi à une amélioration des modalités de fonctionnement. Tous les partenaires publics et privés se sont concertés pour préparer ses décrets d'application et leur mise en œuvre sur le terrain. Les bureaux de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) se sont tous fortement impliqués dans ce travail. Outre cette évolution juridique majeure, l'année 2002 a vu la préparation d'une nouvelle étape de la décentralisation en matière d'action sociale et médico-sociale, portant en premier lieu sur le revenu minimum d'insertion.



LA PROTECTION DES PERSONNES ET LES MAJEURS PROTÉGÉS

Deux chantiers importants ont été ouverts en 2002 :

- le programme pluriannuel d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), destiné à prévenir et repérer les risques de maltraitance ;
- la réforme du dispositif de protection juridique des majeurs.

Lutter contre la maltraitance

Les procédures de signalement et de traitement des situations de maltraitance en institution (mineurs et adultes) ont été renforcées, selon les dispositions de la circulaire du 30 avril 2002. La DGAS a ainsi reçu 219 signalements en 2002 contre 129 en 2000. Le réseau d'accueil et d'écoute téléphonique ALMA (34 antennes départementales) a été amélioré.

Le programme quinquennal (2002-2006) d'inspection des établissements prévoit, en moyenne, le contrôle d'au moins 400 structures par an. Pour faciliter sa mission, des outils d'accompagnement ont été créés : cahier des charges du programme, guide de repérage des risques de maltraitance en institution, formations à l'École nationale de santé publique et à l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), phase d'analyse et d'étude du système d'information.

La réforme des tutelles

Enfin, deux groupes de travail, pilotés par la DGAS, ont été chargés de préparer l'application de la réforme des tutelles. L'un travaille sur l'évaluation médico-sociale, l'autre sur les modalités de financement des mesures de tutelle.

De son côté, le ministère de la Justice pilote le groupe chargé de la révision du code civil, rendue indispensable par cette réforme. Ces travaux, à la fois très techniques et sensibles, déboucheront en 2003.

L'action sociale

La lutte contre les exclusions

Actions pour l'hébergement et le logement

Les procédures d'allocation de ressources, dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), ont été allégées, comme le prévoit la directive nationale d'orientation (DNO). Les procédures de chiffrage de l'allocation de moyens et des insuffisances budgétaires ont également été revues. La démarche "schémas départementaux et mise en perspective régionale" a été relancée. Elle a permis de dresser un premier bilan national des schémas AHI (accueil, hébergement, insertion), dans un contexte de très forte progression de la demande, en raison de l'augmentation de la demande d'asile. Le secrétariat d'État à la lutte contre la précarité et l'exclusion a présidé au lancement d'une enquête sur le dispositif d'hébergement, afin d'établir un état des lieux et évaluer les besoins. Ses résultats ont orienté la mobilisation pour la mise en œuvre du dispositif hébergement hivernal. Conjugué à l'effort particulier de réponse aux difficultés constatées au centre d'accueil de Sangatte, il a permis l'ouverture de 5 000 places d'hébergement supplémentaires.

L'accès aux biens de première nécessité (eau, électricité, téléphone) a fait l'objet de plusieurs initiatives :

- pilotage d'une étude sur la gestion mutualisée des fonds d'aide aux personnes en difficulté ;
- lancement d'une mission conjointe des inspections générales des affaires sociales, des finances et de l'équipement (IGAS-IGF-IGE) sur la faisabilité d'un fonds unique pour l'habitat ;
- enquête nationale auprès des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) sur le fonds "eau" ;
- élaboration du projet de décret relatif au tarif social électricité.



Actions envers les publics spécifiques

Plusieurs mesures ont été prises en faveur des jeunes. La Direction générale de la santé (DGS) et la DGAS, ont ainsi finalisé et diffusé la circulaire sur la mise en place d'un dispositif unifié point d'accueil et point d'écoute. La direction a également participé aux travaux de la commission nationale pour l'autonomie des jeunes.

D'autres actions concernent les prostitués. Le bilan d'un premier appel à projets a été dressé. Un second, centré sur l'impulsion de dynamiques partenariales locales et l'amélioration de l'allocation des dotations financières aux DDASS, a été lancé. La DGAS a aussi collaboré au groupe interministériel de lutte contre la prostitution.

Enfin, pour les sortants de prison, la direction a collaboré à la préparation de la loi pénitentiaire.

Plan de lutte contre l'exclusion

Le Premier ministre, dans son discours de politique générale, a annoncé l'élaboration d'un plan de lutte contre la précarité et l'exclusion. Son contenu a été présenté après concertation à la fin de l'année 2002. Il s'attache à rendre effectif l'accès aux droits, à renforcer l'accès au logement et à la santé, à mettre en cohérence le dispositif d'urgence sociale et enfin à mieux répondre aux besoins des publics précaires.

L'évolution des formations sociales

Le nombre des travailleurs sociaux (plus de 400 000) et leur formation doivent être adap-

tés aux nouvelles attentes des usagers. La loi du 29 juillet 1998 a prévu de consolider - sur les plans juridique, administratif, pédagogique et financier - l'appareil de formation de ces professionnels. Les modalités de formation évolueront en fonction des besoins. L'année 2002 a été marquée par d'importantes avancées dans plusieurs de ces domaines, notamment la refonte de diplômes.

Deux diplômes rénovés

Deux diplômes ont fait l'objet de textes réglementaires qui refondent totalement les certifications similaires précédentes : le certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social (CAFDES) et le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). Ce dernier a également servi de support à une expérimentation du dispositif de validation des acquis de l'expérience, instauré par la loi de modernisation sociale. Tous les diplômes en travail social en bénéficieront au fur et à mesure de leur rénovation.

Par ailleurs, le fonds de modernisation de l'aide à domicile a été mis en place. Il favorisera la qualification des personnels du secteur.

Enfin, un arrêté du 11 septembre 2002 a créé une commission professionnelle consultative du travail social et de l'intervention sociale. Elle sera consultée sur toutes les questions liées à la création et à l'actualisation des diplômes.

Tous les schémas régionaux étaient arrêtés par les préfets au 31 décembre 2002. Les travaux d'ores et déjà engagés dans les régions, pour leur mise en œuvre, apportent un éclairage complémentaire aux réflexions nationales sur la qualité de l'alternance et des projets pédagogiques.

L'année 2002 a été également marquée par un effort sans précédent en termes d'ouvertures de places de formation initiale. Un plan pluriannuel destiné à délivrer 3 000 diplômes de plus chaque année a ainsi débuté le 1er septembre.

Enfin, un décret en fin d'année a quasiment aligné

le régime des bourses aux étudiants sur les dispositions en vigueur pour l'enseignement supérieur.

L'appui à la fonction régionale de coordination de l'observation

Un groupe national d'appui a été mis en place par la DGAS, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la DGS. Il accompagnera les démarches régionales de coordination de l'observation sanitaire et sociale avec trois objectifs :

- mutualiser les approches régionales ;
- fournir un appui méthodologique ;
- établir un corpus de références partagées.

Des coordinations régionales d'observation sociale - et, pour certaines d'entre elles, sanitaire - se sont organisées dans une vingtaine de régions, généralement comme "plates-formes communes d'observation". Elles recensent les informations statistiques et les études détenues par tous les partenaires impliqués dans les politiques d'action sociale. Elles favorisent aussi leur développement, leur mise en commun, leur analyse partagée et leur diffusion.

Objecteurs de conscience : le bilan

Le ministère chargé des Affaires sociales administrait, depuis janvier 1983, les appelés relevant du service des objecteurs de conscience. La loi du 28 octobre 1997 ayant suspendu le service national à compter du 1er janvier 2003, la DGAS a procédé en 2002 au règlement des derniers dossiers. Le bilan a été dressé : au total, 71 000 jeunes ont été incorporés et affectés dans plus de 6 500 organismes, en vue d'accomplir leurs obligations. Les fonctions exercées au sein d'administrations de l'État, de collectivités locales ou d'associations à but non lucratif, étaient souvent novatrices ou correspondaient à des besoins insuffisamment satisfaits. Par ailleurs, la présence de ces jeunes a souvent aidé les structures d'accueil à connaître et utiliser les nouvelles techniques d'information et de communication.

L'action sociale

La famille et l'enfance



La désignation d'un ministre délégué à la Famille, en 2002, traduit l'importance de ce sujet dans les préoccupations gouvernementales.

Les métiers liés à la famille et à l'enfance

Plusieurs chantiers ont été lancés. Pour préparer la future conférence de la famille de 2003, des groupes de travail ont réfléchi sur une nouvelle prestation d'accueil du jeune enfant, sur les services aux familles et sur le thème de la famille et de l'entreprise. Un autre groupe s'est concerté sur les métiers de l'accueil collectif de la petite enfance.

Enfin a été remis un rapport sur l'état des lieux et les propositions d'évolution du statut des assistantes maternelles permanentes et non permanentes. Cette question répond à un besoin des familles et constitue, par ailleurs, un important réservoir d'emplois.

D'une manière générale, les métiers liés à la famille et à la petite enfance bénéficient d'une évolution significative. C'est notamment le cas du conseil conjugal et de la médiation familiale. La direction a ainsi animé un groupe de travail, au sein du Conseil supérieur de l'information sexuelle, sur le thème de la rénovation des formations à l'éducation à la vie et au conseil conjugal et familial. Elle a également collaboré au Conseil national consultatif de la médiation familiale.

L'adoption

En matière d'adoption, deux événements ont marqué l'année 2002 :

- la loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002, relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pu-

pilles de l'État, a institué un Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP). Le décret du 3 mai 2002 a constitué cette instance, sous la présidence du professeur Henrion, et l'a dotée d'une équipe permanente. Ce texte prévoit aussi l'accompagnement et l'information des femmes accouchant sous X, et instaure une possibilité de réversibilité du secret demandé par ces dernières. Les enfants nés dans ces conditions pourront donc plus facilement retrouver leurs origines ;

- le décret du 18 avril 2002 a réformé le régime des organismes agréés pour l'adoption. Le Conseil supérieur de l'adoption a été renouvelé et placé sous la présidence de M. Nicolin, député de la Loire.

L'absentéisme scolaire

L'absentéisme scolaire et les mesures susceptibles d'y remédier ont fait l'objet de réflexions inter-institutionnelles, dont les résultats sont attendus pour 2003. Un autre groupe de travail, placé sous la présidence de l'IGAS, est chargé de dresser un état des lieux de la protection de l'enfance et d'émettre des propositions d'amélioration.

Les mineurs étrangers

Il faut aussi noter l'attention portée au problème difficile des mineurs étrangers. Un lieu d'accueil et d'orientation a été ouvert à Taverny pour les enfants arrivant à Roissy. Diverses actions ont été menées pour trouver des solutions d'hébergement ou lutter contre la prostitution.

L'action sociale

Les personnes âgées

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

La loi du 20 juillet 2001 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002. La mise en œuvre de l'APA a ordonné le programme de travail de l'année 2002 pour les personnes âgées autour de quatre chantiers majeurs :

- l'accompagnement de la montée en charge, sur un rythme soutenu, de la nouvelle allocation et la maîtrise des problèmes de financement qui en découlent dès 2003 ;
- le développement du secteur de l'aide à domicile, qui suppose une professionnalisation des métiers et la mise sur pied d'une filière susceptible d'améliorer l'attractivité des emplois offerts ;
- la poursuite du maillage du territoire par les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), à la lumière des enseignements tirés de l'évaluation des vingt-cinq sites pilotes installés dès 2000 ;
- la mise en œuvre effective de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et son appropriation par les acteurs concernés, une fois son cadre juridique stabilisé.

Un an après son entrée en vigueur, 605 000 personnes âgées (dont 83 % de plus de 75 ans) bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie. Indiscutable révélateur des attentes et des besoins, l'APA connaît un succès plus rapide que prévu. En effet, les prévisions initiales étaient de 500 000 à 550 000 allocataires en 2002-2003, années de montée en charge du dispositif, et de 800 000 en vitesse de croisière, à l'horizon 2004-2005. Ce phénomène a entraîné, dès l'autonomie 2002, travaux et réflexions entre le gouvernement et les conseils généraux (Assemblée des départements de France), afin de faire face au besoin de financement supplémentaire, nécessaire dès 2003. Celui-ci est évalué à 1,2 milliard d'euros.

**Maintien à domicile : objectif atteint**

Parmi les 605 000 bénéficiaires de l'APA, 51 % vivent à domicile, en ayant recours à un plan d'aide d'un montant mensuel moyen de 516 euros. Le nouveau dispositif touche donc, dès la première année, quatre fois plus de bénéficiaires que la prestation spécifique dépendance (143 000 au 31 décembre 2001). La loi du 20 juillet 2001 avait pour ambition de promouvoir le maintien à domicile. Ses objectifs d'universalité et de prise en charge de tous les degrés de dépendance (GIR 1 à 4) sont atteints sur le terrain : 41 % des allocataires, soit 248 000 personnes, relèvent du GIR 4.

À la fin de 2002, au terme de consultations avec les conseils généraux et les associations de retraités, le gouvernement a retenu plusieurs orientations :

- le maintien des principes fondateurs de la loi du 20 juillet 2001, incluant : le caractère universel de l'allocation, son extension aux personnes moyennement dépendantes (GIR 4), le maintien de barèmes nationaux et une gestion décentralisée avec l'absence de tout recours en récupération ;
- un effort partagé et équilibré entre l'État, les départements et les bénéficiaires, afin de faire face à ce besoin de financement supplémentaire et de maîtriser la dépense ;
- le principe d'un concours spécifique aux départements confrontés aux difficultés les plus importantes en raison de la faiblesse de leur potentiel fiscal et du poids de leur population âgée.

La modernisation de l'aide à domicile

Moderniser l'aide à domicile, c'est d'abord la professionnaliser. Ainsi, le nouveau diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale, créé par le décret du 26 mars 2002, garantit une meilleure reconnaissance des qualifications dans les conventions collectives. Il fidélise les salariés du secteur de l'aide à domicile en développant la polyvalence des compétences et en prévoyant des équivalences. La validation des acquis de l'expérience - dont l'expérimentation a été menée avec succès dans sept régions au cours de l'été - sera également généralisée. En outre, le fonds de modernisation de l'aide à domicile, constitué au sein du fonds de financement de l'APA - dont les modalités de fonctionnement ont été précisées par une circulaire du 28 novembre 2002 - jouera à l'avenir un rôle important d'impulsion et d'incitation dans la modernisation des services.

Mais cette modernisation passe aussi par une meilleure attractivité du secteur de l'aide à domicile. Il est aujourd'hui indispensable de le structurer, mais aussi d'améliorer les conditions de travail et de rémunération. Ceci suppose d'élaborer une convention collective unifiée du secteur, action déjà engagée avec l'agrément de l'accord de la branche de l'aide à domicile relatif aux emplois et aux rémunérations du 29 mars 2002, modifié par l'avenant du 4 décembre 2002. Cet accord - avec effet au 1^{er} juillet 2003 - entraîne une révision des grilles salariales et un système de reprise d'ancienneté conduisant à une augmentation de la masse salariale de la branche de plus de 20 %, à échéance du 1^{er} juillet 2006. Il s'agit là d'une avancée substantielle pour le secteur de l'aide à domicile, unanimement reconnue.

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Sous le label CLIC, des guichets d'accueil, de conseil et d'orientation sont mis à la disposition des personnes âgées et de leur entourage. Ils assurent aussi la prise en charge des situations complexes. Repérables et bien identifiés, les CLIC répondent à une logique de proximité, d'aide à l'accès aux droits et de réseau entre les professionnels et les acteurs de terrain. Totalement décentralisé, le dispositif dépend du préfet et du président du conseil général. Il doit s'inscrire dans l'organisation et les orientations définies par les schémas gérontologiques départementaux.

En novembre et décembre 2002, huit réunions interrégionales d'échange pour le développement des CLIC, rassemblant tous les acteurs institutionnels et de terrain, ont permis de mesurer le chemin parcouru. Le rôle d'impulsion joué par l'État a été souligné : ses financements, portés à 22,8 M€ en 2002, ont eu un réel effet d'entraînement. Les

CLIC ont progressé en nombre - à la fin de 2002, 272 CLIC sont répartis dans 87 départements, soit une hausse de 61 % sur 2001 - et en niveau de service. Les CLIC de niveau 2 et 3 sont ainsi largement majoritaires et représentent 62 % de l'ensemble à la fin de 2002. Leurs équipes s'étoffent, leur expérience et leur savoir-faire se consolident. Les comités de pilotage sont installés dans 94 départements.

Parallèlement, vingt-cinq sites pilotes installés en 2000 ont été évalués en 2002. Les résultats de l'enquête et le contexte budgétaire ont conduit à l'infléchissement du plan de marche : le soutien financier de l'État est désormais clairement ciblé sur les CLIC de niveau 3. Ceux-ci assurent, outre les missions d'information, l'évaluation et le suivi des situations les plus complexes. Ils coordonnent la prise en charge sanitaire, l'accompagnement social et médico-social et les actions d'adaptation de l'habitat. À compter de 2003, les CLIC de niveau 1 et 2 bénéficieront d'un concours financier sur deux ans, afin de leur permettre d'atteindre le niveau 3, le seul à justifier un apport financier pérenne de l'État.

Évaluation des vingt-cinq CLIC pilotes

Une première évaluation, confiée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, unité 500 - épidémiologie des maladies chroniques et du vieillissement), a mis en lumière, malgré une forte motivation des équipes, certains dysfonctionnements et, par conséquent, les améliorations à apporter :

- insuffisance de moyens en personnel dans certains cas ;
- difficulté à mobiliser les professionnels de santé libéraux ;
- manque de partenariats.

Le bilan a montré que les CLIC doivent s'imposer comme élément fédérateur et intervenir en complément et non en substitut des autres acteurs. Un CLIC sera reconnu par ses partenaires en fonction de sa capacité à apporter sa contribution pour résoudre les situations les plus complexes et/ou urgentes.

La réforme de la tarification des EHPAD

Prévue par la loi du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance, la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) se met progressivement en place. Les moyens de médicalisation des établissements sont renforcés et le programme d'amélioration des prestations offertes à leurs résidents organisé.

La priorité donnée à la détermination des tarifs afférents à la dépendance, afin de permettre aux

résidents de bénéficier de l'APA dès le 1^{er} janvier 2002, a pu se traduire par un ralentissement des négociations en début d'année. Néanmoins, le processus de conventionnement, engagé dans les faits depuis juin 2001 - après la parution du décret du 4 mai 2001 - a permis la signature en un an de 1 450 conventions. Ce chiffre représente environ 120 000 lits, soit plus de 20 % de la capacité des EHPAD (hors logements foyers). Il atteste l'entrée des établissements signataires - sur la base d'un diagnostic résultant d'une auto-évaluation - dans une démarche continue de perfectionnement des soins et aides dispensés aux résidents. Au terme d'une réflexion sur la négociation des conventions tripartites, conduite en étroite liaison avec les fédérations d'établissements, une instruction est venue rappeler aux autorités de tarification et aux établissements les principes fondamentaux de la réforme. Des recommandations utiles ont également été formulées pour lever les principaux obstacles au conventionnement.

Les programmes spécifiques

Dans le cadre du programme en faveur des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, annoncé le 11 octobre 2001, des modalités d'accueil alternatives à l'hébergement complet ont été développées. Grâce à un financement de l'assurance maladie, 7 000 nouvelles places d'accueil de jour et 3 000 places supplémentaires d'hébergement temporaire sont prévues d'ici quatre ans. La première tranche du projet a été menée à bien en 2002.

Le plan d'installation de nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), au rythme soutenu de 4 000 par an sur cinq ans, a été poursuivi. L'objectif est de résorber les disparités entre régions et en leur sein, et d'offrir des services d'un niveau satisfaisant afin d'assurer un maintien à domicile de qualité.

L'action sociale

Les personnes handicapées

En 2002 a été lancée une démarche ambitieuse portant notamment sur la refonte de la loi d'orientation de 1975 sur le handicap et sur la réalisation d'actions lancées précédemment.

Des réflexions ont été engagées pour réformer les textes relatifs aux personnes handicapées et mettre en place le programme annoncé par le président de la République, dans le cadre des grands chantiers du quinquennat. Ce programme concerne les principes fondamentaux, la compensation, les établissements, les ressources, l'accessibilité, la prévention, le statut des travailleurs handicapés.

Réforme des institutions

Les décrets relatifs aux institutions consultatives des personnes handicapées - Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) et conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH) - ont été publiés le 27 novembre 2002. Le CNCPH a été renouvelé, avec une réunion d'installation dès le début du mois de décembre, condition préalable pour réaliser le travail considérable prévu en 2003.

Par ailleurs, les actions engagées pour réformer l'allocation d'éducation spéciale (AES) et les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (circulaires du 27 février 2002 relatives à l'organisation des COTOREP et à la fonction médicale, préparation du décret sur le fonctionnement, participation à l'élaboration du guide des procédures), ainsi que l'élaboration du guide-barème et du rapport sur les personnes handicapées vieillissantes, ont pu être menées à leur terme. La réforme de l'AES, dont la date d'effet au 1^{er} avril 2002 a été respectée, a engendré un important travail sur le terrain avec les commissions départementales d'éducation spécialisée (CDES), les services déconcentrés et les caisses d'allocations familiales. Cela constitue la première étape d'une remise à niveau d'organismes qui n'avaient pratiquement plus reçu d'instructions depuis vingt ans.



Par ailleurs, la mise en place des systèmes d'information des CDES et des COTOREP a été relancée. Dans le cas des CDES, les difficultés de conduite de projet avec l'Éducation nationale ont été surmontées, ce qui permettra d'obtenir des résultats tangibles en 2003.

Une meilleure information

Plusieurs rapports ont été rendus publics et plusieurs circulaires signées : rapport Charzat sur le handicap psychique, circulaires sur l'annonce du handicap aux parents, circulaires relatives aux malades atteints de sclérose latérale amyotrophique ou pauci-relationnels, circulaire santé-justice et textes relatifs aux transferts d'établissements. Enfin, le ministère a mené une importante action de sensibilisation. Le colloque "Mieux vivre la cité, l'accessibilité pour tous", les 19 et 20 février 2002, a connu un grand succès. En septembre 2002 un appel à projets a été lancé pour l'année 2003, déclarée Année européenne des personnes handicapées. Environ 600 dossiers ont pu être examinés dans un délai très court.

Des réponses aux difficultés

Ont également été testées des solutions destinées à régler des situations particulièrement difficiles, rencontrées par des personnes très lourdement handicapées. Ces expériences ont été formalisées dans la circulaire du 10 octobre 2002 relative à la mise en place du dispositif de maintien à domicile et à l'expérimentation de maisons d'accueil spécialisées (MAS) ambulatoires.

Divers dossiers de maltraitance ou de mauvais fonctionnement d'établissements ont abouti à des diagnostics. Des solutions ont été trouvées, notamment en référence aux dispositions de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et de ses textes d'application.

L'action sociale

La population et les migrations

Comme les années précédentes, l'année 2002 a été marquée par une forte augmentation des flux migratoires concernant les regroupement et rapprochement de familles des étrangers et les demandeurs d'asile. En revanche, l'entrée des travailleurs permanents est en régression.

LA DEMANDE D'ASILE

La France au 2^e rang mondial ?

Depuis 1999, la demande d'asile en France augmente chaque année de façon importante. Cette progression s'est poursuivie en 2002 : l'Office français de protection des apatrides et des réfugiés (OFPRA) a enregistré 51 031 demandes, hors mineurs accompagnants, soit une hausse de près de 8 % par rapport à 2001 (et de 130 % par rapport à 1998 !). Un rapport de mars 2003 du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) indique d'ailleurs que la France arrive en 2002 au 4^e rang mondial des pays industrialisés pour le nombre de demandeurs d'asile. Ces chiffres ne tiennent cependant compte que des adultes ayant déposé une demande à l'OFPRA. Ils excluent les enfants accompagnants et les demandeurs d'asile territorial, que le ministère de l'Intérieur évalue en 2002 à environ 30 000 adultes. La France pourrait, de fait, se situer au 2^e rang mondial.

Des moyens d'hébergement accrus

Le ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, responsable de la prise en charge sociale de ces demandeurs d'asile, a pris des mesures très significatives pour améliorer leur accueil. La capacité d'hébergement des CADA (centres d'accueil pour demandeurs d'asile) a ainsi été sensiblement accrue : La création de 3 500 places supplémentaires a permis de disposer, à la fin de l'année 2002, d'une capacité totale de 10 317 pla-



ces. Des instructions ont été données pour privilégier l'implantation de CADA dans des régions jusqu'alors peu pourvues, notamment dans l'Ouest. Dans le même temps, l'État a financé des places d'hébergement d'urgence, en centres ou en hôtels, afin de mettre à l'abri ces populations particulièrement fragiles. Au total, 166 M€ ont été consacrés cette année à l'hébergement des demandeurs d'asile et réfugiés, soit une hausse de 68 % sur 2001.

Des démarches simplifiées

Le développement de l'offre d'hébergement serait toutefois insuffisant pour résoudre les difficultés, si les délais d'instruction de la demande d'asile ne diminuaient pas. La réforme d'ensemble du dispositif d'asile, préparée par le gouvernement, a pour objectif essentiel de raccourcir ces délais et de rationaliser les procédures. Les dispositions prévues devraient en particulier aboutir au "guichet unique" et permettre à l'ensemble des demandeurs d'asile (asile conventionnel ou protection subsidiaire) de bénéficier de la même prise en charge sociale, sous la forme d'une allocation financière ou d'un hébergement en CADA.

Sangatte : suite et fin

À la fin du mois de décembre 2002, le centre d'accueil de Sangatte a définitivement fermé ses portes et ses hangars ont été détruits. Auparavant, une solution d'accueil, en Grande-Bretagne ou en France, a été proposée à toutes les personnes étrangères hébergées, en fonction de leur origine, de leur parcours et de leurs attaches familiales.

ACCUEIL ET INTÉGRATION

L'accueil : une étape essentielle

Accueillir, c'est organiser concrètement l'arrivée des étrangers autorisés à résider durablement en France. Cette première prise de contact constitue la première étape d'un parcours individuel d'intégration. Elle doit prendre en compte les besoins et les attentes du nouvel arrivant, mais aussi l'informer sur ses obligations et les règles de la vie en France.

Réorganisée dans les années 1990 autour de dispositifs départementaux, la politique d'accueil a été recentrée en 1999 sur la réception des primo-arrivants au sein des plates-formes de l'Office des migrations internationales (OMI). Cette orientation s'est poursuivie en 2002 : plus de 30 000 personnes, bénéficiaires du regroupement familial, membres étrangers de familles françaises ou familles de réfugiés statutaires, ont ainsi été accueillies par ces plates-formes.

Cette volonté de mieux accueillir les personnes étrangères répond au projet énoncé le 14 octobre 2002 par le Président de la République : proposer à chaque candidat à l'immigration un contrat d'accueil et d'intégration. L'objectif est de construire un véritable service public de l'entrée en France, mais aussi d'inscrire cet accueil dans une politique plus large d'intégration, grâce à une réelle promotion sociale et professionnelle des nouveaux arrivants.

UNE PRIORITÉ : L'APPRENTISSAGE DU FRANÇAIS

La connaissance de la langue du pays d'accueil est essentielle à l'intégration. Une maîtrise insuffisante du Français constitue un lourd handicap, qui fragilise les personnes et les rend vulnérables et dépendantes. C'est, pour les immigrés, le principal facteur d'exclusion de la vie sociale et professionnelle. À l'échelon collectif, il entraîne le risque d'un repli communautaire.

Le Fonds d'action et de soutien à l'intégration et à la lutte contre les discriminations (FASILD) a donc financé en 2001 et 2002 un vaste programme d'évaluation des formations linguistiques à destination des publics migrants. Ses conclusions ont mis en évidence l'insuffisance et le caractère partiel des formations, notamment à destination des primo-arrivants. Pour répondre aux termes du contrat d'accueil et d'intégration, dont les travaux ont commencé à la fin de l'année 2002, les dispositifs existants seront donc recentrés sur ce public particulier. Les autres publics - candidats à la naturalisation et demandeurs d'emploi - n'ont cependant pas été oubliés. Enfin, une attention particulière sera portée aux femmes immigrées. Celles-ci rencontrent en effet les plus grands obstacles lors de l'insertion professionnelle. Elles éprouvent aussi beaucoup de difficultés pour accéder à une formation linguistique, souvent en

raison de leur situation familiale ou de la pression des traditions communautaires.

LA LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS

La télévision pour lutter contre la discrimination

Une campagne de communication télévisée a été diffusée en avril 2002, afin de sensibiliser le grand public et de combattre la discrimination. Trois spots ont ainsi traité de différents aspects de la discrimination, à travers les difficultés d'accès à l'emploi, au logement et aux boîtes de nuit.

Pour la citoyenneté

Les pouvoirs publics ont la ferme volonté de combattre les discriminations. Le ministère de l'intérieur a ainsi mis en place, avec la Direction de la population et des migrations (DPM), les Commissions départementales d'accès à la citoyenneté et de lutte contre les discriminations (CODAC). Des plans départementaux, préparés par un séminaire en avril 2002 avec la participation de toutes les préfetures, et appuyés sur des diagnostics locaux, ont été lancés à l'automne. En fin d'année, plus de 60 plans ont déjà été approuvés par les assemblées plénières des CODAC. Les autres le seront en 2003.

Pour l'emploi

La DPM participe au programme européen "EQUAL" de lutte contre les discriminations. Elle joue notamment un rôle essentiel, avec le FASILD et les partenaires opérationnels chargés de la mise en œuvre des actions, au sein de deux projets :

- le projet "ESPERE", axé sur la sensibilisation et la formation des agents du service public de l'emploi (SPE). Il est conduit avec le Portugal et le Danemark ;

- le projet "LATITUDE", mené par les sociétés ADECCO et ADIA, et l'Institut du mécénat de solidarité (IMS). Son objectif est de sensibiliser les personnels des entreprises concernées et de les préparer aux questions de discriminations, mais aussi d'agir en direction des entreprises recourant à l'intérim, des intérimaires eux-mêmes et des partenaires sociaux de la branche.

Dans le même temps, la DPM, la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP), le FASILD et l'Agence nationale pour l'emploi ont conclu, en mars 2002, un nouvel accord-cadre pluriannuel, afin de faciliter l'accès des populations immigrées aux services de l'ANPE. Son but est de favoriser l'insertion professionnelle de ces dernières et de prévenir et combattre toutes les formes de discriminations raciales.

Le réseau "RAXEN"

L'Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes de Vienne, institution de l'Union européenne, a mis en place un réseau baptisé "RAXEN". Celui-ci est chargé de réunir des informations de qualité sur le sujet en Europe. Il constituera une base de travail commune aux différents pays européens, notamment en harmonisant la terminologie sur les notions de racisme, de xénophobie et de discrimination, afin de permettre la comparaison de données inter-étatiques. En 2002, le réseau a également entrepris l'actualisation de la cartographie nationale des principales organisations de lutte contre le racisme, la xénophobie l'antisémitisme et les discriminations, mais aussi de celles productrices de données sur la question. Enfin, il a élaboré des rapports analytiques sur les violences raciales et le racisme et les discriminations dans l'emploi.

Le rôle des associations

En 2002, l'État (Direction de la population et des migrations/Fonds d'action et de soutien à l'intégration et à la lutte contre les discriminations) a également poursuivi son soutien à l'ensemble du secteur associatif œuvrant dans le domaine de l'intégration et de la lutte contre les discriminations. Une attention particulière a été portée aux actions en faveur des femmes et des jeunes.

La DPM a aussi maintenu son aide aux grandes associations de lutte contre le racisme, notamment par le biais de conventions pluriannuelles. Elle a cependant défini plus clairement les actions bénéficiant de l'aide financière et les modalités de leur évaluation.

LES TRAVAUX COMMUNAUTAIRES SUR L'ASILE ET L'IMMIGRATION

Les travaux menés en 2002 ont permis l'adoption du règlement du Conseil du 8 février 2003 concernant la détermination de l'État responsable de l'examen d'une demande d'asile. Ils ont également débouché sur la directive du Conseil du 27 janvier 2003, relative aux normes minimales en matière d'accueil des demandeurs d'asile.

Élaborée en 2002, la proposition de directive du Conseil sur le regroupement familial a, pour sa part, reçu l'accord du Conseil "Justice et affaires intérieures" du 27 février 2003.

Différentes propositions de directives du Conseil sont encore en cours d'examen. Elles portent sur les normes minimales d'octroi et de retrait du statut de réfugiés ou d'une protection subsidiaire, les résidents de longue durée, ainsi que les procédures d'asile. Conformément aux conclusions du Conseil européen de Séville, ces textes doivent être adoptés en 2003.

LES ACQUISITIONS DE LA NATIONALITÉ FRANÇAISE

Un grand nombre de dossiers

La sous-direction des naturalisations gère la plupart des acquisitions de la nationalité française des personnes étrangères, des naturalisations (ou réintégrations) par décret et des déclarations de nationalité après mariage.

En 2002, elle a reçu 78 899 dossiers adressés par les préfetures, les consulats et les tribunaux d'instance (contre 85 300 en 2001).

Davantage de demandes de naturalisations après mariage

Le nombre de dossiers de naturalisation a légèrement diminué en 2002 par rapport à 2001. Cette diminution concerne essentiellement les demandes d'acquisition par décret : 48 666 en 2002 contre 57 300 en 2001, ce qui correspond à une baisse de 18 %. Les demandes de souscriptions après mariage ont en revanche augmenté : 30 233 déclarations sont arrivées en 2002, contre 28 000 en 2001, soit une hausse de 8 %.

Le nombre de dossiers traités est resté globalement stable. 52 480 décisions ont été prises pour les dossiers par décret contre 54 691 en 2001. 6 879 dossiers de jeunes de 18 à 25 ans, arrivés en France avant l'âge de 6 ans et y ayant suivi toute leur scolarité, ont bénéficié de la procédure accélérée, mise en place par la circulaire du 17 octobre 2000. Enfin, 27 228 décisions ont été prises sur les déclarations, contre 24 606 en 2001. Au total, en 2002, 90 432 personnes - enfants mineurs inclus - ont acquis la nationalité française au titre des procédures gérées par la sous-direction : 64 081 par décret et 26 351 par déclaration après mariage.

Un service modernisé

La sous-direction a poursuivi la modernisation de ses services. Les connexions au serveur télématique TELNAT, dont l'accès, sécurisé, est réservé aux tribunaux et aux préfetures, ont ainsi progressé en 2002 : 77 922 contre 72 928 en 2001. La mise en place de PRENAT s'est également poursuivie. Cet outil interministériel gère les demandes d'acquisition de la nationalité, depuis le dépôt de la demande en préfecture jusqu'à l'établissement de l'état civil français au service central d'état civil, après décision à la sous-direction des naturalisations.

Par ailleurs, la sous-direction continue à enrichir la base informatisée des décisions de naturalisations. Elle détient en effet l'historique des demandes formelles d'acquisition et de perte de la nationalité française depuis 1843 (sauf manifestations de volonté de 1994 à 1998 et déclarations hors mariage depuis 1994).

L'action sociale

L'économie sociale et solidaire

PROMOUVOIR L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE

Au niveau national

En 2002, la Délégation interministérielle à l'innovation sociale et à l'économie sociale (DIES) a privilégié deux axes principaux :

- la structuration de l'économie sociale et solidaire, par le soutien à une soixantaine de réseaux agissant principalement dans les domaines suivants :
 - développement du bénévolat et de la citoyenneté ;
 - accompagnement à la création d'activités (notamment sous forme coopérative) et lutte contre les exclusions ;
 - appui aux filières émergentes porteuses d'innovation sociale : environnement, développement durable, insertion par l'économique, technologies de l'information et de la communication, finances solidaires...
- l'innovation sociale, avec le développement de nouvelles formes coopératives (les Sociétés Coopératives d'Intérêt Collectif) et la mise en place d'outils d'épargne salariale (agrément "entreprises solidaires").

Au niveau régional

La DIES a poursuivi sa politique de contractualisation avec les régions. Quinze d'entre elles disposent d'une ligne budgétaire consacrée à l'économie sociale et solidaire, principalement au titre des Contrats de Plan. La Délégation soutient également une quinzaine de "chambres régionales de l'économie sociale", qui regroupent les acteurs du secteur au niveau régional.

Sur le plan local

La Délégation a lancé, avant les échéances législatives, un appel à projets qui a permis de financer 200 initiatives associatives.



Par ailleurs, la DIES a créé un programme d'appui aux territoires locaux qui conduisent une politique spécifique de développement de l'économie sociale et solidaire. Des "conventions territoriales" ont été ainsi passées avec une quarantaine de territoires communaux ou intercommunaux.

DÉVELOPPER LA VIE ASSOCIATIVE

Chantiers prioritaires

L'une des missions de la délégation est d'améliorer les relations entre l'État et les associations. Dans ce cadre, la DIES a concrétisé, en 2002, un certain nombre de dossiers engagés lors des Assises nationales de la vie associative de février 1999 et à l'occasion du centenaire de la loi de 1901 :

- la diversification et le renforcement du financement des associations ;
- le développement du mécénat de compétences et de proximité ;
- la mise en place du volontariat civil de solidarité et de cohésion sociale ;
- la promotion des congés solidaires ;
- l'accession des femmes aux responsabilités associatives.

Animation

La DIES a assuré la présidence et le secrétariat :

- du comité de suivi opérationnel du groupe permanent de la vie associative ;
- du comité interministériel de suivi et d'évaluation

des conventions pluriannuelles d'objectifs avec les associations ;

- d'un groupe mixte du Conseil national de la vie associative sur les conséquences du développement des activités économiques des associations.

FAVORISER LA RECONNAISSANCE EUROPÉENNE DE L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE

En ce domaine, la Délégation a contribué en 2002 à la structuration d'un véritable tiers secteur européen dans le cadre des négociations

sur le statut de la coopérative européenne. Elle a également participé à la promotion de l'économie sociale et solidaire dans les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne en 2004, notamment grâce à la création d'un fonds d'aide au développement des coopératives. Enfin, elle a participé activement aux travaux de la Convention sur l'avenir des institutions européennes, en particulier au sein de la commission *ad hoc* sur le social.

La Délégation, d'une manière générale, œuvre pour renforcer le poids de l'économie sociale et solidaire dans l'Union européenne, en soutenant la démocratie participative et en favorisant la prise en compte des services d'intérêt général.

L'égalité entre les femmes et les hommes



UNE ACTION TRANSVERSALE ET PARTENARIALE

La production de statistiques sexuées

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) a été chargé d'adapter, avec l'ensemble des départements ministériels, l'appareil statistique de l'État, afin de mieux connaître la situation respective des femmes et des hommes. Grâce à ces travaux, le ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, réalise chaque année, depuis 2001, un rapport, "Les chiffres clés de l'égalité". Celui de 2002 apporte un éclairage sur la place des femmes dans la vie sociale, économique et politique. Il contribue ainsi à améliorer l'utilisation de l'appareil statistique.

Le développement de formations à l'égalité

Le Service des droits des femmes et de l'égalité a engagé en 2001 et 2002 trois programmes

de formation à l'attention des personnels de l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), de l'Agence nationale pour l'emploi, mais aussi des administrations centrales et des services déconcentrés de l'État. Ces expériences ont montré que la conception de tels modules de sensibilisation et leur adaptation aux publics visés sont délicates. Leur mise en œuvre doit en outre tenir compte des missions et des objectifs assignés à ces publics. Cette opération prouve aussi que ces institutions ont probablement besoin d'appuis techniques pour organiser de telles actions. À cet effet, un comité de pilotage des formations à l'égalité a été constitué en 2002. Cette instance regroupe les ministères de la Fonction publique, de l'Éducation nationale et de la Recherche, de l'Agriculture, et des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Elle a établi un cahier des charges type des commandes de formation. Celui-ci sera mis à disposition des administrations afin de développer, dans leurs plans de formation, les modules les mieux adaptés à leurs besoins.

Le "jaune budgétaire"

Pour la troisième année consécutive, le ministère a réalisé un "jaune budgétaire" sur les crédits affectés aux actions en faveur des droits des femmes. Il permet d'analyser l'utilisation du budget de l'État au regard de l'égalité entre hommes et femmes. Son ambition est d'évaluer les effets différenciés sur les femmes et sur les hommes de dispositifs conçus comme neutres a priori. Le "jaune budgétaire" apparaît, dès lors, comme un outil de pilotage de l'action publique. Il permet de l'orienter ou de la réorienter, afin de faire progresser et de rendre effective l'égalité entre les femmes et les hommes. Il est perçu comme un exemple de bonne pratique par nos partenaires européens, qui souhaitent adopter des formules analogues.

L'ACCÈS DES FEMMES AUX RESPONSABILITÉS

La parité dans la vie politique

L'Observatoire de la parité entre les femmes et les hommes a remis au Premier ministre, le 8 mars 2002, son premier rapport d'évaluation de la loi du 6 juin 2000, intitulé "La parité entre les femmes et les hommes" et consacré à l'égal accès des deux sexes aux mandats électoraux et aux fonctions électives. L'analyse comparative de la place des femmes élues, avant et après la promulgation de la loi, montre que - lors d'élections concernées par ce texte - celle-ci a des effets déterminants sur la place des femmes dans la sphère politique. En revanche, lors d'élections pour lesquelles elle ne s'applique pas, il n'existe pas d'effet d'entraînement en faveur de la parité. Ce rapport présente donc plusieurs propositions pour renforcer les dispositions de la loi du 6 juin 2000, parmi lesquelles :

- une extension de l'application de la loi à toutes les élections ;
- une incitation à l'égard des partis politiques, afin qu'ils dotent toutes leurs instances décisionnaires d'une composition paritaire ;
- un encouragement des collectivités locales et territoriales, en particulier les communes, en vue d'adapter le rythme politique aux différents temps de vie ;
- le développement d'une culture paritaire dans l'ensemble de la société, notamment dans les secteurs économique et social ;
- la poursuite de la réflexion sur le cumul des mandats et le statut de l'élu.

La parité en politique : un objectif encore lointain

Les résultats des élections législatives de juin 2002 confirment la nécessité de renforcer les acquis de la parité. En effet, malgré la sanction financière prévue par la loi à l'encontre des partis et des groupements politiques ne présentant pas 50 % de candidats de chaque sexe (à 2 % près), seules 38 % de femmes se sont portées candidates à ces élections, contre 22 % en 1997. La nouvelle Assemblée Nationale ne compte que 12,31 % de femmes, soit 71 députées. Les femmes sont à peine plus nombreuses que sous la précédente législature : en 1997, elles étaient 63, soit 10,9 % des sièges.

L'accès des femmes aux responsabilités sociales

Une première réflexion avait été engagée lors du séminaire du 26 avril 2001, "Les enjeux de la participation des femmes à la vie associative". Afin de la prolonger, un second séminaire, intitulé "Un meilleur partage des responsabilités est l'affaire de

tous", a été organisé en mai 2002, en collaboration avec des représentants du Conseil national de la vie associative (CNVA) et de la Conférence permanente des coordinations associatives (CPCA). Destinée à un public de dirigeants d'associations, cette manifestation a permis de mieux identifier les freins et les obstacles à l'accès des femmes aux responsabilités associatives. Elle a aussi permis de recenser les moyens que les associations peuvent mettre en œuvre pour favoriser une représentation équilibrée des femmes et des hommes dans leurs instances de décision. Elles feraient ainsi œuvre exemplaire d'égalité réelle entre hommes et femmes.

La parité dans les élections professionnelles

Lors des élections prud'homales du 11 décembre 2002, les organisations d'employeurs et de salariés devaient effectuer un effort sensible de rééquilibrage entre les sexes, au sein de leurs listes de candidat(e)s, comme les y invite la loi du 9 mai 2001 relative à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Cette loi a en effet instauré un dispositif permettant d'assurer une représentation équilibrée des deux sexes au sein des conseils de prud'hommes. Selon ses termes, les partenaires sociaux devaient réduire d'un tiers, par rapport au précédent scrutin, l'écart entre la représentation des femmes présentées sur les listes et leur part dans le corps électoral, afin de favoriser leur progression lors des élections de décembre 2002.

Le gouvernement remettra, en 2003, un rapport d'évaluation au Parlement sur la mise en œuvre de cet objectif. Pour les prochaines élections de 2007, il dégagera des moyens permettant d'atteindre une représentation équilibrée des femmes et des hommes, compte tenu de leur place dans le corps électoral.

L'ÉGALITÉ PROFESSIONNELLE

La formation initiale : une dynamique interministérielle

De nouveaux signataires ont rejoint la convention interministérielle pour la promotion de l'égalité des chances entre les filles et les garçons et les femmes et les hommes dans le système éducatif, signée le 25 février 2000 entre le ministère des Affaires sociales et ceux en charge de l'Éducation nationale et de l'Agriculture. Le 8 mars 2002, les ministères en charge de la Justice, de la Culture et de la Communication ainsi que le ministère de l'Équipement, du Transport et du Logement sont ainsi devenus partenaires de cette convention, prorogée jusqu'en 2006. Ils contribueront, dans leur domaine d'intervention, à améliorer l'orientation

scolaire et professionnelle des filles et des garçons, à veiller à l'adaptation de l'offre de formation initiale aux perspectives d'emploi, à promouvoir une éducation fondée sur le respect mutuel des deux sexes et à renforcer les outils de promotion de l'égalité et la formation des acteurs.

L'égalité professionnelle sur le marché du travail

Afin de favoriser la mise en œuvre des dispositions de la loi du 9 mai 2001, un guide d'appui à la négociation au sein des entreprises et des branches professionnelles a été publié.

Un groupe de travail du Conseil supérieur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (CSEP) a, par ailleurs, été chargé d'élaborer les éléments de méthodes susceptibles de servir de support à une concertation sur la réduction des écarts de rémunération.

Après les accords signés en octobre 2001 avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), la Fédération de la plasturgie et les entreprises du commerce et de la distribution, le développement de partenariats institutionnels s'est poursuivi avec la signature, en février 2002, d'un protocole d'accord avec la Fédération française du bâtiment. Par ce document, celle-ci s'engage à favoriser l'accès des femmes aux métiers du bâtiment et promouvoir l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes dans le secteur de la construction.

Enfin, une table ronde s'est tenue le 19 décembre 2002, à l'initiative de la ministre déléguée à la Parité et à l'Égalité professionnelle, sous la présidence du ministre des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Le débat a porté sur la mise en place d'actions pragmatiques et volontaristes en faveur de l'égalité professionnelle qui feront l'objet d'un accord interprofessionnel. Parallèlement à la négociation collective sur l'égalité professionnelle, relancée par cette table ronde, une concertation Etat/partenaires sociaux est poursuivie afin d'assurer la cohérence de l'action. Privilégier le dialogue social pour promouvoir l'égalité professionnelle et salariale entre les hommes et les femmes est l'un des éléments essentiels de la politique nouvelle présentée par la ministre déléguée et approuvée par le Conseil des ministres du 24 juillet 2002.

Un guide d'appui à la négociation

Le Conseil supérieur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes a conçu un guide d'appui à la négociation sur l'égalité au travail entre les femmes et les hommes. Véritable outil d'information et d'accompagnement, cet ouvrage aide notamment les entreprises et les secteurs professionnels à porter un diagnostic sur la mise en œuvre de l'égalité professionnelle et à élaborer des indicateurs pertinents pour l'action.

La lutte contre le chômage des femmes : une priorité

Celle-ci s'est poursuivie sur deux axes principaux :

- la mobilisation des acteurs du Service public de l'emploi (SPE), sur l'ensemble du territoire, autour d'un objectif de réduction d'un point de la part des femmes dans le chômage de longue durée ;
- le renforcement ou la formalisation de nouveaux partenariats, autour d'actions ciblées, avec l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain (DIV) et la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP).

Le ministère a ainsi soutenu la mise en place du plan pluriannuel (2000-2006) de l'AFPA pour promouvoir l'égalité d'accès des femmes et des hommes aux formations qualifiantes. Quatre types d'actions ont été simultanément engagés :

- sensibiliser et informer les professionnels de l'AFPA (600 psychologues et 2 000 formateurs) sur la transformation des emplois et la nécessité d'aider et d'accompagner les femmes dans l'élargissement de leurs choix professionnels ;
- améliorer l'accès des femmes à des projets de formation ;
- diversifier les filières de formation qualifiante de l'AFPA proposées aux femmes à la recherche d'un emploi ;
- faire de l'amélioration de l'accès des femmes au dispositif de formation qualifiante l'un des critères majeurs du schéma d'évolution de l'offre de formation de l'AFPA.

La contribution des femmes au développement économique

L'égalité professionnelle contribue à la croissance économique. Deux dispositifs ont été aménagés à cet effet.

La réforme du Fonds de garantie pour l'initiative des femmes (FGIF), vise à faciliter, dès 2003, la création d'entreprises par les femmes, en mettant l'accent sur trois points : professionnalisation, territorialisation et simplification administrative. Cette réforme permet ainsi un meilleur accès des femmes au crédit bancaire, l'accueil et l'accompagnement des créatrices, ainsi qu'un développement de la communication et de la sensibilisation des acteurs autour de la création d'entreprises par les femmes.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a défini un statut du conjoint collaborateur en secteur libéral. Celui-ci peut désormais apporter sa collaboration à l'entreprise. Le chef d'entreprise peut lui verser des mandats exprès et limitativement définis pour des actes relatifs à la gestion et au fonctionnement courant de l'établissement.

DROITS PERSONNELS ET SOCIAUX DES FEMMES ET LUTTE CONTRE LES VIOLENCES

La contraception et l'interruption volontaire de la grossesse

Une nouvelle campagne d'information sur la contraception a été menée en 2002, afin de favoriser l'utilisation effective des moyens contraceptifs, notamment chez les jeunes et les publics fragilisés. Elle s'est appuyée sur les partenariats engagés avec les professionnels de santé et ceux du secteur socio-éducatif.

En matière d'interruption volontaire de grossesse, les décrets d'application de la loi du 4 juillet 2001 ont été publiés. Ils concernent :

- la prise en charge des mineures demandant une IVG et désirant garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ;
- la stérilisation à visée contraceptive ;
- les interruptions médicales de grossesse ;
- la gratuité, pour les mineures, des contraceptifs d'urgence non soumis à prescription médicale.

Un nouveau dossier-guide sur l'IVG

Un nouveau dossier-guide sera désormais remis par le médecin à toute femme venue consulter en vue d'une interruption volontaire de grossesse. Réalisé en deux parties, l'une pour les mineures, l'autre pour les majeures, il répond aux interrogations des femmes sur les démarches à entreprendre en vue d'une IVG, ainsi que sur les techniques médicales mises en œuvre.

Les travaux du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale ont porté sur l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle et sur le conseil conjugal et familial. Ils ont également abordé l'évolution du rôle des lieux d'information sur la contraception, au regard des nouvelles dispositions législatives précitées et des évolutions de la société.

La lutte contre les violences

Celle-ci concerne les violences conjugales, mais aussi la prostitution et la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

Dans ce domaine, le partenariat entre les commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes et les acteurs de proximité a été développé.

Pour sa part, la Commission nationale contre les violences envers les femmes, créée à la fin de 2001, a servi de support à un renforcement de la collaboration avec les autres directions des ministères des Affaires sociales et de la Santé, les différents départements ministériels concernés et les fédérations associatives intervenant en ce domaine. Les premiers travaux de la Commission, sur la prostitution et la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle, ont abouti à la publication d'un rapport, intitulé "Le système de la prostitution : une violence à l'encontre des femmes". Celui-ci réaffirme la position abolitionniste de la France, quand d'autres pays européens ont adopté une approche dite pragmatique, en distinguant la prostitution forcée de la prostitution choisie.

tères des Affaires sociales et de la Santé, les différents départements ministériels concernés et les fédérations associatives intervenant en ce domaine. Les premiers travaux de la Commission, sur la prostitution et la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle, ont abouti à la publication d'un rapport, intitulé "Le système de la prostitution : une violence à l'encontre des femmes". Celui-ci réaffirme la position abolitionniste de la France, quand d'autres pays européens ont adopté une approche dite pragmatique, en distinguant la prostitution forcée de la prostitution choisie.

La refonte du droit de la famille

La loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale insiste sur la notion de co-parentalité. Celle-ci repose sur le constat d'un triple principe d'égalité entre les parents, d'égalité entre les enfants et de droit de l'enfant à ses deux parents. Une véritable co-parentalité - contribuant notamment à ne pas faire reposer sur la seule mère la charge des enfants en cas de séparation - apparaît essentielle à la promotion des femmes.

De même, l'exigence d'égalité des conjoints au sein du couple et l'exercice à parité des responsabilités parentales nécessitaient une révision des règles de dévolution du nom patronymique aux enfants. La loi du 4 mars 2002 a donc pour objectif de permettre à tout enfant de porter légitimement le nom de son père et/ou le nom de sa mère. Enfin, la loi du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'État modernise le cadre juridique du secret des origines, dans le cas de l'accouchement sous X. Elle permet et organise la réversibilité du secret, dont la levée reste toutefois liée à l'accord de la mère biologique de l'enfant.

L'ARTICULATION DES TEMPS DE VIE

Un groupe de travail du Conseil supérieur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (CSEP) a été chargé de faire des propositions concrètes en faveur d'une meilleure articulation entre temps professionnels et familiaux. Son rapport identifie les moyens utilisables, dans le cadre des relations sociales au sein de l'entreprise, afin de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle.

En partenariat avec la Délégation interministérielle à la ville, la mise en œuvre du programme expérimental de soutien aux modes de garde innovants s'est poursuivie. Son objectif est de favoriser l'émergence de modes de garde mieux adaptés aux besoins des familles, et notamment des salariés aux horaires de travail atypiques.

LE PARTENARIAT ASSOCIATIF

Le premier contrat d'objectif, signé le 13 décembre 2001 entre le ministère et le Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF), a été mis en œuvre en 2002. Cet outil de référence est destiné à donner un cadre d'action contractuel au CNIDFF.

La mission du CNIDFF

Le Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF) anime et soutient les centres d'information sur les droits des femmes, présents sur l'ensemble du territoire, afin qu'ils puissent répondre au mieux à toute question juridique posée par les femmes.

Ce document fixe au Centre national quatre objectifs stratégiques :

- apporter un soutien aux centres d'information sur les droits des femmes (CIDF) dans leur mission d'accueil et d'information ;
- proposer aux CIDF des moyens favorisant l'évolution de leurs instances et de leur organisation ;
- aider au développement de la conduite partenariale du réseau ;
- porter à la connaissance des pouvoirs publics les problèmes spécifiques exprimés par les femmes.

LES ACTIONS INTERNATIONALES ET EUROPÉENNES

Réflexion sur les indicateurs européens

Depuis 1999, afin de suivre le programme d'action élaboré à l'occasion de la quatrième conférence mondiale sur les femmes (Pékin-septembre 1995), sont adoptés chaque année des indicateurs pour l'un des thèmes y figurant. La France a participé à l'élaboration, par la présidence espagnole, de sept indicateurs sur le thème des violences domestiques envers les femmes.

Participation à l'élaboration des directives européennes

Le ministère a pris une part active aux négociations de la directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la directive 76/207 CEE relative à la mise en œuvre de l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes pour l'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelle et dans les conditions de travail. La directive 2002/73 du 23 septembre 2002 répond notamment à trois objectifs essentiels :

- définir la discrimination directe et indirecte, permettant ainsi aux victimes de ne pas avoir à apporter la preuve formelle de leurs allégations, l'employeur devant prouver qu'il n'y a pas eu de discrimination ;
- définir le harcèlement comme une discrimination fondée sur le sexe et condamner le harcèlement sexuel et sexiste ;
- renforcer la protection des femmes enceintes, en inscrivant le droit au retour dans leur emploi dans les mêmes conditions de travail à l'issue de leur congé de maternité.

La nouvelle directive instaure, en outre, une référence au congé de paternité, destinée à assurer aux pères une protection identique à celle des mères lors de leur congé de maternité.

L'inspection et le conseil



L'IGAS, CORPS D'INSPECTION INTERMINISTÉRIEL

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été créée en 1967 par le regroupement fonctionnel de deux corps d'inspection générale - l'inspection générale de la santé et de la population, et l'inspection générale de la sécurité sociale - et du grade terminal du corps de l'inspection du travail. Le décret du 2 mai 1990, modifié par le décret du 25 avril 2002, a défini le statut particulier du corps de l'inspection générale des affaires sociales, affirmant ainsi son caractère interministériel par la fusion des trois précédentes inspections.

Ses compétences et pouvoirs d'investigation ont été réaffirmés et précisés par la loi du 28 mai 1996, qui donne une base légale à ses interventions auprès de l'ensemble des institutions du champ social et élargit ses compétences aux associations faisant appel à la générosité publique.

L'IGAS est chargée de contrôler le respect de la réglementation, le bon usage des fonds publics ou des fonds collectés auprès du public et d'évaluer la qualité et l'efficacité du service rendu à travers des enquêtes sur les politiques menées par les pouvoirs publics. De plus, elle contribue activement à l'évaluation de leur mise en œuvre.

L'inspection générale des affaires sociales propose chaque année, aux ministres sous l'autorité desquels elle est placée, un programme de contrôle sur un échantillon équilibré de services et organismes relevant du champ social. Plus de la moitié des travaux de l'IGAS résulte de commandes adressées tout au long de l'année par les ministres concernés.

Depuis mai 2002, l'IGAS est placée sous l'autorité du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministre de la santé, de la fa-

mille et des personnes handicapées. Elle est aussi à la disposition du Premier ministre et des autres membres du gouvernement qui peuvent la solliciter pour mener des missions dans l'ensemble des services, établissements ou institutions qui relèvent de leurs compétences.

Le corps de l'IGAS comptait 146 membres à la mi-2002, dont environ un tiers de femmes. Le corps recrute la moitié environ de son effectif à la sortie de l'ENA. L'autre moitié se compose de médecins, pharmaciens, directeurs d'hôpital, membres de l'inspection du travail et cadres des ministères sociaux. Cette diversité est le gage de sa compétence dans les différents champs d'intervention correspondant à ses missions.

L'IGAS INTERVIENT DANS L'ENSEMBLE DU CHAMP SANITAIRE ET SOCIAL SELON DES MODALITÉS DIVERSES

En 2002, l'IGAS a lancé 153 nouvelles missions, contre 139 en 2001. Elle a produit 154 rapports. Les domaines concernés recouvrent le champ social au sens large : santé, action sociale, sécurité sociale, travail, emploi et formation professionnelle.

La répartition par domaine est indiquée dans tableau n°1. Un quart des rapports porte sur le secteur santé.

Le deuxième tableau indique la répartition selon la nature de la mission. Plus d'un rapport sur trois est issu d'une mission de contrôle et plus d'un rapport sur quatre de travaux d'enquête et d'évaluation.

Tableau n°1 : les rapports par domaine

Domaine regroupé	Nombre de rapports			Répartition en %		
	2002	2001	2000	2002	2001	2000
Santé	40	36	46	26,0%	23,4%	27,9%
Protection sociale	12	31	37	7,8%	20,1%	22,4%
Action sociale	24	23	28	15,6%	14,9%	17,0%
Travail, emploi et formation professionnelle	5	16	25	3,2%	10,4%	15,2%
Missions internationales	43	19	16	27,9%	12,3%	9,7%
Administrations centrales et services déconcentrés	26	16	7	16,9%	10,4%	4,2%
Autres	4	13	6	2,6%	8,4%	3,6%
Total	154	154	165	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau n°2 : les rapports selon la nature de la mission

Type de mission	Nombre			Répartition en %		
	2002	2001	2000	2002	2001	2000
Mission de contrôle	55	62	64	36%	40%	39%
Enquête Evaluation	41	32	45	27%	21%	27%
Mission d'appui	19	18	13	12%	12%	8%
Mission disciplinaire	3	4	8	2%	3%	5%
Mission d'audit	8	1	8	5%	1%	5%
Groupe de travail	7	4	10	4%	3%	6%
Méthodologie	4	5	3	3%	3%	2%
Autres	17	28	14	11%	18%	8%
<i>Rapport annuel</i>	7	9	nd	5%	6%	nd
Total	154	154	165	100%	100%	100%

LA DIVERSITÉ DES RAPPORTS PRODUITS

Elle peut être illustrée par un aperçu du contenu de quelques-uns d'entre eux :

■ **Le pilotage et l'animation de la fonction d'inspection du travail** dans les directions régionales et départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Les investigations de la mission ont fait apparaître un constat général de faiblesse du pilotage et de l'animation et ses conséquences négatives sur l'activité et les résultats des services. Mais elle a aussi relevé des initiatives intéressantes qui préfigurent les éléments fondamentaux d'un management plus efficace de l'inspection du travail.

À partir de celles-ci et des démarches déjà engagées par l'administration centrale pour les prolonger, la mission a défini des préconisations selon quatre principes :

- définir simultanément les objectifs de la politique du travail et leurs conditions pratiques de mise en œuvre ;

- construire dès l'amont des stratégies d'intervention des agents de contrôle combinant des méthodes, des outils, des partenariats ;
- donner plus de robustesse à la démarche de pilotage et d'animation ;
- mettre l'encadrement des services déconcentrés en situation de plus grande responsabilité sur l'organisation des services et la gestion des ressources humaines.

(Rapport n° 2002-138 présenté par Marie-Pierre Hourcade, Christophe Lannelongue, Daniel Lejeune et Bruno Lucas).

■ Synthèse sur les rapports de contrôle des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) dans 6 départements :

Ce domaine appartient pour sa plus grande part aux collectivités départementales et la collectivité décentralisée reste maîtresse de sa politique sociale et des pratiques qu'elle entend promouvoir pour la mettre en œuvre, dans le cadre des lois régissant l'aide sociale. Les constats issus des missions peuvent, à cet égard, avoir la vertu de don-

ner aux différents responsables des conseils généraux des points de repère et des éléments de comparaison pour faire évoluer l'action de leurs services.

Les éléments abordés concernent le cadre dans lequel s'exerce la protection de l'enfance, la représentation et le droit des usagers, les modes d'action des services de l'ASE. L'Etat conserve une responsabilité importante et certaines recommandations lui sont destinées. Elles portent sur la collaboration des services de l'Etat avec les collectivités responsables de l'aide sociale à l'enfance et sur les responsabilités directes de l'Etat dans les domaines partagés de politiques sociales et médico-sociales et en matière de protection judiciaire de la jeunesse. L'obligation de mettre en place des schémas départementaux, en application de la loi du 2 janvier 2002, est l'occasion de procéder à une réflexion commune.

(Rapport n° 2002-19 présenté par Jeannine Barberye).

■ La gestion des praticiens hospitaliers

Les principaux points abordés par la mission concernent :

- l'examen des réponses apportées aux niveaux régional et local aux questions des effectifs ;
- les rôles respectifs des différents niveaux de l'administration sanitaire (centrale, ARH, DRASS, DDASS) et des établissements dans la gestion de ces personnels, ainsi que les possibilités éventuelles de déconcentration ;
- les évolutions souhaitables du statut des praticiens hospitaliers, sur la carrière comme sur la valorisation du travail, afin d'améliorer le service aux usagers et la motivation des professionnels ;
- la situation particulière des praticiens hospitaliers dans les CHU.

La mission a constaté que les objectifs de bonne gestion n'étaient pas atteints, du fait d'une répartition inadéquate des responsabilités et d'instruments de gestion peu performants.

Les principes sur lesquels se fondent les propositions de la mission impliquent en premier lieu de définir les objectifs d'une véritable gestion des ressources humaines médicales de l'hôpital public :

- anticiper les évolutions, en se plaçant dans une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- répartir les ressources médicales disponibles selon les spécialités et les secteurs sanitaires et utiliser les complémentarités avec le secteur hospitalier privé et le secteur libéral ;
- pratiquer une gestion visant l'adaptation en continu des ressources ;
- développer, au niveau de l'établissement, la réactivité et la rapidité d'adaptation.

Cela suppose aussi de préciser les niveaux de gestion pertinents :

- le niveau national pour la stratégie générale et la politique de santé et de l'offre de soins ;
- le niveau régional ou interrégional pour la mise en œuvre et l'organisation de l'offre de soins ;
- le niveau opérationnel - celui des établissements employeurs - qui pourrait prendre diverses formes, comme des centres régionaux ou interrégionaux assurant la gestion directe des ressources humaines médicales.

(Rapport n° 2002-143 présenté par Charles de Batz, Françoise Lalonde et Gérard Laurand).

■ Évaluation du système d'information des professionnels de santé

La mission dresse un bilan du système d'information des professionnels de santé. Celui-ci s'appuie sur un cadre législatif et réglementaire robuste ainsi que sur des acquis réels, particulièrement dans le domaine de l'assurance maladie. Toutefois, il connaît encore d'importantes limites, notamment comme instrument au service des soins et de la santé. Son pilotage imparfait ne favorise pas suffisamment les évolutions souhaitables. La mission propose donc un ensemble d'améliorations :

- L'État devrait se centrer sur une cohérence minimale des systèmes d'information des professionnels de santé. Entre autres, l'élaboration d'un schéma concerté d'orientation des systèmes d'information du secteur de la santé permettrait d'organiser les bases minimales d'une cohérence d'ensemble, susceptibles d'être prises en compte dans les systèmes d'information des divers acteurs.
- L'informatique autorise le développement d'instruments au service de la politique de santé (dossiers de santé partagés, réseaux de télémédecine), à condition de préciser le cadre juridique. Les instruments de maîtrise médicalisée restent à développer.
- L'évolution des principaux outils actuels du système d'information doit être précisée. Il en est ainsi notamment de la carte Vitale et des logiciels SESAM-VITALE. La carte CPS (professionnels de santé) doit voir son positionnement renforcé comme instrument majeur de sécurité au sein des systèmes d'information.

(Rapport n°2002-142 présenté par Roland Cecchi-Tenerini, Philippe Laffon et Michel Laroque).

Le rapport annuel public

L'IGAS remet chaque année au Président de la République, au Gouvernement et au Parlement un rapport qui est rendu public. En 2002, il porte sur "Politiques sociales de l'Etat et territoires".

Le rapport est nourri par six enquêtes centrées sur la rencontre entre les politiques sociales de l'État et les territoires :

- les politiques territoriales de lutte contre le chômage de longue durée et les exclusions ;
- l'impact des projets territoriaux de l'État dans le département ;
- la politique de la ville ;
- les observatoires et la fonction d'observation ;
- le pilotage régional des actions de santé ;
- les stratégies des administrations centrales dans le processus de territorialisation de l'action publique dans le champ de l'action sociale et de l'emploi.

Ce rapport, dans le prolongement du précédent consacré aux usagers, apporte sa contribution à l'évaluation des politiques publiques, telles qu'elles sont mises en œuvre au plan local. Il montre l'ampleur des changements intervenus, mais aussi les blocages qui demeurent, signes de la difficulté des administrations à écouter les territoires et à tirer pleinement les conséquences de la déconcentration.

LA CONTINUITÉ DANS L'ACTION DE L'IGAS : LES SUITES DONNÉES AUX MISSIONS

Les réunions de la commission des suites permettent de rendre compte aux ministres de la mise en œuvre des recommandations formulées par l'IGAS et des éventuelles difficultés rencontrées dans leur application. Cette nouvelle occasion d'échanges permet aussi de clarifier les avancées et de faire émerger des préconisations collectives.

Les auteurs du rapport, les organismes ou services contrôlés, les services de tutelle concernés (administration centrale et services déconcentrés) participent à ces réunions, auxquelles sont invités les représentants des cabinets ministériels. L'un des principaux objectifs est de permettre aux services de s'informer et de renforcer leur coordination. Pour les inspecteurs de l'IGAS, ces réunions sont une source de réflexion sur le devenir des recommandations qu'ils ont formulées et une appréciation de leur intégration dans les processus de décision.

En 2002 la commission s'est réunie à 9 reprises, afin d'examiner les suites données à 22 rapports : 6 de 2001, 13 de 2000 et les autres antérieurs. Sur l'ensemble de ces rapports, les trois quarts relevaient d'une mission de contrôle dans le domaine de l'action sociale, de la santé, du travail et de la formation professionnelle.

LES MISSIONS PERMANENTES ET LES FONCTIONS RATTACHÉES

Les inspecteurs "régionalisés" : au nombre de 18 en 2002, ils ont assuré la charge habituelle de l'évaluation et de la notation des personnels d'encadrement des services déconcentrés et des agents de direction des organismes de sécurité sociale. Au total, les inspecteurs régionalisés ont rencontré plus de 900 agents dans l'ensemble des services relevant de la compétence de l'IGAS.

La mission permanente d'animation des fonctions d'inspection (MAFI) : la MAFI a pour vocation d'impulser, de structurer et de développer la fonction d'inspection dans les DRASS et les DDASS. Elle n'intervient pas de manière opérationnelle dans le processus de contrôle, mais peut avoir une fonction de conseil et de coordination, notamment à travers l'animation du réseau des Missions régionales et interdépartementales d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE). Cellule restreinte, composée d'un membre de l'IGAS assisté d'un médecin de santé publique chargé de mission et d'une secrétaire administrative, elle anime, d'une part, à l'échelon national, la Commission de programmation des inspections et contrôles dans le champ sanitaire et social et, d'autre part, à l'échelon régional, les MRIICE.

La Commission de programmation des inspections s'est réunie quatre fois en 2002 pour assurer la cohérence des commandes d'inspection des administrations centrales et des agences nationales de veille et de sécurité sanitaire et valider les fiches techniques et les outils proposés aux différents corps d'inspection qui seront diffusés sur l'Intranet en annexe de la Directive nationale d'orientation (DNO) 2003.

Le réseau des MRIICE est aujourd'hui complètement structuré. Deux réunions de leurs responsables ont été organisées à l'IGAS en 2002. Ces derniers ont participé activement à l'élaboration du "guide des bonnes pratiques d'inspection par les DRASS et les DDASS", diffusé à 3 000 exemplaires en juin 2002 auprès des services déconcentrés, des ARH, des directions d'administration centrale, des agences nationales, de l'ENSP, des membres de la commission de programmation et des membres de l'IGAS. Il est également disponible sur Intranet. En partenariat avec la MAFI, l'ENSP a organisé, en décembre 2002, une première formation de sensibilisation aux bonnes pratiques d'inspection.

Une mission de l'IGAS sur le fonctionnement des MRIICE a dressé un bilan positif de l'ensemble du dispositif de renforcement de l'inspection mis en place en 1999. Les préconisations du rapport, disponible sur Intranet, vont être prises en compte par la MAFI.

Le contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires : aux termes de l'article D 348-1 du code de procédure pénale, "l'inspection générale des affaires sociales et les services déconcentrés du ministère chargé de la santé veillent à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires".

Par ailleurs, la chef de l'IGAS figure parmi les autorités administratives ou judiciaires avec lesquelles les détenus peuvent correspondre sous pli fermé (article A 40 du code de procédure pénale). Dans ce cadre, l'IGAS a été saisie au cours de l'année 2002 de 320 plaintes adressées par les détenus eux-mêmes ou par des tiers agissant dans leur intérêt : familles, avocats, associations de défense des droits des détenus, visiteurs de prisons. La direction de l'administration pénitentiaire transmet aussi à l'IGAS les plaintes dont elle est saisie, mais qui concernent des problèmes de santé ou d'hygiène.

Les problèmes évoqués par les plaignants concernent tout particulièrement :

- les problèmes d'escorte et de garde qui peuvent retarder la prise en charge médicale des détenus à l'extérieur de la prison ;
- les délais de réalisation des soins et des prothèses dentaires ;
- la prise en charge des pathologies graves, qui peuvent être difficilement compatibles avec une détention ;
- la prise en charge des détenus atteints de troubles psychiatriques ;
- les refus d'hospitalisation à l'hôpital des prisons de Fresnes, impliquant des retards dans la réalisation d'examen médicaux destinés à définir une pathologie ;
- l'hygiène ;
- le fonctionnement des services d'urgence ;
- certaines contaminations (sida, hépatite C).

En 2002, l'Inspection générale des affaires sociales a été interpellée à de nombreuses occasions pour des demandes de suspension de peine pour raison de santé (article 10 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Les réponses à ces courriers sont traitées avec les services de l'administration pénitentiaire.

La commission consultative des marchés des organismes de sécurité sociale (CCMOSS) : conformément à l'arrêté du 31 janvier 2002 portant règlement sur les marchés des organismes de sécurité sociale, un inspecteur général des affaires sociales exerce la présidence de la commission consultative des marchés des organismes de sécurité sociale (CCMOSS). La très grande majorité des rapporteurs, chargés d'analyser les marchés soumis à cette commission, sont des membres de l'IGAS.

Le même arrêté, pris en application de l'article L. 124-4 du code de la sécurité sociale, élargit le champ de compétence de la commission aux organismes du régime agricole et à divers organismes expressément mentionnés à l'article 1.

Il n'est donc pas surprenant de constater l'augmentation, au cours des trois dernières années, du nombre de dossiers examinés, passé à 74 en 2002, contre 66 en 2001 et 42 en 2000.

Les audits du Fonds social européen (FSE) : depuis 1998, l'IGAS apporte un concours très actif à la commission interministérielle de coordination des contrôles portant sur les actions cofinancées par les fonds structurels européens (CICC). Elle effectue, pour son compte, des contrôles destinés à veiller au respect, par les administrations concernées, des obligations contractées par la France à cet égard.

En 2002, l'IGAS a continué à déployer pour cette commission une activité importante, qui s'est déroulée en deux temps.

L'année 2002 a d'abord marqué la fin des opérations de contrôle effectuées en région - dans le cadre de la CICC - dans les directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) et dans les conseils régionaux. Il s'agissait chaque fois d'y établir un rapport préparatoire aux déclarations de validité des comptes des programmes cofinancés par le FSE, document délivré par la CICC et indispensable pour permettre le paiement par la Commission européenne du solde des crédits du FSE pour chacun des programmes cofinancés.

Cette étape marque la fin d'un processus entamé à l'automne 1998 et qui a vu les missions de l'IGAS passer deux fois dans chacune des 26 régions françaises. La première fois pour y réaliser un audit du système de gestion, de suivi et de contrôle du fonds social européen (FSE) mis en œuvre localement ; la seconde afin d'y effectuer un ultime contrôle avant que la CICC ne délibère sur la validité des demandes de solde des préfets de régions.

Ces missions en région ont été l'occasion pour l'IGAS d'élaborer et de mettre en œuvre des méthodes nouvelles de contrôle, sur la base de méthodologies préétablies de manière rigoureuse, conduites dans un cadre strictement normé, conjointement avec les services de contrôle européens et les autres inspections générales chargées - également au sein de la CICC - du contrôle des autres fonds structurels européens.

Toujours dans le contexte de la liquidation de la période de programmation 1994-1999/2000, la fin de l'année 2002 a aussi été marquée par le début des opérations de validation des comptes, conduites par la CICC et pour lesquelles l'IGAS a été invitée à fournir des rapporteurs chargés d'analyser les dossiers présentés par les préfets de région et par les gestionnaires nationaux des cré-

dits du FSE. Cette dernière phase doit s'achever le 31 mars 2003.

En restant dans le cadre du contrôle de l'emploi du FSE, quoique de manière plus classique, l'IGAS a également continué à apporter son concours à la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP), afin de contrôler, à sa demande, les fonds européens gérés dans des structures administratives ou organismes publics appartenant au ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité ou en relevant. C'est ainsi que l'IGAS a achevé, en 2002, deux opérations importantes de contrôle du FSE, l'une auprès du Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (FASILD), l'autre au sein de la direction générale de l'action sociale (DGAS).

La mission permanente de coordination de l'inspection de l'hygiène et de la sécurité :

depuis 1997 cette mission est confiée à l'IGAS, pour les administrations de l'État relevant de son champ de compétence.

La mission doit impulser et coordonner la mise en œuvre des fonctions de contrôle et de conseil des inspecteurs de l'hygiène et de la sécurité (IHS) et garantir de bonnes conditions d'exercice professionnel aux inspecteurs. Les agents concernés sont au nombre d'environ 27 000.

L'année 2002 a vu l'achèvement d'une première étape depuis la mise en place de l'IHS. Elle a permis de réaliser un état des lieux en matière d'application de la réglementation qui facilite désormais la définition d'actions ciblées.

Le contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance :

présidée par un conseiller d'État, la commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance est une autorité administrative indépendante, dont le chef de l'Inspection générale des affaires sociales est le secrétaire général. 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 personnes protégées : la commission s'assure, en particulier, que ces organismes sont toujours en mesure d'honorer les engagements qu'ils ont contractés à leur égard.

En 2002, le champ de compétences de la commission s'est étendu à 87 institutions de prévoyance, 110 institutions de retraite supplémentaire ainsi qu'à l'ensemble des mutuelles (au nombre de 2 520 au 31 décembre 2002).

Le suivi permanent de ces organismes, ainsi qu'un certain nombre de contrôles sur pièces et sur place, sont effectués par les membres du secrétariat général de la commission et, en tant que de besoin, par les membres de l'inspection générale des affaires sociales. En dessous d'un certain seuil de cotisations, les mutuelles complémentaires maladie font l'objet d'un contrôle déconcentré au niveau des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

L'année 2002 a, par ailleurs, été marquée par la transposition des directives européennes d'assurance. Le nouveau code a considérablement renforcé les pouvoirs de la Commission, qui dispose désormais, dans le domaine de la mutualité, de pouvoirs identiques à ceux reconnus à la Commission de contrôle des assurances à l'égard des entreprises de ce secteur. En particulier, la CCMIP a délivré 80 attestations de solvabilité, réclamées par les autorités administratives dans le cadre de transferts de portefeuille d'engagements concernant 321 mutuelles. La Commission a également approuvé 698 conventions par lesquelles des mutuelles en cours d'agrément se substituaient à des mutuelles ne respectant pas les conditions exigées pour l'obtention de l'agrément.

L'action européenne et internationale

LA POURSUITE DE LA CONSTRUCTION DE L'EUROPE SOCIALE

L'Espagne puis le Danemark ont assuré la présidence de l'Union européenne. La présidence espagnole, dominée par le lancement de la monnaie unique, a poursuivi les objectifs essentiels de la mise en œuvre de la stratégie de Lisbonne et de l'agenda social adopté sous la présidence française.

La présidence danoise a choisi l'inclusion sociale, servie par le dialogue social et le partenariat, comme fil conducteur de son action. Celle-ci implique le renforcement du rôle des partenaires sociaux, notamment dans le cadre de la révision de la stratégie européenne pour l'emploi et dans la perspective de l'élargissement de l'Union.

La responsabilité sociale des entreprises et l'égalité entre les hommes et les femmes ont constitué d'autres thèmes privilégiés.

Les procédures

Le Conseil européen de Séville (juin 2002) a décidé la fusion du Conseil emploi et politiques sociales avec le Conseil santé et consommateurs. Ce nouveau Conseil s'est réuni pour la première fois en octobre 2002. Au sein du ministère, la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI) a mobilisé les directions techniques, pour que le Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité présente une position française forte.

Cette mobilisation s'est effectuée notamment dans le cadre de la préparation des conseils des ministres, en lien étroit avec les conseillers sociaux de la représentation permanente de la France à Bruxelles. Deux conseils santé et quatre conseils emploi/politiques sociales se sont réunis en 2002.

Elle a assuré la prise en compte des positions du ministère des affaires sociales, du travail et de la



solidarité et du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, en vue des Conseils européens ou dans les travaux de la Convention sur l'avenir de l'Europe.

L'emploi

L'année 2002 a été marquée par la première évaluation de la stratégie européenne pour l'emploi (décidée en novembre 1997 par le Conseil extraordinaire de Luxembourg). Le Conseil informel de Burgos a permis d'identifier les éléments de consensus : l'inscription de la stratégie européenne pour l'emploi (SEE) dans les objectifs et l'horizon de la stratégie de Lisbonne, ainsi que la simplification et le rapprochement des calendriers entre grandes orientations de politique économique et lignes directrices pour l'emploi.

La commission a adopté une communication sur la rationalisation des cycles annuels de coordination de la politique économique et de la politique de l'emploi. Cette initiative a été approuvée par le conseil emploi, politique sociale, santé et consommateurs du 3 décembre 2002. Cette communication répond au souhait du Conseil européen de Barcelone de mars 2002 de renforcer l'efficacité, la complémentarité et la visibilité des processus de coordination politique. Pour le ministère - et compte tenu de la complémentarité des deux processus - l'adoption d'un calendrier synchronisé ne doit pas conduire à subordonner la stratégie européenne pour l'emploi aux grandes orientations de politiques économiques.

La qualité de l'emploi est essentielle pour améliorer la participation au marché du travail, mieux gérer les restructurations et accroître l'investissement dans les ressources humaines. Enfin, la

recherche d'une plus grande mobilité et le développement des compétences sur le marché européen du travail sont inséparables de l'objectif de qualité et de cohésion sociale.

La protection sociale

Pour garantir la viabilité à long terme des régimes de retraite, le Conseil de Göteborg avait approuvé en 2001 trois grands principes :

- préserver la capacité de ces régimes à atteindre les objectifs sociaux prévus ;
- maintenir leur viabilité financière ;
- répondre à l'évolution des besoins.

Le principe de la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie européenne et les modalités d'application de la méthode ouverte de coordination au domaine des pensions, ont été adoptés à la fin de 2001, par le Conseil européen de Laeken. La décision s'appuie sur le rapport élaboré par les comités de protection sociale (CPS) et de politique économique (CPE), à la suite de la communication de la commission. Les Etats membres ont remis leur rapport sur leur stratégie nationale en septembre 2002.

Par ailleurs, un rapport du Conseil, fondé sur les réponses au questionnaire établi par les Etats membres sur les soins de santé et les soins pour les personnes âgées, a été remis au Conseil européen de Barcelone. Celui-ci a invité la Commission à examiner de manière plus approfondie les questions d'accessibilité, de qualité et de viabilité financière.

L'égalité entre les femmes et les hommes

La présidence espagnole a choisi les conseils de l'agriculture et de l'environnement pour décliner l'approche intégrée d'égalité entre les femmes et les hommes. Les deux présidences ont aussi insisté sur le phénomène des violences envers les femmes. La présentation d'une étude au conseil du 3 juin a permis l'adoption d'indicateurs communs, ainsi que l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques.

La santé et la sécurité des travailleurs

La Commission européenne a adopté, le 13 mars 2002, une communication définissant la nouvelle stratégie communautaire dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail (2002-2006). Ce domaine est l'un des secteurs les plus réglementés (une quarantaine de directives) et les plus importants de la politique sociale de l'Union.

Une implication active des partenaires sociaux

Le Conseil emploi, politique sociale santé et consommateurs du 3 décembre 2002 a approuvé la proposition de création d'un sommet social tripartite pour la croissance et l'emploi. Cette initiative fait suite à la déclaration des partenaires sociaux au Conseil européen de Laeken (décembre 2001) qui proposait une articulation, au sein d'une enceinte unique, de la concertation tripartite sur la stratégie de Lisbonne. Cette structure remplacerait le comité permanent de l'emploi. La DAEL a informé et consulté les partenaires sociaux français, sur l'ensemble de ces dossiers, dans le cadre du comité du dialogue social pour les questions européennes et internationales (CDSEI), qui a été réuni régulièrement.

La moitié des réunions du CDSEI a été consacrée à la préparation du Plan national d'action pour l'emploi (PNAE). Les partenaires sociaux se sont réunis quatre fois, dans le cadre de groupes de travail thématiques sur la sécurisation des trajectoires professionnelles et la féminisation du salariat. Un PNAE finalisé leur a été présenté, en session plénière, le 16 avril 2002.

Une autre réunion plénière s'est tenue le 4 septembre, en présence du Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité. Elle a permis un échange de vues avec les membres du Comité sur la stratégie nationale en matière de retraite avant sa transmission à Bruxelles et sur la révision de la stratégie européenne pour l'emploi.

D'autres réunions ont été respectivement consacrées à la préparation du Conseil européen de printemps, aux travaux de la Convention sur l'avenir de l'Europe, ainsi qu'à l'accord général sur les services (AGCS), dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

La promotion de l'Europe de la santé

L'activité en 2002, en matière de politique européenne de santé, a été très liée à l'agenda du travail communautaire.

Deux textes communautaires importants ont ainsi été adoptés :

- une directive relative à la publicité sur le tabac ;
- une directive sur la sécurité et la qualité du sang et des produits sanguins.

En outre, les négociations se sont engagées ou poursuivies sur plusieurs projets de textes :

- La réforme et la restructuration de la législation pharmaceutique européenne ;
- Une directive sur la qualité et la sécurité des tissus et des cellules ;
- La convention cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) contre le tabac, pour laquelle l'action des Etats membres est coordonnée par

l'Union. Cette convention doit être adoptée en mai 2003 ;

- l'engagement d'une réflexion, avec nos partenaires européens, sur le bioterrorisme.

Enfin, deux chantiers importants ont été ouverts en 2002, pour aboutir en 2003 :

- La mise sur pied d'un groupe de travail de haut niveau réunissant les ministres européens de la santé pour traiter de la mobilité des patients. L'objectif est d'engager des actions concrètes afin de faciliter l'accès aux soins dans d'autres pays européens et de partager certaines ressources, dans la ligne de la jurisprudence de la Cour de Justice. La France joue un rôle moteur dans ce processus.
- Le lancement des travaux de la Convention sur l'avenir de l'Europe. La DAEI s'est fait l'écho de la Direction générale de la santé (DGS) en soumettant un certain nombre de propositions pour renforcer le traité sur les questions de santé. Il apparaît en effet indispensable de faire évoluer les dispositions actuelles. Cela implique d'engager une véritable logique de santé publique. Les questions de santé étant jusqu'à présent traitées dans une logique trop restreinte de marché intérieur.

La Convention sur l'Avenir de l'Europe

Le Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité et celui de la santé, de la famille et des personnes handicapées sont pleinement impliqués dans les travaux de la Convention sur l'Avenir de l'Europe. L'action conjuguée des deux départements ministériels, par le biais de la DAEI, a permis que les différentes contributions déposées par la France à la Convention intègrent la définition d'objectifs et les moyens d'action de l'Union européenne dans les domaines de l'emploi, de la protection sociale, de la santé, de la lutte contre l'exclusion et contre les discriminations, ou encore de l'égalité entre les hommes et les femmes.

Le suivi des directives européennes

Le plan intergouvernemental de rattrapage du retard de transposition des directives européennes par la France conduit la DAEI à mettre en place une cellule de veille. Celle-ci coordonne, en liaison étroite avec les directions compétentes, le suivi de la transposition des directives dans l'ensemble des champs concernés des deux ministères : santé, travail, affaires sociales, discrimination et intégration.

LES RELATIONS BILATÉRALES

Intensifier les échanges

Depuis plusieurs années la signature d'accords bilatéraux de coopération dans le domaine des affaires sociales se développe. Ces accords concernent notamment les grands pays de l'Union européenne, tels l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Italie, auxquels se sont récemment ajoutés les Pays-Bas et la Finlande, qui, tous, sont extrêmement désireux d'intensifier et de formaliser leurs relations avec nous.

Les efforts engagés les années précédentes pour nouer et entretenir des relations avec certains des principaux partenaires de la France se sont poursuivis. Ainsi, l'année 2002 a vu le renouvellement d'accords de coopération avec l'Espagne (20 mars), l'Allemagne (10 juin) et l'Italie (14 septembre), ainsi que la conclusion d'un accord avec la Finlande (18 février).

Ces textes prévoient, outre l'échange régulier d'informations, des visites et séminaires d'experts sur des sujets d'intérêt commun. Ils permettent également aux partenaires de s'informer de leurs positions respectives sur les dossiers communautaires.

Les accords conclus antérieurement avec le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont également permis des échanges d'experts et des rencontres de hauts fonctionnaires.

Développer les complémentarités transfrontalières

Celles-ci se traduisent tout d'abord par un renforcement de la lutte contre le travail illégal. En effet, la prestation de service transnationale peut donner lieu à des dérives, par le recours abusif à la sous-traitance ou à de faux travailleurs indépendants. Celles-ci entraînent à la fois de graves distorsions de concurrence et la violation des lois sociales du pays d'exercice de l'activité.

Le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité s'est investi dans ce champ d'action. Dans le cadre d'une résolution du Conseil du 22 avril 1999, il a engagé des discussions pour conclure des codes de bonne conduite afin de lutter contre le travail illégal et la fraude aux prestations sociales. Ces discussions amplifient la coopération et les échanges d'informations entre services sur les opérateurs économiques intervenant dans ce secteur. Après un premier accord avec l'Allemagne en 2001, les efforts se sont poursuivis en 2002 pour conclure avec les partenaires italiens, espagnols et belges.

La coopération sanitaire constitue un autre champ de développement de la coopération transfrontalière. L'évolution et les avancées de la jurisprudence communautaire, toujours plus favorable aux droits des citoyens de l'Union, ont confirmé la

nécessité de développer des coopérations transfrontalières dans ce domaine. Celles-ci permettent l'amélioration des soins de proximité. Il faut, à l'intérieur d'un même territoire transfrontalier, faciliter l'accès aux soins et savoir utiliser les services de santé de l'autre côté de la frontière, si cela est plus rapide et plus efficace. Des coopérations de ce type existent déjà avec nos partenaires belges, italiens, allemands ou espagnols et sont appelées à se développer avec les Britanniques.

Ce volet a été mis en avant dans la contribution déposée par les autorités françaises, au cours des travaux de la Convention sur l'Avenir de l'Europe.

Poursuivre et approfondir les relations bilatérales avec les pays candidats :

Cette volonté s'est manifestée dans deux directions. Tout d'abord, la réflexion sur les enjeux de l'élargissement doit être prolongée par la mise en œuvre d'actions de coopération bilatérale. Cette coopération administrative, portant sur l'explication de l'acquis, a pris la forme de séminaires : celui de Budapest, en juin 2002, sur la confrontation des politiques familiales française et hongroise, puis celui de Paris, en novembre 2002, sur la lutte contre les exclusions.

Deuxième axe : la politique active de soutien à la reprise de l'acquis communautaire. Elle s'exprime d'abord par la coopération et l'assistance technique. Le GIP International (groupement d'intérêt public pour le développement de l'assistance technique et de la coopération internationale) – dans le secteur emploi, travail, formation professionnelle – et l'Agence de coopération internationale en sécurité sociale (ADECRI) – dans celui de la protection sociale – ont mis en œuvre des actions de coopération en réalisant des jumelages. Ces initiatives sont financées, soit sur les fonds du ministère des Affaires étrangères (COCOP), soit sur les fonds Phare, dans le cadre des instruments de pré-adhésion. L'année 2002 a vu l'achèvement des jumelages portant sur la santé et la sécurité au travail (directives communautaires) en Pologne, Roumanie et Lituanie (en coopération avec l'Allemagne). Ils sont menés par le GIP-International et la Direction des Relations du Travail. Le jumelage, conduit par l'ADECRI, sur la protection de l'enfance en Roumanie s'est poursuivi, ainsi que les participations (en consortium avec des partenaires européens) à des jumelages sur la sécurité sociale en Estonie et en Slovaquie.

Le second aspect de ce soutien à la reprise de l'acquis communautaire concerne l'appui à certaines initiatives. À la demande de la confédération européenne des syndicats (CES) et en collaboration avec le Bureau international du travail (BIT), le ministère a maintenu son concours à la formation aux instruments internationaux de sécurité sociale, au bénéfice de membres d'organisations syndi-

cales des nouveaux Etats adhérents. Le but est de favoriser le développement du dialogue social.

LES ACTIVITÉS MULTILATÉRALES

L'objectif est double :

- renforcer le partenariat avec les grandes institutions, dont les ministères de la Santé et des Affaires sociales sont les principaux interlocuteurs en France : le BIT, l'OMS et l'ONUSIDA. La France doit constituer une force de proposition dans l'activité normative et institutionnelle de ces programmes et aider à la mise en œuvre de leurs programmes opérationnels.

- appuyer le développement et le suivi des questions sanitaires et sociales, dans les organisations multilatérales généralistes (ONU, G8) ou économiques (Organisation de coopération et de développement économique, OMC).

Le Bureau international du travail : un partenariat renforcé

Au-delà des obligations prévues dans la constitution de l'Organisation internationale du travail (OIT), la France appuie le Bureau international du travail dans sa politique de coopération technique. Celle-ci apporte un contenu opérationnel à l'accompagnement social de la mondialisation.

Par ailleurs, l'instauration d'un cadre de coopération spécifique entre la France et le BIT (relevé de conclusions, dit "accord France/BIT", signé en 1999 et renouvelé en 2001) a permis de définir, sur le long terme, les rapports avec cette organisation. La France a ainsi mobilisé, à côté de sa contribution obligatoire (16,68 millions d'euros, soit le 4^e rang), des moyens financiers importants au titre des contributions volontaires (18,4 millions d'euros sur trois ans, 4^e rang). L'accord France/BIT a la particularité d'associer, du côté français, plusieurs ministères contributeurs (Affaires sociales, Affaires étrangères, Transports et Mer) sur des programmes de coopération à forte visibilité. Ceux-ci concernent la lutte contre le travail des enfants (programme IPEC), le programme Sida en entreprises, la promotion de la déclaration sur les droits fondamentaux et le dialogue social. En font aussi partie, le programme "travail décent" dans le secteur maritime, le soutien au groupe de travail sur la dimension sociale de la mondialisation et le programme d'extension de la protection sociale.

Enfin, les grands objectifs poursuivis par le BIT rejoignent les préoccupations de la France : recentrage des missions de l'OIT sur les droits fondamentaux, renforcement des liens avec les organisations multilatérales dans le contexte de la mondialisation, amélioration du fonctionnement du BIT. Dans ce cadre, le rapport de la Commission mondiale sur la dimension sociale de la mon-

dialisation, prévu pour la fin de 2003, devrait appuyer le développement d'une réflexion commune et d'actions conjointes.

L'Organisation mondiale de la santé : la mise en œuvre d'une coopération renforcée

La France constitue pour l'OMS un pôle de référence dans de nombreux domaines. Le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a participé activement au suivi de dossiers prioritaires traités par l'organisation, comme la convention internationale de lutte contre le tabac et la révision du règlement sanitaire international.

La volonté de renforcer la coopération avec l'OMS s'est traduite, à partir de 2000, par la signature de conventions destinées à soutenir l'activité de l'organisation. Dans ce cadre, le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a notamment appuyé des actions de lutte contre les maladies transmissibles, à l'image de la surveillance de l'alerte rapide et de la prise en charge préventive et thérapeutique du Sida et de la tuberculose. Cet appui a également porté sur l'adaptation des systèmes de santé et l'amélioration de la qualité de l'information en santé publique.

Le soutien au pôle de Lyon de l'OMS, dédié à la formation en "épidémiologie de terrain", entre dans le cadre du système global de surveillance et de réponse rapide aux épidémies.

OMC et OCDE : une meilleure prise en compte des préoccupations sanitaires et sociales

À la suite de la conférence ministérielle de Doha (OMC 2001), une solution devait être trouvée, avant la fin de 2002, pour permettre aux pays sans capacité de production pharmaceutique d'importer, dans le cadre des accords ADPIC (accord sur les droits de propriété intellectuelle touchant au commerce), des médicaments dans des conditions favorables. Ceci sous-entend le bénéfice du mécanisme dit de la "licence obligatoire". Ces négociations n'ont pu aboutir en décembre 2002, mais les efforts se poursuivent afin de permettre aux plus pauvres de bénéficier de médicaments à des prix abordables et leur assurer un accès aux traitements. L'accord général sur les services (AGCS) de 1994 est actuellement en cours de renégociation. La DAEI a mobilisé l'ensemble des directions concernées pour un travail de préparation sur l'ouverture éventuelle, au sein de l'Union européenne, des services sociaux et de santé aux entreprises et aux prestataires des Etats tiers. Les négociations générales à l'OMC doivent aboutir en 2005.

Le ministère a également préparé son implication dans deux enquêtes thématiques réalisés par le comité ELSA de l'OCDE : l'amélioration de la participation des travailleurs âgés au marché du travail et l'accès aux qualifications dans le cadre de la formation tout au long de la vie. En outre, la DAEI a contribué au financement d'une étude sur l'équité dans l'accès aux soins (programme transversal sur la santé).

L'Organisation des Nations unies (ONU)

Le sommet de Johannesburg sur le développement durable (2002) a mis l'accent sur la nécessité de parvenir à une meilleure articulation entre l'économique, le social et l'environnement, associant l'ensemble des partenaires (gouvernements, société civile...). Le "Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique" (NEPAD) s'inscrit dans cette logique de responsabilité de tous les partenaires de l'action internationale. Comme le Pacte mondial, il associe entreprises, ONG et gouvernements, afin de réaliser les objectifs de la déclaration du Millénaire. Dans ce cadre, le ministère s'efforce d'assurer, lors des négociations multilatérales, une prise en compte réelle des préoccupations sanitaires et sociales.

La lutte contre les maladies de la pauvreté : un défi pour la communauté internationale

Le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées s'est pleinement associé aux initiatives internationales coordonnées avec le programme "Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau" (ESTHER). Celui-ci a été créé et développé dans le cadre d'un GIP, constitué en 2002.

Lancé en avril 2001, le Fonds mondial contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, dont le siège est à Genève, est axé sur la réduction de la morbidité imputable à ces trois maladies. Cette action s'inscrit dans une perspective plus large de lutte contre la pauvreté, dans le sens du développement durable. Une approche équilibrée entre la prévention, le traitement, les soins et le soutien aux malades a été retenue. La France est largement intervenue en faveur de la prise en compte de programmes intégrant les traitements, notamment les antirétroviraux et les soins. Un accent particulier sera également mis sur le renforcement des systèmes de santé et les formations. Le champ de la recherche opérationnelle a été maintenu. La contribution française est de 150 millions d'euros sur trois ans.

Le GIP ESTHER

Après l'Assemblée générale extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/Sida des 25-27 juin 2001, le ministère de la Santé a pris l'initiative, en concertation avec d'autres pays européens (Espagne, Italie, Luxembourg), de mettre en place l'initiative "Ensemble pour une Solidarité thérapeutique hospitalière en réseau" - sous la forme d'un Groupement d'intérêt public (GIP) - afin de favoriser l'accès aux soins des personnes atteintes du VIH/Sida dans les pays du Sud. Ce GIP a été créé pour assurer la cohérence des interventions multidisciplinaires sur le terrain, notamment en facilitant les jumelages entre structures hospitalières du Nord et du Sud. Cette initiative a reçu le soutien de Kofi Annan, Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'ONUSida. Le premier conseil d'administration du GIP Esther s'est tenu le 25 avril 2002, dotant le GIP d'un budget de 15 millions d'euros pour 3 ans. La première année a été consacrée à trois priorités.

Tout d'abord, le montage de partenariats avec 10 pays et la mise en réseau d'une quarantaine d'hôpitaux français et d'autant de structures médicales du Sud (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Mali, Sénégal, Maroc, Vietnam, Cambodge). Après la signature des conventions ministérielles et financières, les premières sessions de formation ont déjà été réalisées sur le terrain. Des personnels sont venus renforcer certains plateaux techniques et des programmes de compagnonnage se sont mis en place.

Seconde priorité : la création des conditions de fonctionnement du GIP (recrutement de quinze agents, installation des locaux, procédures de fonctionnement).

Enfin, le GIP s'est attaché au développement de l'approche psychosociale de la prise en charge des patients au travers le plaidoyer pour l'accès au traitement, à l'appui au milieu associatif et à la mise en réseau des acteurs locaux pour garantir une bonne observance des traitements, la continuité des soins pour le patient et une meilleure intégration dans la communauté.

LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

Durant l'année 2002 les actions de coopération bilatérale et générale se sont poursuivies, avec les acteurs internationaux du secteur privé, public et associatif.

La Russie

Le groupe mixte santé franco-russe, réuni à Paris en novembre 2002, a permis de renforcer la coopération dans les domaines de la pharmacie et de la santé publique. Enfin, le dossier du laboratoire national de contrôle pharmaceutique arrivera à son terme en 2003, année de son inauguration.

Le Maghreb

Il existe une coopération traditionnelle avec les trois pays du Maghreb. Des relations fortes et privilégiées existent depuis de nombreuses années avec le Maroc. La présence d'un conseiller social auprès de l'ambassadeur de France à Rabat permet à nos ministères d'être encore plus présents sur les politiques sociales.

La coopération franco-algérienne a connu un début de reprise en 2002, autour de plusieurs axes, dont notamment l'appui au secteur de la santé. La France a ainsi contribué, par exemple, à la formation d'équipes algériennes et à la réduction des transferts de malades à l'étranger.

Le Canada et le Québec

Dans les domaines de l'emploi et de la solidarité, la collaboration franco-canadienne est ancienne en ce qui concerne le secteur sanitaire. Elle est plus récente en matière d'emploi et de formation professionnelle. Cette conjugaison d'efforts devrait s'accroître dans les prochaines années, car les partenaires canadiens témoignent de préoccupations proches de celles de la France. Les compétences fédérales et provinciales québécoises, liées à des raisons historiques et linguistiques, impliquent une coopération bénéficiant de ses propres outils techniques et financiers.

En liaison avec le ministère des Affaires étrangères et les Québécois, le ministère s'attache à mieux recentrer cette coopération autour d'axes prioritaires. Ceux-ci concernent le domaine des politiques sociales (lutte contre l'exclusion ou la toxicomanie, intégration professionnelle, etc.), de l'économie solidaire et de la santé (télémédecine, santé mentale, observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, etc.). De plus, le programme d'échanges de fonctionnaires France-Québec, encadrant le déplacement d'agents du ministère durant deux ans, débouche souvent sur la mise en place d'actions de coopération à forte valeur ajoutée.

L'évaluation, l'expertise et la prospective

Créée par le décret n° 98-1073 du 30 novembre 1998, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) regroupe deux services antérieurs : le service des études, des statistiques et des systèmes d'information et la mission recherche. Son rôle consiste à développer de nouvelles fonctions en matière d'étude et d'évaluation.

La direction élabore ainsi un programme pluriannuel. Elle s'appuie pour cela sur une concertation avec les organisations syndicales et professionnelles, les organismes de protection sociale, les principaux acteurs du domaine de la santé et de l'action sociale, et sur les priorités définies par le Comité des programmes, animé par ses soins et qui réunit l'ensemble des directeurs du ministère.

DÉVELOPPER DE GRANDES ENQUÊTES SUR LES POPULATIONS

Enquêtes auprès des usagers des services

La direction a pour mission de rapprocher différentes informations : celles, largement développées, sur les institutions et services sanitaires et sociaux et les prestations sociales, mais aussi d'autres, moins connues et rarement recueillies, sur les caractéristiques et les attentes des usagers et bénéficiaires de ces institutions ou prestations. En 2002, la DREES a ainsi publié les résultats d'enquêtes réalisées par ses soins sur :

- les risques d'alcoolisation excessive observés sur les personnes ayant recours au système de soins ;
- le suivi psychiatrique des détenus ;
- les consultations externes des hôpitaux.

Une enquête a également été menée auprès des usagers des services d'urgence, tandis que débutait la phase de questionnement des individus, dans le cadre de l'enquête décennale sur la santé, menée sous l'égide de l'INSEE.



D'autres enquêtes ont aussi été lancées ou préparées en 2002. Elles portent notamment sur l'organisation du travail à l'hôpital, l'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires de minima sociaux, et sur les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et ceux de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Grandes enquêtes en population générale

L'observation des grands problèmes sanitaires et sociaux ne saurait cependant se résumer aux contacts de la population avec les services. La direction a poursuivi ou entamé, en 2002, des enquêtes de grande envergure auprès de la population générale, portant sur la santé des enfants scolarisés ou la santé mentale. Des résultats sur l'état sanitaire des enfants de 6 ans, obtenus à partir des bilans de santé scolaire, ont aussi été publiés. Enfin, l'enquête sur le handicap, l'incapacité et la dépendance (HID) a donné lieu à des publications sur les thèmes des aidants (professionnels, bénévoles ou membres de l'entourage accompagnant les personnes âgées dépendantes et les adultes handicapés), des personnes handicapées vieillissantes et de l'hospitalisation des personnes en psychiatrie.

Refonte des outils statistiques

Enfin, un important effort de mise à jour des enquêtes auprès des institutions a été entrepris. Il s'est traduit par une stabilisation et une consolidation de la nouvelle version de la statis-

tique annuelle des établissements (SAE), par l'exploitation d'une enquête sur l'action sociale des communes, et par le lancement d'une remontée d'information sur l'aide sociale facultative des départements. On peut également citer à ce titre la préparation d'une enquête sur l'ensemble des organismes d'assurance maladie complémentaire et le lancement d'une rénovation de l'enquête sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

PRÉPARER L'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

La DREES coordonne tous les acteurs susceptibles de concourir à l'évaluation des politiques publiques dans une démarche à la fois quantitative et qualitative.

La CMU

Le dispositif de suivi et d'évaluation de la CMU, mis en place en 2000, a permis d'apprécier sa montée en charge, grâce aux données de gestion des caisses d'assurance maladie. Les résultats de grandes enquêtes par sondage, publiés en 2002, ont mis en relief les conditions dans lesquelles les personnes ont pu y accéder et les conséquences de cette prestation sur l'accès aux soins. Une nouvelle enquête sur les bénéficiaires de la CMU a par ailleurs été préparée en 2002. Elle sera lancée au début de l'année 2003.

L'APA

Les dispositifs élaborés en 2001 pour assurer, dans les meilleurs délais, la mise à disposition de données qualitatives et quantitatives sur l'APA ont permis la publication régulière de résultats au cours de l'année 2002.

La RIT

La mise en place de la réduction du temps de travail dans le secteur sanitaire public a également été observée qualitativement et quantitativement. Cette étude complète celle menée en 2001 sur les secteurs sanitaire et social privés.

Évaluations interministérielles

Le ministère a aussi participé à deux actions d'évaluation interministérielle conclues en 2002 : un rapport sur la politique de lutte contre le sida, présenté au Conseil national de l'évaluation ; et deux études de faisabilité d'une évaluation des dispositifs d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention.

METTRE DES ANALYSES À DISPOSITION DU PUBLIC

Les publications

La direction a pour vocation de diffuser à un large public des analyses et des études :

- rapprochant des données issues de sources diverses (par exemple sur les médicaments, le suicide, les minima sociaux, le cancer...)
- mettant en perspective internationale les politiques et les comportements dans le domaine sanitaire et social (sur l'évolution des dépenses de santé, la pauvreté des enfants, la prise en charge des personnes âgées dépendantes et les retraites...)
- développant la dimension territoriale de certaines préoccupations (l'analyse des disparités démographiques concernant les médecins, celles relatives aux plateaux techniques des hôpitaux, aux interventions chirurgicales fonctionnelles, aux risques d'alcoolisation excessive ou aux dépenses d'aide sociale...).

À ce titre, elle a notamment publié 60 numéros d'*Études et résultats* en 2002.

Les colloques

La DREES a organisé ou co-organisé des colloques ou séminaires sur :

- la protection sociale d'entreprise ;
- les personnes âgées entre domicile et établissement ;
- les domaines et techniques de prévention (séminaire réparti sur cinq séances d'une journée) ;
- les handicaps, incapacités et dépendances (colloque organisé à partir des résultats fournis par l'enquête HID) ;
- la consommation excessive d'alcool (colloque organisé à partir des résultats fournis par l'enquête auprès des usagers du système de soins).

LANCER DE NOUVELLES DÉMARCHES DE RECHERCHE

Enfin, la mission recherche (MiRe) a lancé plusieurs appels d'offres. L'un d'entre eux porte sur le droit de la protection, de l'aide et de l'action sociales, tandis qu'un autre - lancé avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) sous le titre "Réseaux régionaux de recherche en santé publique" - vise à accroître les coopérations entre équipes de recherche et partenaires régionaux chargés de questions de santé publique.

La MiRe a également préparé un Forum international de recherche sur la protection sociale dans une Europe en voie d'élargissement. Elle a par ailleurs animé, avec l'INSERM et le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), les travaux sélectionnés en 2002 sur le thème de la santé mentale.

Le fonctionnement des services

L'année 2002 a été marquée par la poursuite des actions d'amélioration du fonctionnement des services (nouvelles procédures de travail, infrastructures informatiques renouvelées...) et par le lancement ou la mise en application de réformes majeures, appelées à modifier fortement les organisations de travail. Parmi celles-ci figurent notamment la nouvelle loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et l'aménagement-réduction du temps de travail (ARTT) dans la fonction publique. Il convient également de mentionner l'importance des groupes de travail avec les organisations syndicales. Le dialogue social, élément essentiel pour mener à bien une démarche de modernisation passe, en effet, par une étroite concertation avec les représentants des personnels.

LA RÉFORME BUDGÉTAIRE

La réforme de l'ordonnance du 2 janvier 1959 et la loi organique du 1^{er} août 2001

Dès 2002, tous les services ont été concernés par cette réforme structurante, qui se met en place de manière progressive jusqu'en 2006. Un travail important de diffusion des principes fondateurs de la LOLF a été entrepris cette année : la mise en place d'une organisation cadre et d'une méthodologie, suivie du lancement d'une expérience de contractualisation avec la région Centre. Sous l'égide de la Direction de l'administration générale, du personnel et du budget (DAGPB), le ministère a participé activement aux quatre chantiers de la modernisation financière de l'Etat (MODERFIE) :

Budget : la structuration par agrégats des documents budgétaires de la section "Santé, famille, personnes handicapées et solidarité" a été modifiée dans le projet de loi de finances pour 2003,



afin d'anticiper une structure missions-programmes, axée sur les objectifs de résultats.

Comptabilité : un protocole d'expérimentation avec le contrôle financier central (CFC), préparé à la fin de 2002 doit permettre, en 2003, de simplifier les procédures de contrôle *a priori*, dans une logique de responsabilisation progressive des gestionnaires. En effet, dans le cadre de la fongibilité des crédits instaurée par la LOLF, ceux-ci seront, à l'avenir, responsables de l'utilisation des crédits des programmes. Dès cette année, la déconcentration des fonctions de "personne responsable des marchés" (PRM) a marqué une étape significative.

Gestion : la directive nationale d'orientation (DNO), offrant aux services déconcentrés une visibilité des crédits et des effectifs, a été globalement respectée, en dépit du contexte de régulation budgétaire. Malgré ce dernier, la forte volonté de l'État de régler l'essentiel des reports de charges (dettes), au titre des exercices antérieurs, s'est traduite par des ouvertures de crédits importantes en gestion 2002, lors des deux collectifs budgétaires, ou par des mouvements réglementaires.

Système d'information financier et contrôle de gestion : l'implantation du nouveau système d'information financier ACCORD, le 9 décembre 2002 - soit dès la gestion anticipée 2003 - a concerné 350 utilisateurs. Elle fera l'objet d'un retour d'expérience dans la perspective du déploiement de l'infocentre INDIA, puis de l'application ACCORD 2. L'engagement en 2002 d'une action de développement du contrôle de gestion (tableaux de bord), pour l'ensemble de l'administration centrale, sera

opérationnel en 2003 et généralisé en 2004. L'action se prolongera ensuite à l'échelon déconcentré, en cohérence avec le plan triennal (2002-2004) de développement du contrôle de gestion.

Par ailleurs, la fonction de tutelle auprès des agences sanitaires a été rénovée. Au terme d'une démarche de réflexion approfondie avec les agences, les buts affirmés sont de développer la transparence, de mettre en place le contrôle de gestion et d'assurer une tutelle par les objectifs. La DGS et le DAGPB ont, en particulier, organisé un colloque sur le sujet. À l'instar de ce qui a été engagé avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), la dynamique de contractualisation au travers de contrats d'objectifs et de moyens (COM) a été relancée, et devrait pleinement aboutir en 2003-2004.

LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

L'aménagement et la réduction du temps de travail

2002 a été la première année d'application du dispositif d'ARTT. Elle a permis la mise en place du dispositif réglementaire. Celui-ci a été complété par la diffusion d'un guide des règles de gestion, précisant le cadre d'application retenu au sein du ministère.

La gestion des effectifs

À fin de mettre en adéquation les moyens humains avec le développement des missions de l'administration sanitaire et sociale, la politique de renforcement, qualitatif et quantitatif, des effectifs s'est poursuivie en 2002. Les créations d'emplois effectuées entre 2000 et 2002 ont permis, sur l'année 2002, une augmentation des effectifs de 464 agents (secteur solidarité) équivalent temps plein rémunérés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2002.

L'organisation de concours déconcentrés pour les agents de catégorie B et C, après une première expérimentation en 2001, a été généralisée en 2002. La rénovation du dispositif s'est poursuivie dans un souci de simplification des textes relatifs à l'organisation des concours. Le ministère a entamé une réflexion sur l'extension des actes de gestion délégués aux régions, dans le cadre de la déconcentration de ces concours.

Pour permettre la titularisation des contractuels sous contrat à durée déterminée (CDD) dans des corps de même niveau de compétences, le dispositif réglementaire de résorption de l'emploi précaire a été mis en place, en application de la loi Sapin. Priorité a été donnée, en 2002, à l'organisation de concours réservés, pour l'accès aux corps de catégorie C.

Le ministère a ainsi mis sur pied un concours pour

Secteur santé-solidarité	1999	31/12/2000	31/12/2001	31/12/2002
Emplois budgétaires	14 325	14 427	14 728	15 120
Emplois budgétaires disponibles	14 117	14 231	14 573	14 975
Effectifs réels en ETP rémunérés*	13 470	13 607	13 913	14 378
Taux vacances	4,6 %	4,4 %	4,5 %	4 %

*Etp rémunérés: seuls sont pris en compte les agents rémunérés sur emplois budgétaires inscrits au budget du ministère de la santé, de la famille, des personnes handicapées et de la solidarité.

Répartition des effectifs budgétaires par catégories

Administration centrale	1999	31/12/2000	31/12/2001	31/12/2002
Catégorie A	988	1 042	1 272	1 353
Catégorie B	458	511	570	604
Catégorie C	902	847	810	769
Total	2 348	2 400	2 652	2 726
Services déconcentrés	1999	31/12/2000	31/12/2001	31/12/2002
Catégorie A	3 134	3 219	3 256	3 602
Catégorie B	3 524	3 621	3 676	3 708
Catégorie C	5 319	5 187	5 144	5 084
Total	11 977	12 027	12 076	12 394

Le poids de l'encadrement s'est notablement renforcé depuis 1998.

l'accès au corps des adjoints administratifs d'administration centrale (12 postes pour les deux secteurs) et des concours déconcentrés pour l'accès aux corps des adjoints administratifs des services déconcentrés (84 postes pour les deux secteurs).

L'amélioration des compétences

Face à l'évolution des missions et des techniques, l'adaptation des compétences des agents demeure une priorité.

Les efforts en matière de formation continue du personnel ont été poursuivis. Ils insistent sur la formation des agents concernés par l'utilisation des deux nouveaux progiciels de gestion du ministère : l'application interministérielle de comptabilité publique ACCORD (dont la mise en œuvre au sein du ministère est effective depuis janvier 2003) et l'application de gestion des ressources humaines SYNERGIE-RH (opérationnelle en 2002). Afin de renforcer le caractère qualifiant des formations initiales des élèves fonctionnaires à l'École nationale de santé publique, des formations en alternance, entre l'école et les services déconcentrés, ont été testées pour la première fois en 2002. L'évolution des compétences des agents s'est accompagnée de la reconnaissance de leurs responsabilités. Cela s'est traduit par la revalorisation des rémunérations des directeurs des services déconcentrés et la poursuite de l'expérimentation d'évaluation de leur action par les préfets.

La revalorisation du statut des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, en cohérence avec leur place et leur rôle au sein des services déconcentrés, a été conduite à son terme. Cette réforme prévoit également un renforcement de la formation initiale des élèves inspecteurs. Sa durée passe de 12 à 18 mois, permettant ainsi un enseignement adapté à l'accroissement de leurs missions.

Enfin, la situation des personnels contractuels de droit public sous contrat à durée indéterminée (CDI), en poste dans les agences sanitaires, a fait l'objet d'un important chantier d'harmonisation des conditions de recrutement et d'emploi. Ce facteur de mobilité entre agences a abouti, au début de 2003, à une revalorisation de ces emplois et à une meilleure reconnaissance de leur expertise professionnelle.

Le soutien professionnel et social des agents

Les efforts ont porté cette année sur deux axes particuliers : l'emploi et l'insertion des travailleurs handicapés et le développement du service social pour le personnel.

En application du protocole d'accord sur l'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique de l'État, les deux ministères sociaux ont élaboré conjointement un plan quadriennal de

développement de l'emploi et d'insertion des travailleurs handicapés. L'embauche de personnes handicapées a été renforcée, dès 2002, en particulier avec l'augmentation importante du recrutement de catégorie A, par la voie contractuelle. De plus, les dépenses consacrées à l'insertion et à la compensation du handicap dans le contexte professionnel se sont fortement accrues.

Par ailleurs, la mise en place, dès 2001, d'un réseau d'assistants sociaux du personnel, répartis sur l'ensemble du territoire national, a permis de renforcer le soutien des agents éprouvant des difficultés dans leur vie professionnelle et privée. En 2002, concluant la phase de développement, les modalités d'organisation et de fonctionnement de ce réseau ont été arrêtées, rendant ainsi cet outil opérationnel et pérenne.

LES OUTILS DE GESTION

Une activité juridique intense

En 2002, le nombre de dossiers juridiques traités par le ministère demeure important. Ceci s'explique par la participation à l'élaboration de très nombreux textes législatifs, réglementaires et statutaires, mais aussi par le développement de l'activité de conseil, en matière d'analyse juridique et de traitement des contentieux.

Les textes législatifs et réglementaires sont notamment la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ainsi que les projets de lois relatifs aux simplifications administratives et à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. S'y ajoute l'élaboration de 63 textes de délégation de signature, en raison, notamment, du changement de gouvernement.

En matière d'information juridique, de conseil et d'analyse, 6 numéros du "Courrier juridique des affaires sociales", 2 "Recueils semestriels de jurisprudence" et 220 notes ont été rédigés (ces dernières en réponse aux consultations écrites des services du secteur affaires sociales-santé).

De nouvelles applications informatiques et des infrastructures renouvelées

En 2002, le secteur santé et affaires sociales a développé de nombreuses applications informatiques. Celles-ci permettent aux deux ministères de mieux piloter leurs politiques, d'améliorer leur gestion interne et de favoriser de nouvelles méthodes d'organisation et de gestion publique, grâce à l'emploi des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Peuvent être cités à titre d'exemples :

**Dans le domaine
de l'action sociale :**

- Les commissions du handicap : Commission départementale d'éducation spéciale (CDES) et Commission technique d'orientation et de reclassement professionnels (COTOREP). Celles-ci orientent les personnes handicapées et décident de leur prise en charge. Après une relance en 2002, avec le ministère de l'Éducation nationale, la nouvelle application OPALES (Outils de pilotage et d'administration locale de l'éducation spéciale), pour les CDES, est en cours de réalisation. Une première version de l'application sera livrée en 2004. Le projet OLYMPE, destiné à refondre le système d'information des COTOREP, a été lancé conjointement avec le secteur Travail. Il a fait l'objet d'une étude de cadrage, achevée en 2002. La définition de l'organisation cible et une étude de faisabilité seront réalisées en 2003 et 2004.
- Contentieux de l'incapacité : une nouvelle application (TCI) a été réalisée pour les quelque 200 agents des tribunaux du contentieux de l'incapacité, avec la direction de la sécurité sociale et parallèlement à la refonte des textes juridiques correspondants.
- PRENAT : cette application interministérielle (ministères des Affaires sociales, de l'Intérieur et des Affaires étrangères) permettra à la Direction de la population et des migrations (DPM) d'assurer le traitement en continu de la procédure de naturalisation par décret et de réduire les délais à moins de 18 mois. La mise en service, à l'intention de quelques utilisateurs, d'une première version, lancée en 2002, aura lieu à la fin de 2003, suivie du déploiement de l'application définitive en 2004.
- La banque de données sanitaires et sociales localisées (BDSL) : l'objectif est de parvenir à la migration de l'outil existant vers les technologies extranet. L'ensemble des partenaires (1 000 utilisateurs) bénéficiera ainsi d'un accès direct à l'application.
- Le rapprochement des candidats à l'adoption et des pupilles : la prestation de réalisation de la future application informatique a débuté en octobre 2002 et aboutira au déploiement d'un extranet dans les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les Conseils généraux, en 2003.

**Dans le domaine
de l'offre de soins :**

- La refonte des deux répertoires qui alimentent de nombreux systèmes d'information du ministère et de ses partenaires : celui des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et celui des professionnels de santé (ADELI, qui devient le RPPS, répertoire partagé des professionnels de santé). Les études préalables de ce projet stratégique, lancées en 2002, se poursuivront en 2003 et les premières réalisations verront le jour en 2004.
- La refonte d'ANDREAS. Les années 2003 et 2004 verront la poursuite du développement du systè-

me d'information PARHTAGE, notamment la refonte de la banque de données sur l'offre de soins hospitalière ANDREAS.

**Dans le domaine
de la santé publique :**

- SISE EAUX : en matière de surveillance de la qualité sanitaire des eaux, une expérimentation de transfert automatique de données vers les systèmes d'information des distributeurs d'eau a été initialisée en 2002, l'objectif étant de déployer, en 2003, une version modernisée de SISE EAUX.
- SISE HABITAT : pour la surveillance de la qualité sanitaire de l'habitat, une prestation d'assistance à maîtrise d'ouvrage lancée en 2002, sera menée en 2003 en associant les différents partenaires.
- DGS-URGENT : ce service, développé en 2002, sera opérationnel en 2003 et permettra de compléter l'information des professionnels de santé en cas d'urgence sanitaire.

**Dans le domaine
de la gestion interne du ministère :**

- ACCORD : l'application interministérielle de comptabilité publique a été déployée auprès de 350 personnes en 2002. Une réflexion coordonnée a été lancée pour la préparation de premiers outils de contrôle de gestion.
- SYNERGIE-RH : le déploiement de l'application de gestion administrative et de l'infocentre des ressources humaines a été réalisé en juin 2002 pour environ 900 gestionnaires.
- CEPS : la réalisation de la nouvelle application du CEPS (comité économique des produits de santé) a débuté fin 2002. La première phase est prévue pour 2004.
- MERCURE : le déploiement du progiciel de gestion de courrier en administration centrale s'est poursuivi. La plupart des directions et services d'administration centrale étaient équipés ou en cours d'installation fin 2002.
- La ré-informatisation des services documentaires : une étude technique détaillée a été réalisée en 2002. Elle a abouti à un cahier des charges pour la fourniture de l'outil, la reprise des données des systèmes actuels et les prestations nécessaires à l'accompagnement du projet dans les services. La réalisation aura lieu en 2004.

**Dans le domaine
des infrastructures techniques :**

L'important programme de modernisation des infrastructures informatiques s'est poursuivi en 2002 :

- Le renouvellement du réseau d'interconnexion des services, déployé de septembre 2001 à mai 2002, offre un système de communication moderne pour l'ensemble des agents (doublement des débits en DDASS et DRASS ; accès au réseau Internet multiplié par 8)
- La rénovation des réseaux locaux de l'administration centrale, achevée en février 2002 a permis d'améliorer les performances et de supporter des flux de plus en plus importants.

- La rénovation des serveurs bureautiques et le changement de l'outil de messagerie, démarrés en avril 2002, se termineront en juillet 2003.
- La migration du système d'exploitation des postes de travail vers Windows XP, dont les études réalisées en 2002, permettent le lancement en 2003 pour un achèvement fin 2004.
- La refonte complète des systèmes de sécurité, rendue nécessaire par l'augmentation des échanges entre tous les services, mais également avec les partenaires, a été engagée en 2002 et permettra en 2003 de se connecter à distance aux systèmes d'information du ministère.

Des services déconcentrés partenaires

Les procédures de travail, instaurées en 2000 - directive nationale d'orientation (DNO) et dialogue de gestion - ont été confortées en 2002 et leur fonctionnement amélioré. Elles permettent aux services déconcentrés d'adapter, plus finement encore, leur action aux attentes des citoyens.

La revue d'activités, éditée en 2002, a marqué l'aboutissement d'une réflexion partagée sur les missions des DDASS et des DRASS. Ces travaux ont mobilisé l'ensemble des directions. Ils permettent d'envisager des préconisations sur la réforme de l'Etat et sur certaines perspectives de transfert, au sein de services de l'Etat, des domaines de compétence à décentraliser ou à déconcentrer. L'objectif principal est la recherche de blocs de compétence clairs, avec la réduction, lorsque c'est possible, des co-pilotages, suivie d'une adéquation entre les moyens et les actions des directives nationales d'orientation pour 2002 et les années suivantes. Cet objectif a été partiellement atteint avec des effectifs budgétaires accrus, qui ont permis un ajustement des moyens dans les services, sur les axes stratégiques sanitaires (l'encéphalopathie spongiforme bovine et la lutte contre le bioterrorisme notamment).

Les dialogues de gestion, désormais généralisés, inscrivent d'une manière plus ordonnée les orientations régionales et permettent d'instaurer un échange régulier, influant également sur les évolutions réglementaires du secteur sanitaire et social. L'année 2002 a, par ailleurs, vu l'élaboration d'un cadre rénové de gestion des situations exceptionnelles, reposant sur une organisation de veille et d'astreinte. Cette mise en place s'applique à l'administration centrale et aux services déconcentrés, afin de garantir la permanence du service public et une meilleure information gouvernementale.

Une politique immobilière dynamique

Pour l'administration centrale, la politique immobilière a été essentiellement marquée, en 2002, par les premières concrétisations du processus de restructuration du site Ségur-Fontenoy, dans le cadre du Schéma directeur architectural et technique (SDAT), validé en juin 1998.

En effet, l'année 2002 a vu la livraison du nouveau Centre de ressources documentaires multimédia (CRDM), améliorant considérablement les conditions de travail et d'accès aux sources documentaires. Ces travaux ont mis en valeur le patrimoine architectural, datant de 1930. Ouvert au public (professionnels, étudiants, chercheurs), et aux agents des deux ministères, le CRDM constitue sans doute un modèle, par la richesse de son fonds documentaire et par ses outils de recherches, accessibles sur l'intranet des deux ministères.

Trois nouveaux chantiers ont été engagés avec la restructuration du hall Duquesne, la construction du "Pavillon Central", en cœur d'îlot, et la première tranche de rénovation des sous-sols. Celle-ci permettra la mise en service de nouvelles salles de réunions, dans le courant de 2003.

Afin de faciliter la seconde phase du projet - les plateaux de bureaux - des recherches immobilières ont été conduites en parallèle. Le ministère a étudié diverses solutions pour permettre le relogement des services affectés par les travaux de Ségur-Fontenoy et donner une meilleure assise au pôle "Solidarité" de Montparnasse, avec le maintien, à terme, de deux sites uniques pour l'administration sanitaire et sociale.

Pour les services déconcentrés, le recours à des montages juridiques et financiers innovants a dynamisé la politique de regroupement fonctionnel, sur un même site, des DRASS, des DDASS chef lieu, et, si possible, des agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Un "plan de modernisation" pluriannuel, en cohérence avec les travaux réalisés pour la modernisation financière de l'Etat, a donné l'occasion d'une réflexion prospective sur la modernisation de la politique immobilière.

Des actions spécifiques de modernisation des services de l'administration centrale

Pour la première fois, au cours de l'année 2002, les actions de modernisation font l'objet d'un article de prévision spécifique. Celui-ci s'applique aux crédits, destinés aux services de l'administration centrale et à ceux, dédiés aux services déconcentrés.

Pour l'administration centrale, ces actions ont concerné toutes les directions, et se situent dans le prolongement des décisions du Comité interministériel pour la réforme de l'Etat (CIRE) du 15 novembre 2001. Elles ont porté notamment sur la démarche d'accompagnement de la mise en œuvre de l'ARTT (optimiser le temps de travail, améliorer les conditions de fonctionnement des services...), la gestion des ressources humaines, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (nouveaux logiciels, accessibilité des sites web aux personnes non ou mal voyantes), ainsi que les démarches qualité (norme de qualité ISO 9000 pour le traitement des recours contentieux...).

LA COMMUNICATION INSTITUTIONNELLE DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE ET SOCIALE

Le Service de l'information et de la communication (SICOM) a été créé par arrêté du 10 Août 1990. Il couvre le champ des deux ministères, "affaires sociales et santé". Depuis mai 2002, le SICOM relève directement de deux ministres, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et le ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées. De plus il gère la communication de deux ministres délégués, le ministre délégué à la ville et à la rénovation urbaine, la ministre déléguée à la parité et à l'égalité professionnelle et de deux secrétaires d'Etat, la secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion et le secrétaire d'Etat aux personnes âgées.

Ce service, encore jeune, a eu une forte progression de son activité et a diversifié progressivement ses axes de communication éditoriale, événementielle, externe avec des campagnes grand public de plus en plus importantes - en s'appuyant sur les nouveaux moyens de communication, internet, intranet notamment, ce qu'explique un budget en forte progression. La communication institutionnelle s'est traduite en 2002 par :

- la couverture des conférences de presse des ministres ;
- la réalisation de campagnes d'information et de communication grand public ;
- la parution d'éditions et de publications internes ;
- la tenue d'événements, séminaires, colloques et salons.

Toutes les actions de communication du ministère sont relayées sur les sites internet et intranet de l'administration sanitaire et sociale et dans Acteurs magazine, le magazine interne de l'administration sanitaire et sociale.

Les campagnes d'information et de communication ministérielles

Cette année, le SICOM a connu une forte progression de son activité en matière de campagnes de communication grand public. Il a été ainsi amené à lancer trois grandes actions, respectivement sur la contraception, la lutte contre les violences sexuelles envers les mineurs et la lutte contre les discriminations raciales. Le SICOM a également préparé une campagne de promotion des médicaments génériques qui devait être diffusée début 2003.

En janvier 2002 sort la campagne de sensibilisation et de prévention des violences sexuelles envers les mineurs (janvier 2002) "se taire, c'est laisser faire" qui a été primée (prix Effie) "campagne la plus efficace".

La campagne lancée le 25 janvier 2002 traitait de maltraitances et de violences sexuelles sous le double éclairage de la prévention (respect de l'intégrité et de la spécificité du mineur) et de la protection (la loi interdit et réprime certains comportements). Un comité de pilotage réunissant des pédopsychiatres (M. Rufo, M. Cyrulnick, Mme Gabel) a été mis en place pour cette campagne.

En janvier également, la campagne contraception : "La contraception. Ne laissez pas l'imprévu décider à votre place" a été lancée dans le prolongement d'une première opération en 2000.

C'est une campagne médias et hors médias à destination du grand public et des professionnels de santé dont les objectifs ont été conçus avec l'ensemble des associations féministes et familiales.

En avril 2002, la campagne contre les discriminations raciales, grande cause nationale "sans discrimination raciale la France est plus forte" a reçu le prix stratégique.

A l'initiative du ministère, les associations anti-racistes (LICRA, MRAP, SOS Racisme, Ligue des droits de l'homme, Ligue de l'Enseignement) se sont réunies en collectif "Egalité contre les discriminations racistes", pour obtenir le label "Grande Cause Nationale 2002". La campagne de communication média du ministère, lancée le 11 avril 2002, était destinée à sensibiliser l'opinion publique à l'importance de la lutte contre les discriminations raciales.

Enfin, un dispositif d'information sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a été mis en place.

Devançant la mise en place de l'APA à compter du 1^{er} janvier 2002, le ministère a mis en place un dispositif d'information à partir de fin novembre 2001 afin de permettre aux futurs bénéficiaires de disposer le plus en amont possible des informations nécessaires à l'obtention de leurs droits et aux acteurs de disposer des outils permettant l'instruction des dossiers APA.

La politique éditoriale

La politique éditoriale du SICOM a commencé en 2002 son évolution par la diversification de production des éditions et publications présentées au salon du livre de cette année.

Les publications institutionnelles et les éditions

Le magazine mensuel interne "Acteurs" diffusé à 20 000 exemplaires traite des questions touchant aux domaines des affaires sociales dans sa globalité. Son approche éditoriale, thématique, interministérielle et régionale avec une ouverture

sur l'international permet un traitement de fond des questions d'actualité, notamment au travers du dossier.

Il est réclamé de plus en plus par nos partenaires directs et indirects (hôpitaux, préfectures,...).

Ce magazine a créé une dynamique interne au travers de son comité de rédaction réunissant l'ensemble des directions d'administration centrale, les services déconcentrés et les ARH.

Il est apprécié des services déconcentrés pour qui il est l'outil fédérateur de l'administration.

Le magazine a été régulièrement diffusé en 2002 à tous les agents de l'administration centrale et des services déconcentrés.

La revue trimestrielle Echanges santé social (ESS) est une revue thématique et professionnelle, éditée par la Documentation française.

Le 28 mars 2002, un groupe de travail réunissant les différents corps de l'administration sanitaire et sociale a tracé les grandes lignes d'évolution de cette revue pour l'avenir.

Les thèmes de l'année 2002 ont porté notamment sur l'inspection dans les services déconcentrés, alimentation et nutrition, et lutte contre les discriminations. Cette revue est diffusée aux professionnels de la santé et du social.

Les éditions du SICOM

Le SICOM produit des éditions pour les directions, telles que la revue des Affaires sociales (RFAS), études et recherches et a créé des nouvelles collections regroupant des ouvrages sur la santé, les droits des femmes, l'exclusion sociale notamment.

Par ailleurs, des éditions originales sont parues telles que :

- un dépliant présentant les nouvelles obligations pour les propriétaires des immeubles collectifs et guide technique à l'usage des professionnels de l'immobilier dans le cadre de la campagne d'information sur l'amiante : en partenariat avec le ministère de l'équipement ;
- un dossier guide IVG : dossier d'information remis lors des consultations en vue d'une IVG, présentant les différentes règles juridiques applicables aux femmes mineures ou aux femmes majeures ;
- un guide d'appui à la négociation - égalité professionnelle femmes/hommes : guide destiné notamment aux services de gestion des ressources humaines des entreprises, pour les aider dans l'application de la loi relative à l'égalité femme/homme en milieu professionnel ;
- un guide/dépliant/contrat destinés à l'information des patients en milieu hospitalier dans le cadre du colloque sur la douleur ;
- des conseils aux utilisateurs de ciments : partenariat avec les industries cimentières pour limiter les risques d'erreurs de manipulation par les non-professionnels, lors des travaux de bricolage.

La politique événementielle

Le SICOM a organisé en 2002, pour le compte des cabinets et des directions de l'administration sanitaire et sociale, une trentaine de colloques ou de séminaires (20 en 2001). Ceux-ci étaient essentiellement à destination des professionnels du secteur sanitaire et social (administrations, chercheurs, professionnels de la santé, des affaires sociales, ...).

Sur les 28 colloques, le SICOM en a organisé 14 en interne et 14 en externe.

Le SICOM et les directions participent à des salons grand public (L'Education, ...) et à des salons professionnels (Médec, ...). Pour chaque opération, le SICOM dispose d'un stand et doit coordonner la fabrication des supports réalisés à cet effet (panneaux, dépliants...).

En 2002, le SICOM a participé aussi à des salons professionnels ou grand public généralement inaugurés par le ministre :

- le salon autonomic ;
- le salon infirmier ;
- le Medec 2002 ;
- le Salon du livre où le ministère présentait une sélection d'ouvrages riches et diversifiés sur des thèmes d'actualité (RFAS), collections et le catalogue 2001/2002 des éditions du SICOM.

En interne le SICOM a organisé une exposition sur "Le ministère sans tabac" et participé avec les directions aux différentes journées nationales telles que la Journée européenne du handicap au ministère le 3 décembre, journée de réflexion et de sensibilisation et la journée internationale des femmes du 8 mars.

Ces différentes actions de communication ont été présentées sur le site internet du Ministère www.sante.gouv.fr.

Ce site a reçu plus de 400 000 visites chaque mois. Par ailleurs le SICOM apporte son appui et son assistance aux services déconcentrés pour le développement de leurs sites internet et intranet.

Des journées thématiques ont été créées comme "les rencontres du Net" avec l'intégration d'internet au sein de la cellule familiale et à l'école en partenariat avec la DIF.

Elles ont connu un franc succès.

L'action territoriale

■ Alsace	73
■ Aquitaine	77
■ Auvergne	82
■ Bourgogne	87
■ Bretagne	92
■ Centre	96
■ Champagne-Ardenne	101
■ Corse	105
■ Franche-Comté	109
■ Guadeloupe	115
■ Guyane	120
■ Île-de-France	123
■ Languedoc-Roussillon	129
■ Limousin	135
■ Lorraine	140
■ Martinique	144
■ Midi-Pyrénées	147
■ Nord-Pas-de-Calais	152
■ Basse-Normandie	157
■ Haute-Normandie	162
■ Pays-de-la-Loire	167
■ Picardie	172
■ Poitou-Charentes	178
■ Provence-Alpes-Côte d'Azur	183
■ Réunion	188
■ Rhône-Alpes	192

SANTÉ, SOCIAL

Lutte contre les exclusions et la précarité

En 2002, l'arrivée des demandeurs d'asile s'est poursuivie dans les deux départements. 1 115 personnes ont ainsi été hébergées dans le Bas-Rhin et 1 074 dans le Haut-Rhin. En outre, grâce à une forte mobilisation, un dispositif hivernal d'hébergement d'urgence sans précédent a été mis en place.

La création dans l'un des départements de l'instance de coordination et d'appui en matière d'hébergement et son amélioration dans l'autre confortent la maîtrise des dispositifs d'accueil des personnes en difficulté. Les prises en charge évoluent ainsi dans le sens d'une plus grande satisfaction pour les usagers.

Autre préoccupation : les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) dont le nombre, après avoir baissé, a repris sa progression. Des actions ont donc été entreprises afin de mieux les accueillir et les soigner : journées d'échange et de réflexion avec les médecins libéraux, mise à disposition d'un psychiatre, délocalisation de bureaux de la commission locale d'insertion (CLI) sur un grand pôle urbain, etc.

Amélioration de la sécurité sanitaire

Elle a été particulièrement suivie en Alsace, avec l'achèvement de l'inspection des sites de stérilisation des établissements de santé. Toutes les demandes d'autorisation relatives aux activités de leurs pharmacies à usage intérieur ont également été instruites. Les incitations à la mise aux normes se sont traduites par la programmation des investissements nécessaires.

La mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE) a également participé aux missions d'inspections sur la stérilisation des dispositifs médicaux et sur les risques de légionelloses dans les établissements de santé. Cette démarche a renforcé la mutualisation des moyens administratifs et techniques au sein des trois directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS).

La préservation de l'environnement, dans un but sanitaire, a constitué un autre grand axe d'intervention. Les services ont collaboré, entre autres, à la réalisation et au suivi du plan régional de la qualité de l'air, au suivi du plan régional d'élimination des déchets industriels, à l'élaboration du schéma d'aménagement et de gestion de l'eau de la nappe phréatique de la plaine d'Alsace. Ils sont également intervenus dans le cadre des avis émis sur les volets sanitaires des études d'impact.

Promotion de la santé publique

Cet enjeu est décisif en Alsace, située dans le croissant de surmortalité nord-est. Il a donc conduit les trois directions à adapter leurs actions en conséquence. Ainsi a été mise en œuvre, en 2002, l'évaluation du programme régional de santé « Alsace contre le cancer », ce qui a permis de préciser les contours d'un nouveau plan global.

Le programme régional reprendra des éléments du plan cancer national, notamment :

- sur les risques professionnels de cancers ;
- sur l'information et la communication en direction des patients et de leurs familles, ainsi que leur soutien psychologique ;
- sur l'insertion sociale des patients ;
- en offrant une gestion plus souple du dispositif aux porteurs d'actions.

L'année 2002 a aussi été celle de la régionalisation du dépistage du cancer du sein. Il est porté par une association du Bas-Rhin intervenant désormais sur les deux départements alsaciens.

Un bilan des actions du programme d'accès régional aux soins et à la prévention (PRAPS) 2000-2002 a également permis d'identifier les travaux à poursuivre et de développer des partenariats. Des groupes de travail et des comités locaux ont actualisé l'évaluation des besoins pour le PRAPS de 2^e génération 2003-2006. Enfin, les travaux d'élaboration du schéma régional d'éducation pour la santé (SRES) ont été engagés et validés. Un état des lieux quantitatif et qualitatif a été dressé, afin de préparer sa phase d'élaboration.

Développement de la qualité des soins

Celui-ci passe tout d'abord par une contribution - pour le compte de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) - à l'organisation d'épreuves nationales d'aptitude pour les médecins étrangers (en médecine et radiologie, soit 949 inscriptions nationales).

Mais il est également indissociable de l'animation, par les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, du dispositif régional de santé publique, avec l'élaboration du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) équipements lourds (cf. infra, « Équipements lourds »). L'évaluation du SROS à mi-parcours et l'examen des plaintes relatives aux établissements de santé ont été engagés (voir aussi ci-dessous « SROS 1999-2004 »).

L'action sociale et médico-sociale a été confortée par une coordination régionale mettant en perspective l'accueil, l'hébergement et l'insertion, ainsi que par le suivi de la réforme de la tarification relative aux personnes âgées dépendantes. La répartition des crédits entre les deux départements - avec un rééquilibrage

du déficit du Bas-Rhin en équipements destinés aux personnes handicapées - demeure une priorité. D'une manière plus générale, la mission d'inspection a été réintégrée dans l'organisation des services des trois directions.

Cancérologie : constitution d'un réseau régional

Le SROS d'Alsace avait déterminé, en 1999, quatre niveaux de soins en cancérologie, du niveau 1 de proximité immédiate au niveau 4 pour les sites de référence en cancérologie.

Un groupe d'experts a rédigé, en 2002, un cahier des charges précis pour chacun des quatre niveaux, en termes de pathologies, activité, plateau technique, personnel et masse critique en nouveaux patients par an. Ces recommandations permettront aux établissements de se positionner d'ici à la fin de la période couverte par le SROS.

Le schéma prévoyait également la mise en place d'un réseau régional, afin d'assurer une prise en charge globale et optimale des patients atteints de cancer. Une convention constitutive a donc été rédigée en 2002 pour ce réseau dénommé « Coordination alsacienne du réseau oncologique local (CAROL) ». Elle a été soumise aux instances délibérantes des différents établissements concernés. Le réseau régional va être constitué au premier semestre 2003.

L'agence régionale d'hospitalisation (ARH) publiera le cahier des charges des niveaux de soins en cancérologie et la convention du réseau CAROL dans le courant de 2003.

Équipements lourds

Un SROS équipements lourds a été rédigé pour la période 2002-2004. Il fixe la carte sanitaire pour les scanographes, appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), accélérateurs de particules et gamma-caméras.

L'état au 31 décembre 2001 était le suivant :

- 17 scanographes autorisés, 19 préconisés (19 autorisés au 31 janvier 2003) ;
- 8 IRM autorisés, 12 préconisés (11 autorisés au 31 janvier 2003) ;
- 9 accélérateurs de particules installés, 12 préconisés ;
- 11 gamma-caméras autorisées, 13 préconisées.

SROS 1999-2004 : évaluation à mi-parcours

L'évaluation à mi-parcours du SROS II a été effectuée en 2002. Elle en reprend les thématiques :

- huit axes transversaux : accès aux soins, qualité et sécurité, réseaux et coopération, développement des alternatives, soins palliatifs, lutte contre la douleur, prévention et promotion de la santé, prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool ;
- sept dispositifs d'organisation : prise en charge des urgences, périnatalité, cancérologie, cardiologie, ma-

ladies vasculaires cérébrales, soins de suite ou de réadaptation, soins hospitaliers des personnes âgées. Cette évaluation a également couvert le thème de l'insuffisance rénale, volet qui a été rajouté au SROS en 2000. La psychiatrie a fait l'objet d'un SROS séparé, publié en 1998.

Les principaux résultats ont été présentés à la commission exécutive (7 janvier 2003) et aux établissements de la région lors de la campagne budgétaire (4 février 2003). Ils sont diffusés sur les sites Internet et Extranet des ARH (<http://www.parhtage.sante.fr>).

Droits des femmes : prévention et lutte contre la prostitution

La commission départementale d'action contre les violences faites aux femmes du Bas-Rhin, animée par la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), s'est réunie en 2002 sur le thème spécifique de la lutte contre la prostitution.

À la suite des échanges, pilotés par une conseillère technique en travail social de la DDASS, les axes de travail suivants ont été retenus :

- organisation d'un séminaire de réflexion et d'échange sur le thème de la prostitution ;
- réalisation d'une plaquette d'information par un groupe de travail composé de travailleurs sociaux et d'associations.

Le séminaire de réflexion s'est tenu les 5 et 6 décembre 2002. Ses objectifs étaient triples :

- acquérir une connaissance du droit français et des enjeux européens ;
- comprendre les réalités de la prostitution aujourd'hui ;
- identifier les ressources locales dans le contexte spécifique du Bas-Rhin, afin d'optimiser la prise en charge et l'accompagnement des personnes prostituées.

Le public concerné était constitué de professionnels ou de bénévoles du secteur social, éducatif et de la santé, des personnels de la police, de la gendarmerie et de la justice, ainsi que des intervenants auprès des personnes prostituées ou en risque de prostitution.

EMPLOI

Une étude-action sur les obstacles à la création d'entreprise par les femmes

La DRDFE a constaté que peu de femmes sollicitant la remise d'un dossier pour le Fonds de garantie pour l'initiative des femmes (FGIF) en Alsace peu sont retenues par le comité de sélection national. En effet, sur 200 dossiers remis en 2001, seuls 4 ont bénéficié d'une décision favorable du FGIF. La DRDFE a donc demandé à l'association EGEE (Entente des générations pour l'emploi et l'entreprise) de mener une étude-action, au cours du premier semestre 2002,

afin d'analyser les freins rencontrés par les femmes. Un plan d'action sera élaboré par la DRDFE à partir des préconisations du bilan final.

Chômage : les chiffres

Pour la deuxième année consécutive, l'économie alsacienne a subi les conséquences de la conjoncture internationale et de ses incertitudes. Cette évolution s'est traduite par une augmentation du nombre des plans sociaux dans la région et par la hausse des chiffres du chômage. Toutefois, au 31 décembre 2002, le taux de chômage enregistré dans la région demeure parmi les plus bas : 6,8 % contre 9,1 % pour la France entière.

La dégradation du marché du travail, plus rapide en Alsace que dans les autres régions, souligne avec force la nécessité d'une action résolue autour des nouvelles mesures prises.

Développer et maintenir l'emploi

Un premier bilan du contrat jeune en entreprise, mis en place en 2002, a été présenté à la presse régionale par le préfet de région le 18 mars 2003, à l'occasion des 10^{es} Rencontres pour l'emploi de Strasbourg. À la fin de février 2003 - soit en huit mois d'application - 1 903 contrats ont été conclus. Ce chiffre représente 4 % du total national, alors que l'Alsace totalise généralement 2 % des résultats nationaux.

Favoriser l'accès à l'emploi

L'Alsace est réputée pour sa richesse relative - elle figure parmi les régions en tête selon le produit intérieur brut par habitant - mais le contraste entre ceux qui profitent de la croissance et ceux qui en sont exclus y est plus fort qu'ailleurs. Elle est aussi la région qui dispose du réseau de structures d'insertion par l'activité économique (SIAE) le plus dense de France : une centaine de structures accueillent et accompagnent vers l'emploi plus de 10 000 personnes chaque année. Profitant de cet atout, la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) du Bas-Rhin et du Haut-Rhin et l'Union régionale des structures d'insertion d'Alsace (URSIEA) ont organisé et lancé, en fin d'année, une campagne régionale sur l'insertion par l'activité économique, « Une place pour tous ». Celle-ci est montée en puissance en 2002, avec l'organisation de réunions d'information locales et sera poursuivie en 2003. L'objectif de cette initiative, qui vise les entreprises, est de montrer le savoir-faire des SIAE en termes d'activités économiques, mais surtout d'insertion et de qualification des salariés.

L'action a été soutenue par des supports de campagne professionnels dont :

- la production du film documentaire « Une place pour tous », qui présente trois exemples locaux de structures : une régie de quartier et une entreprise d'insertion de Strasbourg, ainsi qu'une entreprise de

travail temporaire d'insertion de Mulhouse. Le film contient notamment des témoignages d'entreprises clientes et de salariés de ces structures ;

- l'édition du premier Répertoire régional des structures d'insertion (7 500 exemplaires). Il présente la centaine de structures agréées dans les deux départements, décrit de façon détaillée leurs prestations, les compétences acquises par leurs salariés, les contacts utiles, donne des références clients, etc.

Garantir les droits des salariés et encourager le dialogue social

L'année a été aussi marquée par le renforcement du dispositif de veille. La recrudescence des interventions des services pour des conflits sociaux relatifs à des procédures de licenciements collectifs, plus nombreuses que l'an passé, est aussi à noter. Les services d'inspection ont également poursuivi les actions coordonnées dans le domaine de la protection des salariés :

- mise en place des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans les petites et moyennes entreprises (PME) ;
- sensibilisation des délégués du personnel (DP) ;
- campagnes d'information sur les risques cancérigènes, éthers de glycol, etc.

Le partenariat avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) a été renforcé dans la région, qui compte 44 établissements classés Seveso. Par ailleurs, dans le cadre des actions transfrontalières, deux séminaires franco-allemands ont été organisés à l'Euro-Institut de Kehl, l'un sur la protection contre l'incendie et les explosions, l'autre sur les risques biologiques.

La lutte contre les discriminations à l'embauche figure aussi au premier rang des actions des services. Elle explique leur investissement au sein des commissions d'accès à la citoyenneté (CODAC) et leur appui à une initiative régionale EQUAL, portée par une douzaine de partenaires.

Entretenir et développer les compétences et les qualifications tout au long de la vie

La validation des acquis de l'expérience (VAE) se met en place. Pour la rendre opérationnelle, des moyens d'information et d'accompagnement des salariés ont été mis sur pied dans la région. En particulier, une cellule régionale inter-services réunit les principaux opérateurs (DRTEFP, DRASS, direction régionale de la jeunesse et des sports, délégations académiques à la formation continue, universités, Association pour la formation professionnelle des adultes...). Bientôt, 12 points-relais correspondront aux antennes locales d'Univers métiers. En outre, un dépliant d'information a été tiré à 17 000 exemplaires. L'État est intervenu sur ce dossier à hauteur de 200 000 € (crédits du contrat de plan État-Régions).

Piloter et évaluer les programmes européens

L'enveloppe financière du Fonds social européen (FSE) sur la période 2000-2006 est de 120 M€ pour l'Alsace. Au regard du nouveau chantier de la décentralisation, il convient de noter également l'expérimentation du transfert à la Région de l'objectif 2 du FSE.

Une action régionale de communication, intitulée « le FSE, un trait d'union entre l'Europe et vous », a été lancée par la DRTEFP. Ses objectifs sont d'abord de rendre plus lisibles et intelligibles ses axes d'intervention, mais aussi, en filigrane, de renforcer le sentiment de citoyenneté européenne. La construction de l'Europe sociale et ses interventions en faveur de l'emploi et de la formation tout au long de la vie y sont en effet valorisées.

Plusieurs actions ont d'ores et déjà été menées, dont un forum régional « Europ'Emploi » à Sélestat le 29 octobre 2002, au moment du lancement de la campagne. Des fiches techniques ont été éditées à destination des différents publics cibles. Cette initiative, qui décline localement la campagne nationale, se poursuivra en 2003.

Enfin - nouveauté de l'année 2002 - la parution du journal interne des services *Bleu de travail* donne un nouvel élan à la communication interne entre les trois directions (DRTEFP, DDTEFP du Bas-Rhin et du Haut-Rhin). Ce journal est rédigé directement par les membres de son comité de rédaction, regroupant des agents de toutes catégories. Trois numéros sont sortis en 2002.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	1 761 506 (14)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	27 545
Nombre de naissances domiciliées en 2001	22 518
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	8,0
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	38
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	7 825
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	114
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	79
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	82,8
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	14,9
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	8,5
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,0
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,4
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	17 506

SANTÉ/SOCIAL

Une vaste campagne de vaccination contre la méningite

En 2002, les départements des Hautes-Pyrénées, des Pyrénées-Atlantiques et des Landes ont dû faire face à des infections invasives à méningocoques du groupe C, en nombre plus élevé que dans le reste de la France.

Dans le cadre des instructions ministérielles du 9 octobre 2002, une campagne de vaccination contre la méningite a donc été lancée. Elle s'est déroulée dans les départements des Landes et des Pyrénées-Atlantiques du 21 octobre au 21 décembre 2002. Plus de 78 % de la population cible (jeunes de 2 mois à 20 ans, adultes de 21 à 24 ans vivant ou travaillant dans une collectivité) a été vaccinée dans les délais prévus.

Cette campagne s'est déroulée de façon satisfaisante grâce aux professionnels et aux services ayant assuré les vaccinations (médecins libéraux, services de santé scolaire et de PMI), mais aussi grâce à la mobilisation des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), des organismes de sécurité sociale - qui ont fourni les fichiers des assurés - et des pharmaciens, chargés de délivrer les vaccins.

Mobilisation contre la pollution du Prestige

Les services santé-environnement de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les 3 DDASS concernées (Gironde, Landes et Pyrénées-Atlantiques) ont été mobilisés fin novembre avant l'arrivée du fioul sur le littoral français. En collaboration avec la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE), ils ont coordonné les différentes actions menées dans la région et dans la zone sud-ouest. Parmi ces actions figurent notamment :

- la participation aux cellules de crise et la réalisation d'un « point-zéro » avant l'arrivée de la pollution ;
- la diffusion de recommandations sanitaires (protection des intervenants) et le recueil des incidents survenus ;
- l'évaluation des risques résiduels après dépollution en vue de la réouverture des plages et des baignades pour la saison estivale.

Lutte contre la légionellose au centre hospitalier de Sarlat

En juillet 2002, la DDASS de Dordogne a été destinataire de 35 déclarations obligatoires de légionellose. Sur ces 35 déclarations :

- 21 sont des cas certains, dont 4 décès ;
- 2 sont des cas probables ;

- 8 sont des cas possibles, dont 2 décès ;
- 4 cas n'ont pas été identifiés comme des cas de légionellose.

Sur les 31 cas certains, probables ou possibles :

- 21 étaient des cas nosocomiaux ;
- 5 étaient des individus résidant à proximité du centre hospitalier ;
- 5 personnes s'étaient rendues à l'hôpital pour une consultation ou une visite ;
- 17 étaient des hommes et 14 des femmes ;
- La moyenne d'âge était de 78 ans (38-94 ans).

Des investigations épidémiologique et environnementale ont été initiées par la DDASS, le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de l'hôpital de Sarlat, le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) du Sud-Ouest, la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) d'Aquitaine et l'institut de veille sanitaire (InVS), afin d'identifier une source commune de contamination et de proposer des mesures de contrôle. Ces investigations ont permis d'orienter l'enquête vers les tours aéro-réfrigérantes de l'établissement. En août, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a permis au centre hospitalier de retrouver toute son activité : elle l'a en effet autorisé à exploiter un nouveau dispositif réfrigérant autonome, permettant aux blocs chirurgicaux et obstétricaux de redevenir opérationnels.

Réquisition des médecins

En raison de la grève des médecins à la fin de l'année 2001, des réquisitions ont eu lieu entre novembre 2001 et mai 2002. Elles ont concerné de nombreux secteurs pour les week-ends et les gardes de nuit. Cette grève s'est poursuivie aussi longtemps que les accords sur les conditions d'exercice et le relèvement des tarifs n'ont pas été reconnus officiellement.

Une nouvelle sectorisation médicale regroupant des secteurs, ainsi que l'approbation de l'avenant numéro 10 à la convention nationale des médecins généralistes (approuvé par arrêté ministériel du 28 juin 2002), ont mis un terme à ce mouvement.

Renforcement de l'organisation zonale de défense

La zone sud-ouest a été l'une des premières à recruter un coordinateur zonal, en août 2002. Celui-ci est chargé de conseiller, animer et coordonner un réseau constitué par les intervenants des DDASS de la zone, mais aussi de créer des réseaux d'experts adaptés.

Pour aider les départements dans leurs missions et renforcer le dispositif, 3 médecins « biotox-événements exceptionnels » ont été affectés sur la zone sud-ouest.

Mise en place de l'ARIT dans les services

Dans les services déconcentrés DRASS/DDASS d'Aquitaine, l'application des 35 heures s'est traduite par la mise en place, en juin 2002, des horaires variables et d'un dispositif de gestion automatisée du temps de travail.

Elle a aussi donné lieu à l'élaboration d'un règlement intérieur pour chaque direction et à un équipement en matériels et logiciels de gestion du temps. Des formations ont été organisées en faveur des personnels et des actions d'accompagnement mises sur pied, afin d'aider les services à mettre en œuvre des nouveaux cycles horaires.

Un guide d'utilisation a été remis à chaque agent pour la gestion automatique de ses congés et la consultation de son compte.

Montée en charge de l'antenne de Bayonne

Deux services sont désormais représentés dans cette antenne, implantée à Anglet : santé/environnement et RMI. En outre, les personnels en charge de la gestion du fichier ADELI ont rejoint ces locaux. Pour conforter le fonctionnement de ces services, 4 postes ont été accordés en 2002 :

- un directeur-adjoint ;
- un inspecteur ;
- un ingénieur d'études sanitaires ;
- un adjoint administratif.

Succès de la visioconférence en Aquitaine

Depuis avril 2002, la visioconférence fonctionne en Aquitaine. Après les premières réticences observées, elle est de plus en plus sollicitée et les perspectives d'utilisation sont encourageantes. Le premier bilan est donc positif : de bonnes habitudes ont été prises, avec une meilleure préparation des projets en amont et une plus grande maîtrise du fonctionnement technique.

Mise en place de la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE)

La CIRE d'Aquitaine a été créée en juin 2002, avec l'arrivée d'un médecin inspecteur de santé publique. L'objectif est double :

- reprendre une partie des actions programmées par la CIRE de Midi-Pyrénées ;
- procéder à son installation matérielle et mettre en place des relations partenariales avec ses interlocuteurs, en particulier avec les services déconcentrés.

Le bilan du programme de travail 2002 a porté sur :

- les actions programmées : reprise des actions de la CIRE de Toulouse, notamment au niveau de la pollution du site industriel de Lacq et de la suspicion d'agrégat spatio-temporel d'hémopathies malignes dans une commune rurale ;

- les actions non programmées : soutien, en juillet 2002, à l'investigation d'une épidémie de légionelloses à l'hôpital de Sarlat ; aide à la campagne de vaccination contre la méningite à méningocoque C ; participation à l'identification du problème d'infection d'hépatites C chez des patients d'un médecin bordelais pratiquant des scléroses variqueuses ; élaboration d'une fiche de surveillance des incidents liés aux actions de dépollution du Prestige ; élaboration de partenariats privilégiés et de partenariats ponctuels (services déconcentrés, structures hospitalières et d'épidémiologie).

Réforme de la tarification des EHPAD

Après une montée en charge difficile durant les deux premiers exercices, l'année 2002 témoigne d'une progression dans la démarche de conventionnement en Aquitaine.

En effet, les négociations départementales ont abouti à la signature de 62 conventions, dont 17 signées au cours du premier semestre et 45 au cours des 6 derniers mois de l'année. Au 31 décembre 2002, la région compte 88 conventions tripartites signées depuis le début de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ceci représente un taux de conventionnement de 12,75 % et un montant de crédits alloués aux départements de 21 100 551 €, dont 10 965 875 € en 2002.

Centres primaires d'assurance maladie (CPAM) et mutuelles

Conformément aux directives nationales, la DRASS a évalué trois caisses primaires d'assurance maladie sur six (Pau, Périgueux et Agen). Cette évaluation - qui a notamment porté sur la qualité des services (accueil physique et téléphonique) - a permis de constater que la démarche objectifs/résultats était approuvée par les équipes de direction et les cadres.

À la fin de l'année 2002, 122 mutuelles avaient été enregistrées au registre national des mutuelles : 23 d'entre elles ont déposé un dossier d'agrément pour effectuer des opérations d'assurance.

Formation des représentants des usagers des hôpitaux

À la fin de 2002, à l'initiative de la DRASS d'Aquitaine et de l'ARH, une formation de deux jours a été organisée dans deux établissements hospitaliers de la région (Mont-de-Marsan et Bordeaux), à l'intention des représentants des usagers dans les conseils d'administration des hôpitaux.

La formule retenue a associé des présentations théoriques sur la politique hospitalière et le droit des malades, à des ateliers sur des thèmes comme le rôle de l'information de l'utilisateur dans la politique de l'établissement.

Les participants de ces journées se sont montrés très satisfaits du contenu de la formation et des échanges qui ont eu lieu. Ils ont pu mieux se connaître sur un

secteur géographique, mais aussi mieux identifier les acteurs régionaux du système de santé. Cette démarche sera poursuivie en 2003.

Schéma d'organisation sanitaire : l'exemple d'Agen-Nerac

Dans le cadre de la préparation du schéma d'organisation sanitaire 2004-2009, la DDASS du Lot-et-Garonne a conduit une réflexion sur le territoire d'Agen-Nerac, en vue d'élaborer une stratégie de santé à partir de besoins prioritaires identifiés. Cette démarche a été demandée par l'ARH d'Aquitaine, avec le soutien de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

Il s'agit de prendre en compte à la fois :

- la dimension de santé publique couvrant les champs de santé et du social ;
- les besoins de santé, grâce à une coopération plus étroite et mieux organisée entre les acteurs du système de santé local ;
- la notion de démocratie sanitaire, en associant les usagers à la réflexion et aux actions menées.

Un travail spécifique a été effectué au sein de groupes de réflexion, rassemblant des représentants de l'Éducation nationale, de l'assurance maladie, du conseil général et de l'État. Les recommandations issues de ces travaux concernent l'organisation des soins et la structuration d'actions de prévention. Elles seront appliquées dans le même esprit participatif.

Mise en place d'un plan régional d'investissement hospitalier

Dès 2002, l'ARH d'Aquitaine a mis en place un groupe de travail chargé :

- de recenser les opérations d'investissement les plus stratégiques au niveau régional ;
- d'établir des critères régionaux pour déterminer précisément les opérations nécessitant une prise en charge des surcoûts de groupe 4 ;
- de déterminer des priorités régionales entre les opérations jugées les plus stratégiques ;
- d'évaluer les modalités exactes de calcul des surcoûts d'exploitation résultant de l'investissement ;
- de renforcer l'adéquation entre les opérations d'investissements proposées et les besoins exprimés et validés par l'ARH.

Ce groupe de travail a réuni les membres habituels de l'ARH (DRASS, DDASS, CRAM, collaborateurs du directeur de l'ARH) et les responsables de la mission d'études économiques et financières du trésor public (MEEF). En 2003, son fonctionnement sera élargi à quelques partenaires hospitaliers.

Son action s'est traduite par la mise en place d'un tableau régional des investissements hospitaliers aquitains prioritaires, la diffusion des critères d'éligibilité des opérations proposées à tous les hospitaliers, un calibrage précis (durée d'amortissement, frais financiers...) des surcoûts de groupe 4 susceptibles d'être pris en charge et une analyse affinée des programmes des travaux les plus importants.

Ce bilan, ainsi que la contribution forfaitaire de chaque établissement sous dotation globale - à hauteur de 0,2 % de son budget - aux investissements prioritaires de la région, témoignent de l'intérêt porté par l'ARH à la préservation et au développement de l'investissement hospitalier.

Mise en œuvre du projet Télésanté

À l'issue d'une étude menée de septembre 2001 à mai 2002, le projet Télésanté Aquitaine a été mis en place en octobre 2002. L'objectif majeur est de créer une plate-forme régionale de services e-santé, dont les missions seront de :

- favoriser l'information du patient ;
- faciliter les échanges entre professionnels de santé ;
- permettre le partage des compétences entre professionnels de santé.

Ce projet réunit aujourd'hui environ 95 participants, qui représentent les partenaires institutionnels et de santé de la région à travers :

- quatre équipes fonctionnelles ;
- une équipe technique et logistique ;
- un comité de pilotage ;
- un comité éthique et scientifique.

Ce programme pluriannuel, prévu jusqu'en 2006, donnera lieu à un déploiement fonctionnel et technique progressif, basé sur un lotissement en versions successives (1^{er} module en septembre 2003, version 1 de la plate-forme au 1^{er} semestre 2004...). Son pilotage, qui associe notamment la préfecture de région et le conseil régional d'Aquitaine, nécessitera des évaluations annuelles, afin d'ajuster régulièrement les objectifs et les moyens correspondants.

Une action d'insertion des femmes dans la cité

L'action de l'association Promo-femmes est soutenue par la déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE). Elle souhaite favoriser l'insertion de femmes d'un quartier dans la politique de la ville, grâce à un accompagnement individualisé et l'accès à diverses activités et services comme :

- des ateliers d'alphabétisation et d'apprentissage du français ;
 - une permanence d'accueil et d'écoute : soutien administratif, aide à la recherche d'emploi ou d'un logement, accès aux droits, médiation scolaire... ;
 - une médiation socioculturelle et de santé ;
 - des stages pré-qualifiants : brevet de secouriste-sauveteur, arts ménagers et recherche d'emploi ;
 - des activités culturelles, avec réalisation d'objets de mémoire (photos, vidéo et CD) et participation aux actions culturelles du quartier (concerts, carrefours littéraires, Festival du conte, Arts de la rue ...).
- Ces activités sont animées par des médiatrices.

EMPLOI

L'Aquitaine : une des régions les plus créatrices d'emplois

En 2002, l'évolution de l'emploi en Aquitaine reste marquée par une croissance plus forte que la croissance nationale, tous secteurs d'activités confondus :

- 15 500 emplois ont été créés dans l'année, soit une augmentation de 2,3 % (contre + 0,8 % pour la France) ;
- 3 départements ont connu une croissance supérieure à l'évolution de la région : + 3 % dans le Lot-et-Garonne, + 2,4 % en Gironde et dans les Landes ;
- plus faibles en Dordogne (+ 1,1 %) et dans les Pyrénées-Atlantiques (+ 2,1 %), les taux de croissance affichent toutefois une progression supérieure à celle enregistrée au niveau national.

Par secteur d'activité économique, cette situation se traduit par :

- un effectif industriel aquitain fort de 148 400 salariés, malgré une perte de 2 700 emplois au cours de l'année ;
- un secteur de la construction marqué par un rythme de croissance annuel de + 1,8 % (contre + 0,8 % pour la France), avec plus de 1 100 créations d'emplois (environ 63 300 salariés au total) ;
- un secteur tertiaire toujours en pleine expansion, avec 17 000 créations d'emplois, soit + 3,6 % (contre + 2,2 % pour la France) et 484 200 salariés.

Parallèlement, le nombre de chômeurs depuis plus de deux ans a diminué de 14,6 % en 2002. Avec un effectif de 10 988 personnes, le taux de chômage des femmes a baissé de 17,8 %. En revanche, le retournement conjoncturel et la fin des créations emplois-jeunes expliquent la persistance du chômage des jeunes (- 4,97 %).

La réussite des femmes dans les métiers industriels en Aquitaine

La DRDFE, la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) de Gironde et la Fédération de la métallurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest (FMBSO) ont signé une convention-cadre en faveur de la promotion de l'emploi des femmes dans l'industrie.

Une opération a été menée avec Ford Aquitaine Industries : elle consiste à mettre en place un plan de qualification sur deux ans pour aider les femmes à acquérir et développer des compétences techniques. Un groupe ciblé de 9 femmes âgées de 30 à 47 ans, titulaires de CAP ou de BEP tertiaires et ne disposant pas de qualifications techniques, a suivi une formation en alternance. Les intéressées ont toutes été reçues aux épreuves du certificat de qualification paritaire de la métallurgie (CQPM) de « conducteur de système de production automatisée ». Elles sont désormais intégrées dans un cycle promotionnel qui reconnaît leur qualification et leurs compétences supérieures.

Cette initiative de Ford Aquitaine Industries et de sa

branche professionnelle devrait avoir valeur d'exemple pour d'autres entreprises de ce secteur, où l'emploi féminin est encore peu développé dans les métiers techniques. Elle devrait d'ailleurs être consolidée par la signature d'un contrat d'égalité avec Ford Aquitaine Industries au cours de l'année 2003.

Formation des salariés dans les très petites entreprises (TPE) en Aquitaine

Les TPE occupent une place importante dans l'économie et l'emploi régional. Avec 33 % des effectifs, elles placent l'Aquitaine au 4^e rang des régions françaises. Ces entreprises, créatrices d'emplois, sont peu sensibilisées à l'investissement en formation. Souvent livrées à elles-mêmes, avec un taux d'obligation-formation faible, elles sont rarement sollicitées par les conseillers entreprises des organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA), faute de moyens financiers et humains.

La Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), soucieuse de mettre en œuvre un plan d'action majoritairement destiné aux TPE et aux PME de moins de 50 salariés, a donc signé, à la fin de novembre 2001, un accord-cadre interprofessionnel d'engagement de développement de la formation professionnelle (EDDF) avec la CGPME et l'AGEFOS PME d'Aquitaine. Conclu pour quatre ans, cet accord répond à plusieurs préoccupations :

- développer l'investissement-formation dans ces entreprises ;
- mettre en œuvre un dispositif de formation diversifié et adapté, qui prend en compte la réalité des besoins et des contraintes des TPE ;
- abandonner la classique politique de guichet et s'inscrire dans une politique volontariste d'accompagnement de projets identifiés ;
- intervenir prioritairement dans le cadre d'actions conçues sous forme collective et proposer des parcours de formation de qualité ;
- rapprocher la formation des entreprises en territorialisant les actions ;
- mettre en place, dès l'amont, un dispositif d'évaluation assuré par un cabinet extérieur et destiné à fonctionner également en interne.

Quatre correspondants TPE, recrutés par l'AGEFOS PME dans le cadre du dispositif emplois-jeunes, visitent les TPE adhérentes. Leur rôle est de les informer, de les conseiller, mais aussi de les inciter à former des jeunes et des adultes, notamment à travers le dispositif d'alternance. La démarche, qui s'est considérablement enrichie, repose désormais sur une approche duale emploi-formation.

Sur les cinq grands axes d'intervention retenus dans le cadre de l'EDDF, trois sont particulièrement destinés aux TPE et PME de moins de 50 salariés. Les actions réalisées en 2002 font apparaître les résultats suivants : 199 entreprises concernées, 284 stagiaires (soit 1,5 par entreprise) et 11 701 heures stagiaires (soit 41 heures par stagiaire).

Validation des acquis par l'expérience (VAE) : un bon démarrage

La campagne nationale de communication sur la LVAE a été fortement relayée par la réimpression et la diffusion des supports de communication créés par le ministère : 15 000 dépliants, 1500 guides et 300 affiches.

En co-animation avec le conseil régional, et avec le concours du Centre d'animation et de ressources de l'information sur la formation (CARIF), une journée d'animation a été organisée en juillet 2002. Elle a accueilli 200 opérateurs et institutionnels de la région. Un numéro spécial de la revue de Travail @quitaine sera aussi diffusé en janvier 2003.

En partenariat avec le conseil régional, le réseau des points relais conseil-VAE (40 points dans les centres inter institutionnels de bilans de compétences) a été labellisé.

La cellule régionale inter-services VAE (support : CARIF/AREPA), également soutenue par le conseil régional, sera développée à partir de 2003.

Les premiers résultats d'activité des points relais conseil-VAE font apparaître un réel intérêt du public : près de 200 personnes ont été accueillies pour des demandes d'information et de conseil durant les premières semaines de démarrage en novembre et décembre.

Par ailleurs, concernant les titres du ministère (volet emploi), les CTV, appuyés sur cinq associations pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), ont été installés. Les premières sessions de certificats de compétences professionnelles (CCP) ont débuté en fin d'année. Elles ont essentiellement porté sur le titre « assistant de vie » et « agent de médiation information service ».

La campagne « éthers de glycol » en Aquitaine

Grâce à un partenariat entre la DRTEFP et la caisse régionale d'assurance maladie (GRAM) d'Aquitaine, un repérage des entreprises utilisant des produits contenant des éthers de glycol a été réalisé par les agents de contrôle de l'inspection du travail et les médecins du travail.

Un système de fiches de repérage a été mis en place. Celles-ci sont centralisées par le laboratoire d'analyse de la GRAM, qui les exploite avec le concours des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO). Au total, 1 996 fiches ont fait l'objet d'une analyse conjointe. Celle-ci a permis de définir les actions de prévention à mettre en œuvre, selon des critères d'utilisation comme la substitution, le mesurage, l'aspiration à la source, le port d'EPI...). Les préconisations, détaillées pour chaque entreprise, ont été adressées aux agents de contrôle, en vue d'interventions sur place. En outre, une plaquette sur les résultats de cette campagne a été adressée aux agents, aux partenaires sociaux et aux préventeurs. Elle permet d'établir des données régionales sur les branches professionnelles utilisatrices, les différents éthers de glycol manipulés et leurs modes d'utilisation. Cette action collective a été bien accueillie par les partenaires sociaux, qui y voient une démarche de prévention et d'explication utile pour clarifier un sujet sensible.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	2 941 938 (6)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	76 289
Nombre de naissances domiciliées en 2001	32 728
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	10,5
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	99
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	12 447
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	128
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	101
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	44,8
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	13,8
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	10,7
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,5
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,7
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	49 432

SANTÉ / SOCIAL

Les actions menées en 2002 par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de la région Auvergne répondent aux orientations de la politique nationale (DNO 2002), tout en prenant en compte la situation de la région. Celle-ci se caractérise par une population vieillissante et des indicateurs de santé et sociaux parfois préoccupants.

Amélioration de la sécurité sanitaire

Devant la forte augmentation des cas de méningites à méningocoque dans le Puy-de-Dôme (17 en deux mois), le ministre de la santé, après avis du comité technique des vaccinations, a lancé une campagne de vaccination à la fin du mois de janvier 2002. La forte mobilisation et l'excellente réactivité de l'ensemble des intervenants ont témoigné de l'efficacité du réseau local. Au total, 90 000 vaccinations ont été réalisées, avec un vaccin jamais utilisé jusqu'à ce jour en France (le méningitec).

Des actions de structuration ont été menées pour développer la lutte contre les pratiques addictives. En Haute-Loire, les permanences ont été étendues. Dans le Puy-de-Dôme, la mise en liquidation de l'Association d'aide aux toxicomanes a impliqué la recherche d'un nouvel opérateur. Dans les centres de détention de l'Allier, les prises en charge ont sensiblement augmenté.

Les actions de surveillance et de prévention sanitaire en direction des milieux de vie et de l'environnement ont également été renforcées. Ainsi, la connaissance de l'exposition à l'arsenic d'origine hydrique a été améliorée.

La lutte contre l'habitat indigne a été amplifiée, à travers l'instauration d'une journée régionale et une plus forte implication de chaque DDASS.

La volonté de mieux gérer le risque de légionelle dans les établissements de santé et chez les particuliers s'est notamment traduite par la sortie d'un guide, réalisé conjointement par la DRASS et la DDASS de l'Allier.

Par ailleurs, les textes et les fiches de procédure pour la prévention et la gestion des crises ont été regroupés et harmonisés, afin de mieux aider les agents d'astreinte en 2003.

Enfin, la mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE) agit

désormais dans le cadre d'un programme de travail riche et précis. Les services de stérilisation ont été réorganisés après la fermeture de la moitié d'entre eux. Les DDASS s'inscrivent désormais dans une démarche de qualité pour la prise en charge et la vigilance, particulièrement dans les cas de maltraitance. Plusieurs signalements ont été adressés au procureur.

Développement des programmes de santé

Les dispositifs de coordination dans le domaine des actions de santé sont désormais opérationnels.

La plate-forme de l'observation sanitaire et sociale permet de réaliser, avec de nombreux partenaires, des études servant de bases aux politiques menées.

Le comité régional exécutif des actions de santé réunit les financeurs régionaux et ceux du département du Puy-de-Dôme.

Le plan de santé régional a été élaboré, avec pour objectif la réduction de la surmortalité. Il permet de fédérer les stratégies des différents services de l'État, de l'assurance maladie et de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

En collaboration avec les DDASS et de nombreux autres partenaires, la DRASS a continué d'appliquer le programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS), ainsi que les programmes régionaux de santé (PRS) sur la lutte contre le cancer et contre l'abus d'alcool. Elle a également préparé le schéma régional d'éducation sanitaire.

Enfin, le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé sur la région.

Renforcement de l'offre de soins

En matière de planification sanitaire, la DRASS a piloté les volets psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, imagerie médicale et radiothérapie du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS). Des inspections ont été menées dans plusieurs établissements, dont le centre hospitalier de Riom (63), l'hôpital local de Craponne (43) et le centre de convalescence du Chambon (43).

Plusieurs projets d'établissements ont en outre été approuvés par le directeur de l'ARH : le centre hospitalier de Moulins (03), l'hôpital local d'Yssingeaux (43), le pôle de santé brivadois avec un rapprochement public-privé (43), le centre hospitalier du Puy (43) et le centre médical d'Oussoulx (43).

La coopération inter-hospitalière s'est également développée dans tous les départements.

Amplification de la lutte contre les exclusions

Cette année, la DRASS, correspondant régional de l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme, a mis en place un dispositif de pilotage structuré en ce domaine. Un service d'accueil et d'orientation a aussi été créé à Clermont-Ferrand.

L'accueil des demandeurs d'asile a, en outre, fait l'objet d'une attention particulière dans tous les départements. Des centres d'accueil pour les demandeurs d'asile (CADA) ont ouvert à Clermont-Ferrand et Cusset (03), ainsi qu'un accueil d'urgence des demandeurs d'asile (AUDA) à Vichy (03).

Aujourd'hui, le taux d'occupation des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et des appartements bénéficiant du régime d'allocation de logement temporaire (ALT) excède très souvent 100 %.

Vers une meilleure prise en charge des personnes âgées et handicapées

Une importante réflexion a été menée afin de définir une politique en faveur du maintien à domicile et de la lutte contre la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées. En 2002, les travaux préparatoires du programme régional de santé (PRS) correspondant ont été engagés.

Les efforts d'implantation des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) se sont poursuivis. Dans l'Allier, deux CLIC sont labellisés, tandis que deux autres sont en cours de labellisation. Dans le Puy-de-Dôme, quatre sites sont labellisés et un site pour la vie autonome est en cours de création. En Haute-Loire, le site existant s'est structuré en 2002 et sera ouvert aux usagers dès 2003.

Plusieurs schémas départementaux pour personnes âgées et handicapées ont également été élaborés et mis en œuvre en 2002 dans tous les départements.

Le dispositif Handiscol a, par ailleurs, permis de mieux adapter les prises en charge et de recenser tous les moyens permettant de préparer l'insertion professionnelle des jeunes.

À la fin de 2002, 14 % des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de la région, soit 50 structures, avaient signé une convention. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale, qui s'élève à 12 %.

Renforcement du dispositif de protection sociale

Dans le cadre des politiques régionales de l'État, la DRASS a poursuivi son objectif d'intégration des stratégies des organismes de sécurité sociale.

Les contrats pluriannuels de gestion, dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), et les schémas directeurs d'action sociale dans les caisses d'allocation

familiales (CAF) font désormais l'objet d'une évaluation renforcée.

Pour sa part, la mutualité a été réformée avec l'instauration des immatriculations, les pré-inscriptions en vue d'agrément et la création du comité régional consultatif de la mutualité.

Accroissement de l'offre de formation

Pour accompagner l'augmentation des quotas d'éèves infirmiers et aides-soignants, la DRASS a conçu et mis en ligne, sur le site Internet de la préfecture, un Guide des formations en travail social.

De nouveaux concours ont été créés pour les techniciens sanitaires et les attachés d'administration hospitalière.

Enfin, des places supplémentaires sont proposées dans les centres de formation de travailleurs sociaux, notamment pour l'aide à domicile.

Gestion des ressources

Cette année, le réseau régional et interdépartemental DRASS et DDASS s'est structuré à travers :

- la définition d'une charte de fonctionnement ;
- la préparation d'un premier programme de travail ;
- l'installation d'un dispositif de visioconférence ;
- la préparation d'un site Internet.

Par ailleurs, l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) a été mis en place. La DRASS, ainsi que les DDASS du Puy-de-Dôme et du Cantal, ont installé un système de gestion automatisé du temps. Les DDASS de l'Allier et de la Haute-Loire ont modernisé le leur.

La DRASS et la DDASS du Puy-de-Dôme, regroupées dans les mêmes locaux depuis mai 2001, ont fusionné les services ressources des deux directions au sein d'un secrétariat général. Celui-ci gère désormais le budget, la comptabilité, le personnel, la logistique, l'informatique, la communication et la documentation. À partir du 1^{er} janvier 2003, les deux budgets de fonctionnement n'en feront plus qu'un (Chapitre 34.98). Cette organisation, encore unique en France, a été encouragée par le ministère.

D'autres innovations ont également été menées à bien en 2002, comme la mise en place de la déconcentration des aides financières aux agents ou, en Haute-Loire, l'avancement du dossier d'extension et de modernisation des locaux, après négociation du conseil général avec les services.

Structuration des relations avec les établissements de santé

En 2002, l'ARH a structuré les modes de relations conventionnelles avec les établissements de santé, notamment sur les aspects humains et financiers.

Ainsi, au-delà de la mise en œuvre des politiques induites par le protocole d'accord du 14 mars 2000 (amélioration des remplacements et soutien à la promotion professionnelle, lutte contre les phénomènes de violence...), les démarches engagées, depuis 2001, auprès des établissements visent à harmoniser les différents objectifs poursuivis autour d'un axe fort : le projet social.

Dans le cadre de la procédure fixée par la circulaire du 3 juillet 2001, trois avenants aux contrats d'objectifs et de moyens (COM) ont été signés. Ils permettent d'attribuer des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé en vue de financer les actions inscrites dans le projet social. Douze protocoles de financement ont été signés avec des établissements ne disposant pas de COM, afin qu'ils bénéficient de ces financements. Au total, 401 244 € avaient été répartis au 31 décembre 2002. Ce montant correspond à 62 % des crédits disponibles.

En matière budgétaire et financière, une méthodologie permettant d'améliorer la connaissance des situations individuelles des établissements a été mise en place. Elle constitue un préalable indispensable au développement de la politique conventionnelle. L'objectif est notamment d'assurer la cohérence entre l'étude des situations des établissements d'une part, et, d'autre part, l'instruction des projets d'établissements et la négociation des contrats d'objectifs et de moyens.

En étroite collaboration avec les services déconcentrés de l'État et dans le cadre de la procédure d'approbation des programmes d'investissements, des plans de soutien à l'investissement ont donc été élaborés. Ils ont été intégrés aux contrats d'objectifs et de moyens, ou ont fait l'objet de protocoles financiers signés entre les établissements et l'ARH.

En matière de soutien budgétaire, des rencontres directes ont eu lieu avec les établissements afin de définir des engagements réciproques. Cette procédure a abouti à la signature d'un protocole actant les engagements et prévoyant une évaluation du dispositif mis en œuvre.

En 2002, treize protocoles portant sur un soutien à l'investissement et/ou sur un appui budgétaire et financier ont été signés. Ils ont permis d'accélérer l'approbation des programmes d'investissements et l'engagement des établissements dans la contractualisation.

Par ailleurs, l'ensemble des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé privés a été renouvelé en 2002, avec pour perspective la rédaction des annexes obligatoires en 2003.

Relance de l'information sur la contraception en Auvergne

En concertation avec la DDASS et sous la présidence du directeur de cabinet, la CMD de l'Allier a créé un comité de pilotage départemental sur la

contraception en mars 2002. Celui-ci rassemble de nombreux acteurs locaux. Des lacunes ont été mises en évidence en matière de prévention et de prise en charge des échecs de contraception, notamment en milieu rural. Pour définir les actions à mettre en œuvre, un comité de pilotage restreint s'est constitué (CMD, DDASS, inspection académique et centre d'information sur les droits des femmes). Une brochure a été éditée en 2002, afin de présenter aux jeunes les méthodes contraceptives et les coordonnées utiles dans le département : 10 000 exemplaires ont été diffusés dans les établissements scolaires, les points d'information jeunesse et les missions locales. Le succès rencontré par cet outil, rapidement épuisé, a conduit les membres du comité de pilotage à décider d'une réédition au début de l'année 2003.

EMPLOI

L'activité des services déconcentrés d'Auvergne a été rythmée par la mise en œuvre de la loi de modernisation sociale, le projet 2003 de directive nationale d'orientation (DNO) et le débat concernant la décentralisation.

Développer et maintenir l'emploi

Les services régionaux et départementaux se sont particulièrement mobilisés, avec la DRASS, pour la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Dans un premier temps, l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) a été sollicitée par le service public de l'emploi régional (SPER), en vue d'effectuer un état des lieux préalable à une évaluation des besoins en emplois et en qualifications. Les conclusions, validées en comité technique régional et interrégional (CTRI), ont été soumises à l'avis des employeurs et des conseils généraux. Le conseil régional d'Auvergne et l'Assedic ont également été associés à cette démarche. À l'issue de cette étape, un plan régional emploi-formation a été adopté. Les perspectives, évaluées à 600 emplois équivalent temps plein, font l'objet d'un schéma régional d'intervention, piloté par le SPER et mis en œuvre par les services publics de l'emploi départementaux (SPED). Les actions de formation s'orientent vers :

- les salariés (mobilisation des engagements de développement de la formation), l'objectif étant de qualifier 40 % des personnels d'ici 2006 ;
- les demandeurs d'emploi, selon les compétences requises, en mobilisant la VAE dans les départements.

Le maintien de l'emploi s'est également traduit par la conclusion d'un accord entre la direction régionale du

travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) et la Caisse des Dépôts et Consignations. Celui-ci consolide les activités créées par le programme nouveaux services emplois jeunes (NSEJ). Au préalable, l'association régionale pour le développement rural (CELAVAR) a été missionnée pour travailler sur les diagnostics de territoire, afin de mettre en place des dispositifs locaux d'accompagnement (DLA). Cette démarche s'est également concrétisée par la création du Comité d'expansion économique du Puy-de-Dôme, chargé d'apporter son soutien à vingt associations. Dans l'Allier, ACTIF 03 permettra à huit associations de consolider leurs activités.

Enfin, en matière de développement durable, plusieurs actions ont été engagées, cofinancées par le contrat plan État/région (CPER) :

- la création d'un réseau d'accueil pédagogique valorisant des pratiques d'agriculture durable à Aurillac ;
- l'émergence d'un contrat territorial collectif dans l'Allier, regroupant des agriculteurs afin de limiter l'utilisation des engrais chimiques ;
- le développement d'une politique d'éducation à l'environnement sur le Haut-Livradois et la journée agriculture et paysage en Emblavez.

Favoriser l'accès à l'emploi

Le CTRI est à l'origine d'une démarche prospective qui permet d'évaluer, dans chaque département et par secteur d'activité et catégorie professionnelle, les potentialités de départs à la retraite dès 2006. Réalisée avec l'INSEE et poursuivie dans le cadre de l'Observatoire régional emploi formation (OREF), cette analyse démographique a pour but de définir les besoins immédiats et de les confronter aux ressources humaines disponibles : actifs, demandeurs d'emploi, jeunes sortant du système scolaire. Cette investigation, qui se poursuivra en 2003, vise également à orienter les politiques locales de l'emploi et de la formation professionnelle des SPED et à préparer l'accès aux emplois qui vont se libérer.

Le schéma régional pour la formation des travailleurs handicapés - mis en place il y a dix ans par le conseil régional, État et l'AGEFIPH - a accueilli en formation 878 bénéficiaires, accompagnés dans leurs parcours d'insertion par 200 référents. Parallèlement, l'Observatoire régional pour l'emploi de ces publics permet d'évaluer la pertinence des politiques mises en œuvre, notamment à travers des programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH).

Garantir les droits des salariés

En matière de sécurité, et au-delà des actions prioritaires, l'accent a été mis sur le rôle et les missions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Avec l'appui du médecin inspecteur régional du travail (MIRT), les inspecteurs et contrôleurs du travail sont notamment intervenus pour promouvoir la formation des membres du CHSCT. Ils se sont aussi mobilisés pour impliquer les CHSCT dans l'évaluation des risques professionnels.

Le résultat de ces actions a donné lieu à l'organisation d'un forum à Thiers (63) : « CHSCT, dialogue social et évaluation des risques professionnels ».

Développer les compétences tout au long de la vie

La promotion du droit à la VAE est une préoccupation des services. Avec le conseil régional, un site Internet accessible à tous les publics a été créé (www.validation-auvergne.org).

Un groupe de travail a également été mis sur pied avec les valideurs publics. Il est chargé d'élaborer le cahier des charges de la prestation assurée par les points d'information conseil en VAE.

Par ailleurs, en accord avec le conseil régional, un schéma d'organisation comprenant un centre de ressources, appuyé sur le Centre d'animation et de ressources pour l'information sur la formation (CARIF), a été mis en place. Il est chargé d'animer le réseau des informateurs traditionnels (agences locales pour l'emploi, missions locales...), le réseau des conseillers en VAE basés dans les centres inter-institutionnels de bilan de compétences (CIBC) et les personnes référentes désignées par chaque valideur.

Pour leur part, les services et la Fédération régionale du bâtiment ont développé, à titre expérimental, un projet de formation à distance des chefs de chantier. Quatre entreprises - une par département - ont accepté de participer à cette opération.

Après une phase de diagnostic et d'ingénierie de formation, celle-ci a été diffusée sous forme modulaire à l'aide d'un logiciel (visiophonie) et par Internet. L'étape suivante consistera à étudier les conditions de transférabilité dans le cadre de la politique contractuelle.

Piloter et évaluer

Le pilotage et l'évaluation ont fait l'objet de nombreux échanges lors de l'examen du projet de directive nationale d'orientation (DNO) 2003.

La discussion a d'abord été lancée au niveau de chaque département, l'animation des débats incombant aux équipes de direction. Des groupes de travail régionaux ont ensuite été créés - à raison d'un par programme -, chacun d'eux devant formaliser par écrit les remarques les plus pertinentes. La DRTEFP a réalisé une synthèse de ces contributions, transmise à la direction de l'administration générale et de la modernisation des services (DAGEMO), après discussion et avis du CTRI.

Cette méthode très participative a enrichi la réflexion collective sur la finalité des actions conduites au niveau régional et départemental. Elle a aussi favorisé l'appropriation d'une démarche par objectifs et l'intégration des dimensions contrôle de gestion, pilotage et évaluation, qui seront mises en place en 2003.

Un recueil d'outils sur l'égalité professionnelle en Auvergne

Afin de valoriser les résultats obtenus et de donner une image dynamique des acteurs d'Auvergne, la Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) a décidé de répertorier et de mettre en valeur les actions les plus porteuses en termes d'égalité professionnelle.

Toutes les démarches contribuant à créer une culture de l'égalité et démontrant la qualité du partenariat des acteurs de terrain sont désormais regroupées dans un document intitulé Les clés pour l'égalité entre les femmes et les hommes. Destiné à être régulièrement complété, ce support est composé de trois volets : un recueil de chartes et de protocoles, un descriptif des bonnes pratiques et un recueil d'outils méthodologiques.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	1 310 934 (19)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	33 684
Nombre de naissances domiciliées en 2001	13 905
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	11,3
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	41
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	5 658
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	111
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	68
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	78,4
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	14,9
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	10,5
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,6
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	4,2
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	16 726

SANTÉ/SOCIAL

Sécurité sanitaire

Cette année, la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRES) a été sollicitée dans les domaines suivants :

- saturnisme ;
- champs électromagnétiques ;
- impact sanitaire des pollutions industrielles (rejets d'usines d'incinération d'ordures ménagères) ;
- toxi-infections alimentaires collectives ;
- méningites ;
- légionellose ;
- listériose ;
- charbon ;
- tuberculose ;
- leptospirose.

Les pharmaciens inspecteurs ont également réalisé les enquêtes relatives aux autorisations d'ouverture des stérilisations des établissements de santé sur 46 sites. Une cellule régionale « Biotox » de prévention des risques sanitaires liés au bio-terrorisme et de gestion des situations de crise a par ailleurs été mise en place, avec un médecin inspecteur de santé publique.

Développement des programmes de santé

La consultation régionale préparatoire à la loi d'orientation en santé publique a mis l'accent sur les priorités de santé suivantes :

- la lutte contre les facteurs de mortalité prématurée : 1 760 Bourguignons sont concernés chaque année ;
- la nécessité de cibler les besoins de santé par tranches d'âges ;
- l'amélioration du système d'observation de la santé.

L'évaluation du premier programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS) 2000-2002 a permis de mettre en évidence l'efficacité des acteurs de santé de l'Yonne. Ceux-ci constituent en effet le lien indispensable entre les personnes en difficulté et le système d'offre de soins. Ils participent également à l'émergence de réseaux entre les professionnels du secteur sanitaire et du secteur social.

Outre les priorités de santé ciblées sur les pathologies et les populations - qui font le plus souvent l'objet d'un programme régional de santé (PRS suicide, personnes âgées, PRAPS, sida, périnatalité ...) - une réflexion sur la mise en place d'un service public d'éducation pour la santé a vu le jour en 2002. Élaboré à partir des attentes des professionnels de la prévention, ce service s'inscrit dans l'esprit du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS). Cinq domaines d'intervention ont été définis :

- l'éthique en éducation pour la santé ;

- la formation ;
- la coordination des financeurs ;
- la mise en réseau des acteurs ;
- le développement de l'évaluation.

D'autres actions ont été initiées ou poursuivies tout au long de l'année :

- mise en œuvre du plan régional de dépistage du cancer du sein et expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal en Côte-d'Or et en Saône-et-Loire ;
- formation des personnels des unités de soins en médecine pénitentiaire au repérage des conduites addictives chez les détenus et à la prévention des risques liés aux virus SIDA et hépatites ;
- coordination des vigilances (hémovigilance, infections nosocomiales, pharmacovigilance, matériovigilance) ;
- mise en place d'un collège de soins palliatifs ;
- signature d'une charte avec le rectorat pour renforcer le suivi des enfants après le bilan de 6 ans.

Un système d'information géographique interdépartemental et régional « eau et santé » a par ailleurs été créé en collaboration avec les MISE. Le groupe « air et santé » a mis en œuvre un programme de travail sur la qualité de l'air dans les locaux accueillant le public.

À destination du corps médical et du grand public, il a également mis sur pied une action de sensibilisation et d'information sur la prévention des allergies liées aux pollens.

Les professionnels du bâtiment ont, pour leur part, été formés à la prévention des risques liés aux légionelles et au plomb dans les réseaux d'eau.

Enfin, des actions de sensibilisation des jeunes aux risques auditifs liés à l'écoute de musiques fortes ont été organisées en Saône et Loire. Elles seront prochainement étendues à la région.

Dotation et organisation hospitalières

La dotation régionale au profit des établissements sanitaires publics et privés participant au service public hospitalier a progressé de 5,4 %. La péréquation reste favorable à la Bourgogne (3,5 M€.).

Le volet psychiatrie du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) a été définitivement adopté. Il prévoit notamment de réorganiser le dispositif de sectorisation psychiatrique, avec les objectifs suivants :

- favoriser la prise en charge ambulatoire et les alternatives à l'hospitalisation ;
- développer la psychiatrie de liaison à l'hôpital général et mieux prendre en compte les urgences psychiatriques ;
- renforcer la prévention en remplaçant les plateaux techniques en psychiatrie infanto-juvénile ;
- réduire les inégalités entre secteurs.

La Bourgogne fait également l'objet d'un important programme d'investissement régional (PIR). Celui-ci prévoit notamment des opérations comme la reconstruction du CHRU de Dijon, la reconstruction des hôpitaux de Chalon, de Paray-le-Monial et d'Autun, ainsi que du CHS de l'Yonne. Le montant prévisionnel des travaux est de l'ordre de 500 à 600 M€.

Le programme du Fonds d'investissements pour la modernisation des hôpitaux (FIHMO) permet d'accompagner le financement de cinq opérations de travaux, d'un coût total de 79 M€.. Ces opérations concernent la construction d'une unité de psychiatrie à l'hôpital de Mâcon, la reconstruction du CHS de l'Yonne et de l'hôpital de Paray-le-Monial, le réaménagement du plateau technique de Sens, la construction du service de soins de suite et de réadaptation de Montbard, ainsi que l'informatisation du dossier patient au CHRU à Dijon.

Recrutement et formation des professionnels de santé

Cette année, 4 115 candidats se sont inscrits pour intégrer une formation paramédicale, dont 3 603 ont opté pour le diplôme d'état d'infirmier. Sur 848 élèves effectivement rentrés en formation, 693 suivent la filière infirmière.

Un institut de formation privé en soins infirmiers de 45 places a été ouvert par la Croix-Rouge. Les capacités des écoles de formation d'aides soignantes sont, pour leur part, passées de 319 à 420 places, avec pour objectif de pourvoir les nouveaux postes liés à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Par ailleurs, 98 personnes ont validé leurs connaissances d'aides opératoires et d'aides instrumentistes.

Lutte contre les exclusions

La mise en perspective régionale des schémas de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion a permis de définir trois axes de travail :

- l'élaboration d'un référentiel régional sur le contenu minimal d'une prise en charge en CHRS ;
- l'amélioration des outils de pilotage (tableaux de bord) pour optimiser la répartition de l'enveloppe régionale ;
- la mise en place d'actions de santé en relation avec le programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS).

Le schéma régional des professions sociales a été adopté en juillet 2002. Dans le contexte national de mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la création du nouveau diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale a engendré une importante réflexion, associant l'ensemble des partenaires, en vue de la professionnalisation et de la qualification des emplois d'aides à domicile. Une charte devrait être prochainement signée entre l'État, le conseil régional et les conseils généraux. Une première promotion de 18 personnes est entrée en formation dès 2002 sur la Côte d'Or.

Personnes âgées et personnes handicapées

Dans le cadre de la poursuite de la réforme de la tarification, 45 nouvelles conventions tripartites ont été signées en 2002 pour la médicalisation des établissements.

À la fin de 2002, 17 centres locaux d'information et de coordination (CLIC) étaient labellisés, dont 6 en Côte d'Or, 2 dans la Nièvre, 5 en Saône et Loire et 4 dans l'Yonne. Huit autres sont en projet.

En outre, dans le cadre du contrat de plan état région (CPER), une autorisation de programme de 1,26 M€, a été attribuée pour la première tranche de la réhabilitation du centre de soins de longue durée de Luzy, la reconstruction du foyer à double tarification de Vézelay et le réaménagement des maisons de retraite de Saint-Pierre-le-Moûtier et de Pignelin.

Enfin, 91 places nouvelles ont été créées en service de soins à domicile, ainsi que 47 en accueil de jour et 20 en hébergement temporaire pour les personnes âgées. Les personnes handicapées bénéficient pour leur part de 97 places supplémentaires.

Efficacité renforcée du dispositif de protection sociale

L'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie 2000-2003 a été menée sur les caisses primaires d'assurance maladie de la Côte d'Or et de la Saône-et-Loire. Des évolutions très positives ont été constatées en matière de qualité du service rendu et d'efficacité des remboursements (progression des feuilles de soins électroniques grâce à Sésame VITALE). Ces évaluations ont donné lieu à une restitution interrégionale Bourgogne-Franche Comté.

Le contentieux technique a enregistré 1 623 recours, soit une augmentation de 3,71 % par rapport à 2001. Pour sa part, l'activité du contentieux général est en baisse. Sur une période de cinq ans, cette baisse significative peut s'expliquer par la diminution des dossiers liés au mouvement d'opposition du comité de défense des commerçants et artisans (CDCA).

Capacités d'action multipliées

L'utilisation fréquente de la visioconférence avec les sites les plus éloignés du chef-lieu a facilité les réunions et favorisé l'interdépartementalité. Le site Internet de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et de la direction régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) a été enrichi, notamment sur les thématiques de santé publique, de santé environnementale et de statistiques. Il enregistre 7 000 visites mensuelles.

Le projet de regroupement immobilier des services de la DRASS avec ceux de la DDASS et de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), dans la ZAC Champollion du quartier des Grésilles, s'est concrétisé avec la finalisation du programme technique détaillé et du montage juridique et financier de l'opération.

La mission régionale et interdépartementale d'inspection et de contrôle (MRIICE) a permis de contrôler, en partenariat étroit avec les DDASS, 20 structures (établissements pour enfants et adultes handicapés, maisons de retraite) au titre de l'action sociale et médico-sociale. Parmi celles-ci, 18 relèvent du programme de prévention et de repérage des risques de maltraitance envers les personnes vulnérables.

La MRIICE a également participé, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion, à l'inspection de 12 établissements ou services, ainsi qu'à un audit et à l'évaluation d'un organisme de sécurité sociale.

Recomposition de l'offre de soins hospitalière

En 2002, la recomposition du système hospitalier bourguignon s'est poursuivie, dans l'objectif de concilier sécurité et accès aux soins. Deux opérations de restructuration significatives ont été conduites sous l'égide de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) :

- la réorganisation de l'offre de soins privée sur l'agglomération dijonnaise, avec le transfert de la maternité de la clinique de Chenôve sur la clinique Sainte Marthe (plus de 3000 accouchements) et la création d'un service d'urgences à la clinique de Chenôve, en collaboration avec le CHU de Dijon ;
- la transformation de la maternité du centre hospitalier d'Avallon (250 accouchements) en centre périnatal de proximité.

Par ailleurs, en termes de planification, la carte sanitaire et le volet « psychiatrie et santé mentale » du SROS ont été révisés en juillet 2002. Plusieurs grandes orientations ont été définies :

- réduction des inégalités interdépartementales ;
- prise en charge psychiatrique aux urgences ;
- prise en charge des adolescents et des patients chroniques.

La carte sanitaire des équipements matériels lourds a également été révisée en juillet 2002, afin de tenir compte des nouveaux indices nationaux.

En matière de promotion de réseaux, l'ARH et l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) ont préparé les conditions de mise en œuvre de la nouvelle procédure de financement régionalisée, avec la création d'une cellule régionale d'appui aux réseaux et l'élaboration d'un guide des promoteurs. 40 % de la dotation régionale pour le développement des réseaux (DRDR) 2002 (240 000€.) ont été répartis entre cinq réseaux.

Enfin, des maisons médicales ont commencé à voir le jour à proximité des services d'urgences à Dijon, au Creusot et à Mâcon.

Priorités de santé publique et qualité des soins

Dans ce domaine, l'ARH a mis l'accent sur :

- la prise en charge des soins palliatifs, avec l'accompagnement financier des équipes mobiles et la

structuration d'un réseau de soins palliatifs en Bourgogne ;

- la prise en charge des personnes âgées, avec l'identification de 7 centres référents en gériatrie ;
- la lutte contre les pratiques addictives, avec le soutien au développement d'unités d'addictologie au sein des établissements ;
- le développement de la prévention au sein des établissements de santé, avec la mise en place d'un comité régional sur la prévention et l'éducation et un appel à projets.

En matière de qualité des soins, l'ARH a réalisé un effort important sur la politique du médicament, afin de responsabiliser les médecins prescripteurs et d'améliorer les prescriptions.

Allocation des ressources

La dotation régionale hospitalière bourguignonne a progressé de 5,40 % en 2002, ce qui représente 56,4 M€ de moyens supplémentaires, hors crédits ARTT. Les mesures régionales nouvelles ont principalement concerné les remises à niveaux, les investissements, les postes médicaux, la sécurité sanitaire, la gériatrie, la psychiatrie, la qualité et la complémentarité.

Une politique active de contrôle de gestion a été amorcée, avec un objectif de retour à l'équilibre budgétaire pour les établissements en situation de report de charges.

En matière de contractualisation, la négociation de trois contrats d'objectifs et de moyens a été engagée avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Dijon, le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône et le centre hospitalier de Mâcon. Une journée régionale de réflexion a été organisée le 27 novembre 2002, en présence du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Il s'agissait de lancer la campagne de signature des contrats d'objectifs et de moyens inter-établissements, permettant la mise en place de projets médicaux par territoire de santé.

Pour les établissements privés, les tarifs ont été modulés en fonction de quatre critères : place de la clinique dans l'offre de soins et réponse aux besoins, qualité et sécurité des soins, coopération et complémentarité, réduction des inégalités tarifaires.

Dialogue social et ressources humaines

Depuis le 1^{er} janvier 2002, l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) s'applique aux personnels de la fonction publique hospitalière, avec la création de 247 postes équivalents temps plein (ETP). L'ARTT a également été mise en œuvre pour les personnels médicaux, dans une logique d'affectation des moyens par territoire de santé. À ce titre, des aides ont été allouées à la revalorisation des déplacements en astreinte, au paiement de jours RTT et à la prime d'engagement.

Information sur la contraception

En Côte d'Or, le comité de pilotage sur la contraception a soutenu la création d'une pièce de théâtre intitulée « Parlez-moi d'amour ». Créée par la Compagnie du Sablier en 2002, elle sera jouée tout au long de l'année 2003 devant des jeunes de 12 à 16 ans, dans les centres sociaux des collectivités locales ou dans les missions locales. Interprétée par des comédiens professionnels qui font participer le public, elle se présente sous la forme de cinq saynètes traitant des relations amoureuses et de la construction de la sexualité : « Savoir dire non », « Je l'ai fait », « C'est d'accord », « C'est ton problème » et « Mon cher tonton, je suis enceinte ».

À l'issue de cette représentation interactive, le centre de planification rappelle la loi, informe sur les méthodes contraceptives et sur l'IVG. Un dépliant est également distribué, avec les coordonnées et adresses utiles.

EMPLOI

Dans le cadre du processus de réforme de l'État lié à la mise en place loi organique du 1^{er} août 2001, la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) de Bourgogne joue un rôle d'expérimentation, avec la nomination d'un secrétaire général au sein du comité technique régional interdépartemental (CTRI).

Le lancement cette expérimentation, centrée sur la politique du travail (santé, sécurité et dialogue social), s'est accompagné d'une nouvelle approche budgétaire. Celle-ci permet de développer le contrôle de gestion, à travers la globalisation des crédits de fonctionnement, et de faire évoluer le fonctionnement du CTRI.

Au-delà de la régulation des ressources humaines, la préparation de la mise en œuvre de la directive nationale d'orientation (DNO) 2003 a été l'occasion d'approfondir et de concrétiser les notions de travail par objectifs et de mise en œuvre d'indicateurs.

Le processus ainsi engagé a conduit les services régionaux et départementaux à développer fortement leur expertise.

Réglementation du travail et développement des compétences

La politique de santé et de sécurité au travail a mis l'accent sur trois priorités :

- l'évaluation des risques professionnels ;
- les risques à effets différés ;
- les approches collectives ou partenariales.

Comme en 2001, les services ont continué d'aider les entreprises et les branches professionnelles à mieux mettre en œuvre la réglementation en matière d'évaluation des risques professionnels. Quatre forums départementaux « santé au travail » ont été organisés, afin de sensibiliser les employeurs aux risques à

effets différés et aux prérogatives des représentants du personnel. Par ailleurs, des travaux ont été menés par l'échelon régional pour favoriser cette démarche dans les PME, notamment dans le domaine des risques chimiques.

En matière de contrôle des situations de travail, les services régionaux et départementaux se sont mobilisés dans deux domaines correspondant aux priorités nationales : le contrôle des sites Seveso, en lien avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE), et le contrôle des garages automobiles.

Avec la perspective de l'expérimentation Moderfie-DNO, la mise en œuvre de diagnostics de territoire (départements et section d'inspections) dans la politique des relations de travail a été décidée sur l'ensemble des sections. Elle bénéficie d'un appui technique du service d'études, prospectives, évaluations et statistiques (SEPES), mais aussi de la sensibilisation des inspecteurs à leur rôle de chefs de services dans la mise en œuvre des priorités de la future DNO. Dans le même temps, le service développe un partenariat avec les branches professionnelles. L'objectif est double : élaborer la politique du travail ; maintenir et développer les compétences des salariés dans un contexte économique difficile.

Politiques d'emploi et de lutte contre l'exclusion

Dès le premier semestre, les services se sont fortement mobilisés pour atteindre les objectifs ambitieux du programme 2002 de lutte contre les exclusions et le chômage, en matière de contrats emploi solidarité (CES), de contrats emploi consolidés (CEC), ou stages d'insertion et de formation à l'emploi (SIFE) collectifs. Les résultats obtenus placent la région parmi les premières au niveau national. Ils illustrent la capacité des services déconcentrés, et plus largement du service public de l'emploi, à mobiliser les énergies, les compétences et les moyens pour les publics dont ils ont la charge dans le cadre des politiques nationales.

Cette mobilisation des services, dans un contexte de réduction des moyens de lutte contre les exclusions, a permis de définir de nouvelles mesures pour appuyer et renforcer cette politique, sous réserve de leur éligibilité et de leurs procédures propres.

Dans ce contexte, la Bourgogne bénéficie d'une situation exceptionnelle. Dans le cadre du Programme 17 du contrat plan État-Région (CPER), elle dispose en effet de financements importants au titre de l'économie sociale et solidaire : 426 858 € annuels à parts égales entre l'État et la Région. Leurs larges conditions d'éligibilité permettent d'accompagner les politiques d'emploi de l'État sous tous leurs aspects, notamment celui de la lutte contre les exclusions.

Cette approche devrait être particulièrement utile dans le contexte budgétaire de l'année 2003.

Formation de formateurs à la création d'entreprise en Bourgogne

Une formation « Etre ou ne pas être créatrice » a été développée en Bourgogne et inscrite dans les actions co-financées par la Région dans le cadre du contrat de plan État-Région 2000-2006.

Cette formation consiste à :

- identifier les potentialités personnelles et professionnelles des participantes ;
- appliquer la méthode pédagogique d'auto-évaluation ;
- appréhender le fonctionnement de l'entreprise ;
- mettre en place un travail individualisé sur le projet ;
- promouvoir des initiatives en lien avec le développement local ;
- rencontrer des personnes ressources spécialisées dans la création d'entreprise ;
- utiliser la vidéo pour analyser les comportements entrepreneuriaux.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	1 613 030 (16)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	42 358
Nombre de naissances domiciliées en 2001	18 156
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	10,8
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	56
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	7 034
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	103
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	65
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	45,4
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	17,1
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	8,1
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	4,6
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,9
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	17 345

SANTÉ, SOCIAL

Mise en place de la coordination de l'observation sanitaire et sociale

Prolongeant une coordination déjà engagée, l'ensemble des commanditaires de l'observation sanitaire et sociale ont décidé la création d'un comité régional en ce domaine. Cette démarche fait écho à la loi du 4 mars 2002, prévoyant la mise en œuvre de programmes régionaux de statistiques et d'études.

Ce comité regroupe les représentants de l'État, l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), les collectivités territoriales, l'union régionale des médecins libéraux (URML), les organismes de protection sociale... Son rôle est de :

- déterminer les orientations stratégiques de l'observation sanitaire et sociale locale ;
- recueillir et mettre en commun les informations et travaux existants et les communiquer ;
- arrêter les thèmes pertinents d'observation et d'étude et les répartir entre les cosignataires concernés ;
- valider les travaux réalisés et approuver la programmation, avec le concours d'experts.

Développement de la prévention des cancers

La généralisation du dépistage des cancers du sein est effective pour les quatre départements bretons, en partenariat étroit avec les conseils généraux. Trois associations de dépistage ont donc été créées (Morbihan, Côtes-d'Armor, Finistère), celle d'Ille-et-Vilaine étant déjà en place depuis deux ans. Elles ont toutes été financées toutes dans le cadre du contrat de plan État-Région, à hauteur de 75 000 € annuels par association.

Les médecins coordonnateurs ont été recrutés, ce qui a permis un démarrage rapide des campagnes.

Par ailleurs, un risque spécifique à la Bretagne (et aux autres régions granitiques) a été identifié : le radon, un gaz radioactif cancérigène. Une campagne de prévention a donc incité les particuliers à réaliser des mesures dans l'habitat individuel. Des réunions de sensibilisation ont été organisées et des supports d'information envoyés aux élus locaux.

Renforcement de la surveillance épidémiologique et environnementale

Pour améliorer la connaissance de l'impact de l'environnement sur la santé de l'homme, un pôle de compétence épidémiologique a été constitué, grâce à la mobilisation de ressources interministérielles. Celui-ci s'intéresse à tous les dangers potentiels liés à la filière « élevage » en Bretagne.

Ses objectifs sont de :

- fédérer les données existantes ;
- interpréter les risques pour la santé humaine ;
- proposer une évolution des réseaux de mesure ;
- assurer l'information en retour.

Expérimentation de la COTOREP

La direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) du Morbihan co-pilotent la mise en place de la réforme de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnels (COTOREP). De nombreuses actions ont déjà été menées à ce titre en 2002 :

- finalisation de l'organisation du travail du secrétariat, basée sur la polyvalence des tâches ;
- fonctionnement en équipe technique unifiée avec élargissement du domaine de délégation (remontée unifiée des décisions pour validation auprès de la COTOREP) ;
- installation d'un accueil délocalisé à Lorient (permanence, une journée par semaine) ;
- convention de service avec un service social spécialisé (Association des paralysés de France) chargé de réfléchir à l'opportunité de créer un poste de travailleur social (assistante sociale, psychologue) intégré à la commission. Ce service dressera aussi un état des lieux des relations avec les différents services sociaux pour accompagner les décisions COTOREP ;
- recrutement d'une secrétaire médico-sociale pour les médecins ;
- création de deux groupes de travail, l'un pour l'accueil et l'information du public, l'autre pour assurer le fonctionnement unifié de la COTOREP.

Une démarche similaire d'expérimentation a été engagée en Ille-et-Vilaine.

Mise en démarche « qualité » des missions d'inspection

Le service de l'inspection régionale de la pharmacie de Bretagne ainsi que ceux de deux autres régions, Pays de Loire et Basse-Normandie, ont initié une mise en démarche « qualité » des missions d'inspection dans leur domaine d'intervention.

S'inscrivant pleinement dans les projets de modernisation des modes d'intervention de l'État, cette démarche cherche notamment à :

- répondre aux exigences « qualité » des donneurs d'ordre ;
- optimiser l'organisation des services d'inspection ;
- former des inspecteurs aux systèmes « qualité » utilisés par les établissements contrôlés ;
- permettre la reconnaissance extérieure, voire la certification.

Cette mesure s'effectue dans le cadre d'un protocole rigoureux, comprenant un diagnostic « qualité », la formation des équipes de direction au management de la qualité, celle de l'ensemble du personnel des inspections de la pharmacie, ainsi que la mise en place de formations-actions sur les sites.

Elle a fait l'objet de la publication d'un « manuel qualité », destiné à être étendu, à terme, à d'autres services d'inspection.

Contractualisation avec les établissements hospitaliers

Pour l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Bretagne, 2002 s'est inscrit dans une grande continuité par rapport à 2001. Ainsi, les principaux dossiers de l'année 2002 ont été ceux lancés l'année précédente. Il en va ainsi, notamment, de la démarche de contractualisation : 17 contrats ont été signés en 2002 (15 en 2001). À la fin de 2002, 37 % des établissements sous dotation globale de fonctionnement (DGF) dont la quasi-totalité des établissements de référence - représentant au total plus de 80 % de l'enveloppe régionale - peuvent désormais se prévaloir d'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'agence.

L'approbation, par ailleurs, de 22 projets d'établissement sur 2002 augure d'une poursuite de la démarche sur 2003 et 2004, avec l'objectif affiché de couvrir, à terme, tous les établissements de la région.

L'ensemble des réalisations permet aujourd'hui d'affirmer que la politique d'allocation de ressources aux établissements est largement subordonnée à la politique contractuelle.

Ces résultats sont le fruit d'une recherche méthodologique engagée dès 2000 et complétée, en 2002, par une formation-action organisée par l'École nationale de la santé publique (ENSP), sur sollicitation de l'ARH de Bretagne. Celle-ci a rassemblé, trois jours durant, les membres du réseau de l'agence en charge de ces négociations et les représentants des établissements de santé.

De même, pour les établissements sous objectif quantifié national (OQN), 2002 a été l'année de la préparation d'un nouveau cadre méthodologique. Le but est la signature, au cours de 2003, de contrats dits de 2^e génération, avec l'ensemble des établissements. Ces nouveaux contrats se rapprochent, dans la forme et dans la démarche, des contrats signés avec les structures publiques.

Ressources humaines des hôpitaux

Le dossier de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) s'est porté, après un chevauchement d'un trimestre, de la fonction publique hospitalière aux professions médicales. Il a nécessité un important travail de concertation, illustré, en matière d'ARTT médical, par les six réunions du comité régional de suivi et les dix rencontres du groupe projet régional.

Offre de soins

L'ARH de Bretagne a poursuivi ses travaux sur l'offre de soins avec, notamment, des travaux importants sur la prise en charge sanitaire des personnes âgées, dans la perspective d'une publication en mai 2003.

Une semaine d'information sur la contraception

Les comités de pilotage départementaux « contraception » en Bretagne, co-pilotés par le service des droits des femmes et de l'égalité, les DDASS et les conseils généraux, organisent chaque année depuis 2000, la troisième semaine d'octobre, une semaine d'information sur la contraception dans l'ensemble des départements.

En 2002, une plaquette sur les moyens contraceptifs a été réalisée par les membres des comités de pilotage et éditée à 30 000 exemplaires à cette occasion. Elle a été intégralement financée par les conseils généraux et largement diffusée dans les diverses manifestations : journées portes ouvertes, permanences d'associations, interventions auprès des jeunes lycéens et étudiants et mobilisation de la presse régionale.

EMPLOI

La formation de délégués du personnel à l'égalité professionnelle

La délégation régionale aux droits de femmes et à l'égalité (DRDFE) et la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) ont co-financé une action d'accompagnement des délégués du personnel et de salariés d'entreprises bretonnes, afin de développer des négociations sur l'égalité professionnelle, à la suite de la loi du 9 mai 2001.

L'objectif de cette action, portée par l'union régionale CFDT, était triple :

- donner des clés de lecture pour analyser le rapport de situation comparée ;
- appuyer l'ouverture de négociations sur l'égalité professionnelle dans l'entreprise ;
- former les responsables des sections locales, afin de les mettre en mesure de répondre aux questions sur ce thème.

En 2002, les responsables de 120 sections locales ont bénéficié de sessions de sensibilisation. Trente autres responsables de sections ont été rencontrés pour l'analyse approfondie des données de leur propre entreprise en matière d'égalité professionnelle.

Affermir l'ancrage territorial des politiques pour l'accès de tous à l'activité et à l'emploi

Dans le souci de rendre plus efficace l'offre de services, au regard des besoins des individus et de l'économie dans les territoires, des efforts spécifiques ont été consacrés à l'offre d'insertion par l'activité pour les personnes les plus fragiles.

À ce titre, le potentiel des contrats emploi solidarité et emploi consolidé (CES et CEC) a été optimisé. Les besoins des territoires les plus en difficulté au regard de l'emploi ont été pris en compte, tandis que l'accent était mis sur le suivi et l'accompagnement. Les moyens du programme territorialisé (plus de 90 M€) et ceux du contrat de plan État-Région (CPER) ont été mobilisés à cet effet.

Le programme TRACE - Trajet d'accès à l'emploi - a également été ouvert à tous les jeunes, quel que soit leur niveau de qualification. En 2002, il a enregistré 3 300 entrées. Priorité a cependant été donnée aux jeunes femmes.

Une offre de service mieux intégrée a été déployée dans le cadre du projet d'action personnalisée pour un nouveau départ (PAP-ND) : l'objectif reste de prévenir l'exclusion du marché du travail. Les personnes les plus éloignées de l'emploi ont bénéficié d'un accompagnement individualisé. Ces actions ont été rendues possibles par certains moyens du CPER. Le suivi coordonné au sein du Service public de l'emploi (SPE) a par ailleurs été renforcé.

Le réseau d'accueil des jeunes (17 missions locales et 20 000 jeunes accompagnés), les ateliers pédagogiques personnalisés (16 structures et 4 900 personnes formées), les ateliers des savoirs fondamentaux (15 structures et 1 800 bénéficiaires) ont participé à cet effort, soutenus par les moyens du Fonds de la formation professionnelle, du CPER et du Fonds social européen (FSE).

Contribuer au développement économique d'activités et d'entreprises sur un territoire

L'objectif de renforcer l'accompagnement de la création d'entreprises a été poursuivi. Au-delà de l'attribution de l'aide à la création ou à la reprise d'entreprise (2 450 bénéficiaires) ont été entrepris par les moyens du CPER et du FSE :

- une aide au démarrage et à la consolidation des couveuses d'entreprises ;
- un accompagnement spécifique des créateurs au cours des deux premières années d'existence de l'entreprise.

De même, la création et le développement d'activités répondant à des besoins spécifiques ont été encouragés (services aux personnes, environnement, culture, loisirs, sports). Les porteurs de projets ont pu bénéficier de l'appui d'une structure conventionnée, d'actions de professionnalisation (encadrants et intervenants à domicile) et d'une plate-forme de services.

Une action en faveur du développement de nouvelles modalités d'emploi (groupements d'employeurs, pluri-activité, temps partagé) a été mise sur pied, grâce à l'aide à la constitution et au démarrage des structures, toujours dans le cadre du CPER et avec le concours du FSE. Les structures d'insertion par l'économie participent à cet objectif. Elles regroupent 47 associations intermédiaires avec 40 500 mises à disposition, 25 entreprises d'insertion proposant 300 postes subventionnés, ainsi que 7 entreprises de travail temporaire d'insertion.

L'action de consolidation des activités créées dans le cadre des nouveaux services et emplois jeunes (12 650 jeunes recrutés) a concouru à cet effort. Elle s'est appuyée sur la plate-forme régionale de professionnalisation, sur le dispositif régional d'ingénierie et sur un partenariat régional spécifique, créé avec le réseau France Active en direction des employeurs associatifs.

Accompagner le développement d'un emploi de qualité et la valorisation du potentiel humain

Cet axe de travail s'est concrétisé par l'appui apporté, en priorité, aux petites et moyennes entreprises, notamment pour moderniser leurs organisations de travail et développer les compétences et qualifications de leurs salariés.

À cet effet ont été mis en œuvre :

- les moyens de l'antenne régionale de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) ;
 - ceux des engagements de développement de la formation (164 entreprises bénéficiaires pour plus de 1,8 M€) ;
 - l'aide au conseil (21 conventions) ;
- l'apport des contrats d'objectifs (15 contrats signés dans la région) ;
- une mission régionale sur la validation des acquis de l'expérience (VAE) ayant un rôle d'information, d'animation et de coordination des acteurs.

Les ressources financières du CPER, du FSE ainsi que des lignes budgétaires spécifiques ont permis d'accroître les interventions en ce domaine.

Enfin, un nouveau programme spécifique en faveur de la formation des cadres supérieurs (« Objectifs Cadres ») a été créé, pour un montant de 258 000 €.

Favoriser le dialogue social et garantir la protection des salariés

Un effort important a été entrepris, en 2002, dans le domaine de la prévention des risques dans les entreprises.

L'information et l'accompagnement des entreprises dans la démarche d'évaluation des risques a constitué un premier objectif. Celui-ci a été mis en œuvre en liaison avec les organismes de prévention institutionnels et les partenaires sociaux. Il s'est appuyé sur une action spécifique de l'inspection du travail auprès des employeurs et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Des interventions plus ciblées ont été menées en direction des risques liés aux agents cancérigènes, aux produits chimiques et de l'utilisation résiduelle de l'amiante dans le secteur des garages.

Une surveillance particulière a concerné les entreprises à haut risque (prioritairement celles relevant de la directive Seveso 2) - en collaboration avec les services de la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) - ainsi que le marché et l'utilisation des équipements de travail. La prévention des troubles musculo-squelettiques, en particulier dans le secteur des industries agricoles et alimentaires (IAA), a également constitué une action prioritaire. Elle s'est appuyée sur un partenariat avec les professionnels, les organismes de prévention et l'ANACT.

Enfin, un effort a été déployé pour favoriser la parité hommes-femmes, en liaison avec les services des droits des femmes, l'ANACT et certains partenaires sociaux (cf. *supra*).

Renforcer la capacité de pilotage et optimiser la gestion des ressources

Dans cet objectif, un premier axe de travail a consisté à engager progressivement le système d'information vers le développement des systèmes coopératifs. À ce titre, de nouvelles applications Internet ont été déployées : SANAA, Synergie RH, numérisation des accords. Une formation spécifique a été suivie par le correspondant régional et les services gestionnaires. Les partenaires chargés d'une saisie déportée ont bénéficié, entre autres, d'une assistance locale par un programmeur.

Le développement de l'utilisation d'Internet dans les relations avec les usagers - axée sur la communication des services déconcentrés avec les administrés et la préparation d'une évolution vers le traitement

en ligne - a constitué une deuxième ligne de force. L'administration du site a été réorganisée, son graphisme retravaillé, de nouvelles pages départementales ont été créées. Enfin, un correspondant Web a été désigné par département.

En matière de ressources humaines, un accroissement de l'effort de formation continue dans le domaine de l'informatique et de la bureautique a été poursuivi. Cela s'est traduit par des travaux de préparation, à l'horizon 2003, d'un plan de formation informatique et bureautique en département avec l'assistance des programmeurs, et par la création d'une fonction d'assistance bureautique au poste de travail (9 agents concernés).

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	2 938 188 (7)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	62 270
Nombre de naissances domiciliées en 2001	36 397
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	10,2
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	84
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	11 373
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	110
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	69
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	68,0
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	18,5
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	8,6
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	4,0
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	4,5
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	29 069

SANTÉ / SOCIAL

La contractualisation de la gestion

Pour se préparer à l'entrée en vigueur de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a lancé, en 2001, le projet d'expérimentation d'une gestion globale des moyens budgétaires de fonctionnement affectés aux services déconcentrés. La région Centre a été choisie pour cette expérimentation dans les secteurs de l'emploi et de la solidarité. Dans le domaine de la solidarité, un contrat a été signé en mai 2002 entre le ministère et les préfets de la région, pour la période allant du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2004. La contractualisation porte sur 14 thèmes :

- 3 sont liés à la santé (dépistage du cancer, prévention du suicide, plan d'action en santé environnement) ;
- 4 relèvent du secteur social (retour vers l'emploi des bénéficiaires de l'appui social individualisé, gestion du fonds d'aide à l'insertion, accès aux droits des personnes handicapées, éducation spéciale pour les handicapés) ;
- 7 concernent les moyens de fonctionnement nécessaires à la mise en œuvre de ces politiques (optimisation de la gestion des ressources humaines, communication, globalisation des crédits de fonctionnement...).

Des objectifs, des indicateurs de suivi et des crédits d'intervention appropriés ont été définis pour chacun de ces thèmes. Un groupe de projet interdépartemental a été créé pour chaque action, dont le pilotage est confié à un cadre A. Au niveau régional, le comité technique régional et interdépartemental (CTRI) assure la coordination et l'animation de la mise en œuvre du contrat.

Les outils permettant de mesurer l'efficacité des politiques menées et d'adapter les ressources correspondantes sont en cours de développement. À la demande du CTRI, un groupe transversal « méthodologie » est chargé de travailler sur ces outils. Actuellement, l'application gestion locale du budget (GLB) assure le suivi budgétaire.

Un schéma complet de contrôle de gestion est encore en attente. Le cloisonnement de la gestion des différentes ressources reste une difficulté, qui devrait être résolue par la démarche de contractualisation. En effet, tous les moyens - ressources humaines, moyens de fonctionnement ou crédits d'intervention - doivent être mis au service d'un programme. Des progrès ont déjà été réalisés en matière de souplesse de gestion et de réactivité des contractants pour trouver des solutions. Le contrat s'inscrit dans une démarche de responsabilisation des acteurs. Celle-ci doit permettre d'assouplir progressivement les cadres de gestion et de prendre des décisions au plus près du terrain.

Le développement de la mutualisation

La directive nationale d'orientation (DNO) 2002 - qui confirme les orientations ministérielles 2001 - a renforcé son soutien aux projets de regroupement des services déconcentrés dans les chefs-lieux de région. Ces projets visent à renforcer l'efficacité de ces services, grâce à la mutualisation des moyens. À Orléans, le projet de regroupement immobilier de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) est une priorité de l'administration centrale. Décidé en commission interministérielle de programmation des investissements de l'État (CIPi), le 2 septembre 2002, il fait partie du plan de restructuration de la cité Coligny, piloté par le préfet.

Compte tenu des délais nécessaires à la mise en œuvre de cette opération immobilière, prévue pour 2007, les directeurs de la DDASS du Loiret et de la DRASS du Centre ont décidé d'engager la réflexion sur la mutualisation des moyens, indépendamment des questions de regroupement physique. Cet objectif s'inscrit dans le cadre du dialogue de gestion, mené depuis avril 2001. Les différentes formes d'association et de mutualisation mise en place entre les deux services permettront d'optimiser les ressources existantes, de partager et valoriser les savoir-faire les plus opérationnels, de travailler de manière plus approfondie, de gagner en cohérence et de développer les services vers l'usager. Les services supports (logistique, comptabilité, communication, documentation), informatiques et ressources humaines deviendront des services communs aux deux directions. Cette volonté s'est concrétisée, le 25 octobre 2002, par la décision de regrouper sur un seul site les activités gestion budgétaire et comptable, logistique, communication et documentation.

Avec l'accord du préfet et du contrôle financier régional, les directeurs ont par ailleurs proposé à l'administration centrale un budget de fonctionnement unique pour le chapitre 34-98 article 90, géré par un ordonnateur secondaire unique : le DRASS du Centre. Ce dernier veille désormais à la bonne exécution de ce budget, en liaison avec les services concernés des deux directions. Le suivi et l'évaluation sont assurés par le comité de pilotage du rapprochement de la DDASS du Loiret et de la DRASS du Centre. Composé des deux directeurs, du secrétaire général de la DRASS et du directeur adjoint de la DDASS du Loiret, il se réunit une fois par mois pour aborder les questions liées à la mise en œuvre de ce rapprochement, notamment au niveau du suivi de l'exécution budgétaire.

Inspection et contrôle

Le programme régional et interdépartemental d'inspection, de contrôle et d'évaluation a pour objec-

tif de mettre en place le volet régional du programme national de lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Dans ce cadre, les catégories d'intervention fixées par le programme national ont fait l'objet d'une déclinaison département par département.

En 2002, 3 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été contrôlés dans l'Indre, 18 dans le Loiret et 20 en Indre-et-Loire. Cinq directions départementales ont pu contrôler au moins un établissement pour personnes handicapées. Les DDASS du Cher et de l'Indre ont, par ailleurs, organisé un colloque sur la maltraitance des personnes vulnérables en établissement. Il s'agit de combattre les violences physiques et psychologiques à l'égard des personnes en maison de retraite ou en institution médico-sociale, mais aussi de soulager les familles.

Une journée de sensibilisation a également été organisée à Bourges, le 20 septembre 2002, à l'intention des professionnels en contact avec des personnes fragiles. Elle a réuni près de 300 personnes, dont des élèves de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

Autre objectif du programme régional et interdépartemental d'inspection, de contrôle et d'évaluation : assurer la mise en place des contrôles requis par les priorités nationales en matière de sécurité sanitaire. Cette volonté concerne notamment :

- la désinfection des endoscopes ;
- le contrôle des préparations pharmaceutiques dans les établissements de santé ;
- le contrôle du suivi biologique des receveurs de produits sanguins labiles ;
- la prévention de la légionellose, avec notamment l'organisation d'une journée régionale d'information et d'échanges sur le thème des légionelloses, destinée aux directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, aux syndicats hôteliers, aux fédérations de camping, et aux syndicats de plomberie et de chauffagistes ;
- la mesure du risque infectieux dans le milieu extra-hospitalier. À cet effet, une initiative régionale a été développée en direction des pédicures-podologues.

Enfin, pour la première fois en 2002, les documents définis par l'IGAS/MAFI (Mission permanente d'animation des fonctions d'inspection dans les services déconcentrés du secteur sanitaire et social) ont été utilisés pour établir les bilans de l'activité d'inspection. Ils permettent de mesurer l'efficacité des procédures conduites et l'engagement des services en termes de temps et de moyens.

La DDASS de l'Indre certifiée ISO 9001

Le 26 juin 2002, la DDASS de l'Indre a obtenu la certification ISO 9001, dans la version 2000 de cette norme de services. Celle-ci concerne les activités de deux services : Santé et environnement, Organisation sanitaire et gérontologie. Les services supports (informatique et administration générale) sont également parties prenantes, bien qu'ils ne figurent pas dans le champ de la certification. Les outils de surveillance et de mesure mis en place s'appliquent à tous les services, la norme choisie étant « système global ».

Dans ce cadre, la DDASS s'est engagée à :

- être à l'écoute de ses « clients ». Il s'agit d'améliorer les délais de réponse, de mieux communiquer et de veiller à satisfaire les interlocuteurs ;
- mobiliser le personnel autour de la démarche qualité à tous les niveaux de l'organisation, développer et adapter les compétences de chacun et travailler en toute transparence ;
- améliorer de façon continue les performances, à travers la mise en place d'audits internes, d'indicateurs d'efficacité, d'objectifs précis, de fiches d'amélioration, d'actions correctives et préventives.

Avec cette certification ISO, la DDASS de l'Indre a franchi la première étape d'une démarche qualité novatrice dans l'administration. Cet engagement de progrès continu, qui s'appuie sur une reconnaissance concrète des résultats obtenus, doit permettre une évolution des mentalités et des pratiques, une harmonisation des procédures de travail, une écoute plus importante des usagers et des partenaires, ainsi qu'une amélioration constante du service rendu. Il répond à la nécessité, pour l'administration de l'État, de faire évoluer son image. À terme, le but est de faire entrer progressivement tous les services de la DDASS dans le champ de la certification.

Mise en œuvre de l'ARTT pour les médecins des établissements publics de santé

Le second semestre de l'année 2001 avait été marqué par la préparation de la mise en place des 35 heures pour les personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière, avec effet au 1^{er} janvier 2002 et déploiement sur trois ans. En 2002, l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) ont été mis en place chez les médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers, en vertu du protocole signé le 22 octobre 2001 entre le gouvernement et quatre organisations syndicales représentatives.

En région Centre, cette dernière réforme s'est traduite par :

- l'allocation, pour 2002, d'une enveloppe de plus de 4,3 M€ pour le rachat de 5 jours de RTT, le financement de primes pour les assistants et l'amélioration de la prise en charge des déplacements et astreintes opérationnelles ;
- l'allocation, pour l'année 2003, d'une enveloppe de plus de 7,8 M€ dans les budgets primitifs. Celle-ci permet la création de 88 postes de médecins et assistants.

Planification, recomposition et complémentarité de l'offre de soins hospitalière

Un nouveau volet du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) a été adopté le 5 juillet 2002. Il concerne l'imagerie médicale (IRM, scanographes, caméras à scintillation non munies de détecteurs d'émission de positons en coïncidence), la radiothérapie oncologique et la fixation d'indices de besoins plus lar-

ges pour ces équipements. De nouvelles autorisations ont ainsi pu être délivrées.

Le volet SROS urgences a été modifié à la même date. Il permet l'autorisation de trois nouvelles unités de proximité d'accueil des urgences, sur des secteurs déjà bien dotés dans ce domaine.

Une réflexion a, par ailleurs, été lancée sur trois volets du SROS, dont l'adoption est prévue courant 2003 : gériatrie, réanimation et soins de suite pour les personnes en état végétatif chronique.

Dans le Cher, la constitution de l'établissement psychiatrique intercommunal « Georges Sand » a été menée à bien en 2002, avec effet au 1^{er} janvier 2003. Les axes de coopération ont été renforcés entre les centres hospitaliers de Bourges et Vierzon. La coopération entre le public et le privé s'est poursuivie à Saint-Amand.

En Eure-et-Loir, les centres hospitaliers de Chartres et de Châteaudun ont renforcé leur partenariat en chirurgie. À Nogent, la reconfiguration des activités de l'hôpital, après la fermeture en 2001 de la clinique chirurgicale, a donné lieu à des études intégrant la question du devenir de l'activité obstétricale.

Dans l'Indre, la mise en œuvre d'accords de complémentarité entre les centres hospitaliers de Châteauroux, Issoudun et Le Blanc s'est poursuivie. L'un des axes de réflexion a porté sur la mutualisation des urgences et services mobile d'urgence (SMUR).

En Indre-et-Loire, les actions de coopération ou de complémentarité entre établissements se sont intensifiées. Ainsi, à la demande de l'agence régionale hospitalière (ARH), le centre hospitalier universitaire de Tours a effectué une mission d'appui pour la préparation du projet d'établissement du centre hospitalier intercommunal d'Amboise Château-Renault. La mission nationale d'appui en santé mentale a rendu le rapport commandité par l'ARH sur les évolutions à privilégier en la matière dans le département.

Dans le Loiret, un axe de coopération a pris forme à l'est du département, entre le centre hospitalier de l'agglomération montargoise et le centre hospitalier de Gien. À Orléans, la décision de regrouper sur un seul site toutes les activités de court séjour du centre hospitalier régional a été prise par les instances de l'hôpital, à l'initiative de l'Agence.

Allocation de ressources aux établissements

La dotation finale des établissements sous dotation globale s'est élevée en 2002 à 1 508 722 000 €. Elle a été calculée sur une base de référence hospitalière de 1 495 510 160 € en janvier 2002 (crédits RTT non-médicale inclus) et d'un taux d'évolution initial de 5,02 %. En intégrant les moyens 2002 pour la RTT médicale, elle affiche une progression globale de 5,9 %. Les mesures nouvelles attribuées dans les budgets primitifs se sont élevées à plus de 15 440 000 € dont :

- près de la moitié servent à la mise en œuvre des SROS ;
- plus du quart permettent la prise en charge de surcoûts d'investissement (Châteaudun, Châteauroux, Tours, Chinon, Blois, Orléans).

Les deux décisions modificatives intervenues en cours d'année ont permis de répartir plus de 40 M€ de crédits supplémentaires, destinés notamment à la prise en charge des molécules innovantes, aux mesures de soutien budgétaire, de santé publique et d'organisation des soins, aux mesures filières, à la RTT médicale...

Pour les établissements sous objectif quantifié national, le processus de tarification 2002 s'est déroulé dans un contexte de mise en œuvre du protocole destiné à harmoniser les rémunérations des personnels non médicaux, par l'intermédiaire du fonds de modernisation des cliniques privées et des revalorisations tarifaires. L'accord régional s'est caractérisé par :

- le relèvement des forfaits de salle d'opération ;
- l'attribution de moyens ciblés en cardiologie et cancérologie niveau 2 ;
- la réduction des écarts de prix de journée entre les cliniques sous concession de service public ;
- la revalorisation du forfait salle de travail pour les maternités de niveau 2 ;
- une modulation tarifaire au titre du PMSI pur les établissements sous-dotés.

Poursuite de la contractualisation

En 2002, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a signé des contrats d'objectifs et de moyens avec les centres hospitaliers de proximité de Loches, Châteaudun, Chinon, Romorantin-Lanthenay et Vendôme. Dix-sept contrats d'objectifs et de moyens (COM) ont été conclus en région Centre avec des établissements sous dotation globale.

Après la parution du décret du 6 mai 2002, le travail de contractualisation a été renouvelé avec les établissements sous objectif quantifié national.

Organisation d'un colloque sur la contraception

Un colloque intitulé « La contraception aujourd'hui et demain » a été organisé, le 5 novembre 2002, par le mouvement français du planning familial de l'Indre et les membres du comité de pilotage départemental contraception. Ce comité, créé en septembre 2002, est animé par le chargé de mission départemental d'aide aux femmes (CMD) et la DDASS de l'Indre.

Le colloque a réuni environ cent personnes. Il a permis de faire le point sur les succès et les difficultés rencontrés par les différentes politiques de contraception, mais aussi d'ouvrir des perspectives en présentant les nouveaux produits contraceptifs mis sur le marché et les recherches en cours.

EMPLOI

Conforter l'action territorialisée du service public de l'emploi et de ses partenaires

Malgré un retournement de tendance de la conjoncture, notamment à la fin de l'année 2002, la

qualité des interventions des services a été renforcée et les partenariats se sont développés.

Le deuxième Forum régional des initiatives « développement des compétences et des territoires », organisé conjointement par le service public de l'emploi (SPE) et le conseil régional, s'est élargi cette année aux services de l'ASSEDIC. Plus de 200 professionnels ont partagé leurs pratiques et renforcé la cohérence de leurs interventions, à travers l'analyse de 32 actions partenariales conduites au plus près des besoins locaux.

L'année 2002 a également vu la création d'Alfa Centre, pôle ressources au service des acteurs de l'emploi et de la formation. Assurant les missions précédemment dédiées au Centre d'animation et de ressources pour l'information sur la formation (CARIF) et à l'Observatoire régional emploi formation (ORFE), il contribue à l'animation du réseau des missions locales, des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), et de trois lieux ressources : « illettrisme », « validation des acquis de l'expérience (VAE) », « nouvelles compétences et nouvelles qualifications ». Cette structure est le fruit d'une volonté commune de l'État et du conseil régional, qui se sont rapprochés des partenaires sociaux.

Créer un contrat d'expérimentation triennal

Dans le cadre du contrat d'expérimentation conclu, le 25 février 2002, entre les préfets de la région, le trésorier payeur général et les directions d'administration centrale, les services territoriaux de la région Centre ont engagé, dès 2002, la mise en œuvre de la gestion globalisée des crédits de personnel et de fonctionnement.

En élargissant les capacités de décision des équipes de direction, cette démarche a favorisé l'apprentissage d'un système de pilotage territorial. Elle a également permis d'élaborer les premiers outils d'un contrôle de gestion partagés avec l'administration centrale.

Les requalifications de crédits opérées ont, en outre, donné lieu à la réalisation de projets importants pour les services : réaménagement des halls d'accueil, lancement d'un journal interne...

Développer un programme régional d'accès à l'emploi

Avec leurs partenaires du SPE, les services ont préparé l'expérimentation d'un programme « accès à l'emploi ». En 2003, celui-ci bénéficiera de l'extension de la globalisation au champ des crédits d'intervention, avec la création d'une dotation d'un montant total de 11 M€. Cette dotation regroupe les crédits des deux sous-programmes « emplois aidés » et « accompagnement des parcours ».

Lutter contre l'illettrisme : une priorité régionale

Dans le cadre du programme insertion, réinsertion, lutte contre l'illettrisme (IRILL), 35 actions de

formation ont été conventionnées. Elles ont bénéficié à 11 000 personnes ne maîtrisant pas les savoirs de base (lire, écrire, compter).

Parallèlement, les sept centres ressources « illettrisme et analphabétisme » (CRIA) ont participé à la construction d'une « plate-forme régionale illettrisme ». Celle-ci est portée par le conseil régional, avec le soutien du fonds social européen (FSE). L'objectif est double :

- mettre à la disposition des organismes de formation un logiciel commun de gestion administrative et pédagogique ;
- renforcer la cohérence et la complémentarité de leurs actions.

Séduire les employeurs avec le contrat jeunes

Le contrat jeunes en entreprise a été lancé par une conférence de presse à la préfecture de région, à l'occasion de la publication, par la DRTEFP, d'un hors-série du « Bref Centre » consacré à l'emploi des jeunes dans la région.

À la fin de décembre 2002, ce contrat concernait 10 266 jeunes de moins de 23 ans inscrits à l'ANPE (catégorie 1 + 6), sur lesquels 1 856 jeunes en ont effectivement bénéficié.

Favoriser l'accès des femmes aux métiers de l'industrie en région Centre

À l'initiative de la déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), le programme « accès des femmes aux métiers industriels » est né de deux constats :

- la pénurie de main-d'œuvre qualifiée dont souffrent les entreprises industrielles, principalement les PME d'Eure-et-Loir et du Loiret ;
- un taux de chômage des femmes supérieur à celui des hommes dans ces deux départements, dans une proportion supérieure à la moyenne nationale.

Sur cette base, deux actions ont été mises en œuvre :

- l'élaboration d'outils permettant la conception de parcours de formations qualifiantes ;
- une campagne d'information et de sensibilisation auprès des femmes, afin qu'elles connaissent mieux les offres d'emplois dans l'industrie et accèdent plus facilement aux parcours qualifiants des métiers industriels. Les entreprises disposeront ainsi d'un vivier de main-d'œuvre féminine qualifiée.

Favoriser la validation des acquis par l'expérience (VAE)

Dans le cadre du projet territorial de l'État, l'animation d'un pôle de compétences « ressources humaines » par le recteur et la DRTEFP a permis d'impliquer les ministères valideurs dans une coopération renforcée.

Un site Internet régional, dédié à la diffusion d'information pratique sur la VAE, a été lancé par le GIP Alfa Centre.

Par ailleurs, dans le cadre d'un financement paritaire « État-Région », des points relais conseil (PRC) en VAE ont été créés dans les 23 zones d'emploi de la région. Leur mission est d'apporter aux candidats à la VAE un premier niveau d'information et de conseil dans le choix du diplôme visé.

Renforcer le réseau d'accueil, d'information et d'orientation des jeunes

L'État, la région Centre et l'association des présidents des missions locales et des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) de la région Centre (AMICENTRE) ont adopté, le 23 juillet 2002, une charte régionale. Le but est de renforcer la cohérence et les complémentarités de leurs politiques d'insertion sociale et professionnelle des jeunes. En 2003, cette charte se traduira par la signature de contrats d'objectifs pluriannuels avec chaque structure d'accueil. Ces contrats préciseront les priorités et les objectifs retenus, tout en laissant aux structures la possibilité d'initier des actions particulières pour répondre à des besoins spécifiques. Ils offrent également une sécurisation financière.

Développer les compétences des salariés

Au titre du Fonds social européen (FSE) objectif 3, six conventions cadres ont été signées en 2002 avec des organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) de branche : agriculture, imprimerie, professions libérales et interprofessionnels. Il s'agit de favoriser la formation des salariés des petites, voire des très petites entreprises (TPE).

Adapter l'offre de service en matière de santé au travail

En coopération avec tous les acteurs de la prévention, une étude diagnostic de l'offre de service en matière de santé au travail a été réalisée par l'agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), sous la conduite de la DRTEFP. La restitution finale auprès des partenaires sociaux a permis de définir des enjeux communs et de relancer la mise sur pied de l'Observatoire régional de la santé au travail.

Accompagner les entreprises dans des démarches d'évaluation des risques

Tous les départements ont lancé des actions collectives pour inciter les entreprises à s'engager dans une démarche d'évaluation des risques. Dans le Loiret, 30 entreprises du secteur de l'imprimerie ont fait l'objet d'un contrôle. Pour remédier aux carences constatées (absence de fiches d'entreprise et de protection collective et individuelle dans un cas sur deux), un plan d'action sera élaboré en 2003 avec les professionnels de la branche et les préventeurs. D'autres secteurs ont été ciblés par l'inspection du travail (chimie, traitement de surface, grande distribution et centres de contrôle technique), en favorisant l'implication particulière des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Une campagne régionale sur les risques chimiques dans les garages s'est traduite par 150 contrôles.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	2 458 648 (9)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	62 063
Nombre de naissances domiciliées en 2001	29 706
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	10,1
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	70
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	8 810
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	95
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	65
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	69,5
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	15,1
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	8,8
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	2,3
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	4,1
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	29 399

C HAMPAGNE-ARDENNE

SANTÉ, SOCIAL

Accueil des réfugiés et demandeurs d'asile

L'année 2001 était marquée par l'arrivée massive de demandeurs d'asile et de personnes réfugiées dans la région. Cette situation s'est confirmée en 2002, avec un taux d'occupation moyen régional sur le dernier trimestre de 47,22 % dans les structures non spécialisées (avec une sur-occupation en Haute-Marne de 83,40 % et un taux non négligeable pour les trois autres départements : 29,17 %, dans les Ardennes, 36,60 % dans l'Aube et 53,73 % dans la Marne). Annoncée en 2001, l'ouverture de structures spécialisées - les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) - a eu lieu en 2002. Trois CADA ont été créés en cours d'année : un dans la Marne, d'une capacité de 72 places, et deux en Haute-Marne, d'une capacité de 100 places. L'Aube reste à ce jour en tête, avec trois CADA pour 205 places.

Réforme annoncée du contentieux technique de la Sécurité sociale

Le ministère a annoncé une refonte complète du Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI). Cette réforme a pour objectif de garantir l'impartialité de cette juridiction atypique (puisque présidée jusqu'à présent par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales - DRASS). La composition du tribunal sera modifiée : présidence exercée par un magistrat ou une personne qualifiée, assisté de deux assesseurs employeurs et de deux assesseurs salariés. La DRASS aura le rôle de greffier et le médecin-expert. Les instances dont la décision est contestée devant le TCI ne feront plus partie de la composition du tribunal. L'année 2002 a été l'occasion pour la DRASS, dans l'attente de la parution du décret, de se rapprocher du Service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles (SRITEP-SA) et de la cour d'appel de Reims, aux fins de préparer la réforme en partenariat.

Aide aux plus démunis

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) de 1^{re} génération s'achevant au 31 décembre 2002, la DRASS, qui le pilote, a amorcé l'élaboration du PRAPS de 2^e génération. Le groupe technique régional (DDASS / DRASS) s'est donc réuni à plusieurs reprises, pour lancer l'évaluation du premier programme. Ce groupe a, en outre, réfléchi aux objectifs du second, qui ne doivent en aucun cas rompre avec ceux du précédent. Au plan départemental, les groupes techniques multi-partenariaux ont également été réactivés.

Enfin, la démarche d'évaluation des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) a été relancée en 2002. Elle a pour double objectif de mesurer l'efficacité et l'efficience des missions des CHRS au regard des moyens dont ils disposent, et de constituer un appui technique auprès de ces structures.

Formations professionnelles

La région Champagne-Ardenne s'est dotée d'un schéma régional des formations sociales pour la période 2002-2005.

Élaboré sur la base d'un diagnostic partagé, celui-ci s'inscrit dans les perspectives du schéma national et a l'ambition d'être un outil de pilotage du dispositif régional de formation.

Six priorités régionales ont été retenues :

- adapter et renforcer le dispositif de formation initiale ;
- développer et accentuer la formation aux emplois de proximité, développer le champ des formations de niveau I et II ;
- améliorer l'alternance ;
- professionnaliser les emplois jeunes ;
- valoriser l'image des métiers du social ;
- réunir une conférence régionale des formations sociales.

Par ailleurs, la réforme des diplômes du travail social, longtemps attendue, a commencé par celle du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD). Le nouveau diplôme (DEAVS, diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) devient le premier niveau de la filière rénovée de l'aide à domicile. Il consacre l'exigence de qualification des salariés de ce secteur. En Champagne-Ardenne, de nombreux titulaires de l'ancien CAFAD sollicitent l'équivalence au DEAVS auprès de la DRASS.

Pour ce nouveau diplôme - désormais accessible par la formation initiale, la formation continue et, en 2003, par la validation des acquis de l'expérience - la DRASS a accordé l'agrément pour dispenser la formation à un nouvel établissement.

Actuellement, cinq autres demandes sont en cours d'instruction.

Poursuite de la réforme des EHPAD

L'année 2002 a été marquée par une accélération du rythme de signatures des conventions tripartites dans la région Champagne-Ardenne. Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) peuvent ainsi poursuivre leur médicalisation. Sur le plan des autorisations, 38 dossiers ont fait l'objet d'un passage devant le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS), dont 37 ont reçu un avis favorable.

Sur le plan financier, la dotation allouée à la région Champagne-Ardenne (3 568 066 €) a permis la signature de 15 conventions, ce qui établit un coût par convention de 237 871 €.

Depuis le début de la réforme, 26 conventions ont déjà été passées en Champagne-Ardenne, dont 12 pour le département de l'Aube. Toutes concernent principalement les maisons de retraite publiques autonomes, ayant des lits médicalisés. Toutefois, il est à noter que 2 foyers-logements bénéficient d'une convention dans le département de la Haute-Marne, et que dans le département de la Marne, cela concerne principalement les établissements privés à caractère commercial.

Inspections et contrôles

La mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE) de Champagne-Ardenne a fonctionné en 2002 avec son effectif complet. Les objectifs essentiels du plan de contrôle arrêté en Comité technique régional et inter-régional (CTRI) ont donc pu être réalisés. Outre les inspections de sécurité sanitaire (activité de stérilisation, pharmacies à usage intérieur...), ont été conduites :

- 5 actions dans le champ de la santé publique (Unité de consultation et de soins ambulatoires, service médico-psychologique régional, évaluation du fonctionnement des urgences et en périnatalité, désinfection des endoscopes) ;
- 9 actions dans le secteur médico-social (8 inspections d'établissements sociaux et médico-sociaux, poursuite de l'évaluation du CREMA) ;
- 3 actions de protection sociale (enquêtes ponctuelles d'une Caisse primaire d'assurance maladie, évaluation convention d'objectifs et de gestion, examen des schémas approfondis d'action sociale des caisses d'allocations familiales) en dehors des contrôles du Comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC). Les missions sont menées dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires, associant des personnels des DDASS et de la DRASS.

Politique régionale de santé publique

L'inspection régionale de la santé, en lien avec ses partenaires institutionnels, associatifs et les professionnels de santé, a poursuivi la mise en œuvre des différents programmes régionaux de santé (PRS). Certains ont évolué, notamment en matière de prise en charge des conduites addictives (redéfinition du PRS alcool en un PRS addiction). Le nouveau comité régional de dépistage des cancers a également créé des structures de gestions dans les quatre départements de la région. Celles-ci auront la charge des dépistages organisés pour le cancer du sein en 2003 et le cancer colo-rectal en 2004.

Le PRS suicide s'est traduit par l'organisation d'un colloque national à Reims en lien avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, présidé par le professeur Debout, président du Comité national de lutte contre le suicide. Plus de trois cents profession-

nels se sont réunis autour de cette problématique. La réflexion s'est poursuivie par une formation spécifique en faveur de l'ensemble des services d'urgence de la région et des professionnels sanitaires et sociaux.

Ces différentes actions ont été débattues et confirmées lors du débat régional organisé en novembre 2002 pour préparer la loi d'orientation en santé prévue en 2003.

Enfin, les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales ont participé à l'application des orientations de la politique sanitaire hospitalière au travers du schéma régional de l'orientation sanitaire (SROS) sous l'égide de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), sur la santé mentale, la cancérologie, les urgences et la périnatalité.

Dans le cadre du contrat de plan, une réflexion régionale a été relancée sur la télémédecine.

Bilan de deux schémas régionaux d'organisation sanitaire

L'objectif de la révision du schéma de santé mentale a été de recentrer les priorités de psychiatrie, en distinguant les missions centrales des missions satellites (appui, soutien ou formation d'autres professionnels, coordination et intervention au sein d'autres dispositifs de soins et de préventions).

Les premières concernent :

- l'accueil et la prise en charge des urgences ;
- l'accueil en hospitalisation complète et les alternatives à l'hospitalisation complète ;
- la prise en charge de certaines catégories de patients, telles les personnes âgées, les adolescents ou les prévenus ;
- la prévention, la recherche et la formation.

L'enjeu important de ce SROS a résidé dans la création d'unités d'admission dans les hôpitaux généraux en coordination avec les services d'urgences. Un nouvel équilibre entre des capacités d'hospitalisation complète et des alternatives à l'hospitalisation, au profit de ces dernières, a également été recherché.

Concernant le schéma gériatrie, trois objectifs principaux ont été retenus :

- participer à la politique générale de maintien à domicile par une démarche qui permette d'éviter une hospitalisation traumatisante ;
- donner un véritable statut à la gériatrie dans l'ensemble des établissements publics de santé ;
- améliorer le dispositif de prise en charge des patients souffrant de démences de type Alzheimer.

Aménagement et réduction du temps de travail (ARTT) médical

L'ARH a préparé l'ARTT médical dans les établissements publics de santé en y associant le comité régional de suivi de la mise en place de la RTM. La réflexion s'est portée essentiellement sur l'impact de cette dernière dans les services en temps continu, là où il est nécessaire d'avoir une présence permanente d'au moins un médecin. Sont concernées les spécialistes suivantes : les urgentistes, les anesthésistes-réani-

mateurs, les gynéco-obstétriques et les pédiatres. Une première enveloppe de crédits a été allouée pour les services en temps continu normés. Ils doivent amener à la création de postes médicaux. Cette répartition a pris en compte le fait que les effectifs des urgences doivent être renforcés durant les week-ends et les jours fériés.

Relance des comités techniques régionaux (CTR)

À fin de dresser le bilan du SROS 2^e génération, les CTR ont repris leur fonctionnement. Les disciplines concernées sont :

- la cancérologie, avec la mise en place d'un réseau régional ;
- les urgences, en particulier dans le cadre des mises en conformité aux textes réglementaires et à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et de la cardiologie ;
- la périnatalité, au sein d'un réseau régional et en prenant compte de l'évolution de l'activité de certains établissements ;
- l'insuffisance rénale chronique ;
- la réanimation, dans le cadre des modifications réglementaires.

L'insertion de femmes par la création d'une pièce de théâtre

Dans le cadre du contrat de ville de Reims, la délégation régionale aux droits de femmes et à l'égalité a soutenu une action du centre social de Turenne à destination de quinze femmes intégrées au dispositif d'insertion - stage vie quotidienne. Cette action a consisté à écrire une pièce de théâtre et à l'adapter à la scène. Elle a permis aux stagiaires de s'exprimer, d'écrire et de découvrir le monde du théâtre (création de la pièce, des décors, des costumes et rencontres avec des professionnels). La pièce, *L'Homme dans le miroir*, a été présentée trois fois en novembre 2002 devant un public d'environ 300 personnes.

EMPLOI

Mobilisation des acteurs à l'égalité des chances

En Champagne-Ardenne deux réseaux d'acteurs ont été créés en 2002.

Le premier, dans le cadre du projet territorial de l'Etat, est composé de correspondants à l'égalité des chances dans les services de l'État. Son objectif est de définir une méthode commune permettant la mise en cohérence entre les différentes actions, notamment en matière d'égalité professionnelle.

Le second a réuni les différents acteurs régionaux, référents dans leur structure, pour analyser la situation en matière d'égalité professionnelle et proposer des projets à leur direction. Les référents de ce ré-

seau appartiennent à des organismes de formation, à l'Éducation nationale, à des organismes consulaires, des organisations syndicales de salariés et d'employeurs, à la société civile et à des entreprises.

L'ouverture au partenariat

En 2002, les difficultés de recrutement ont perduré dans les secteurs professionnels comme le bâtiment-travaux publics, l'hôtellerie-restauration, les transports et, de façon générale, les très petites entreprises (TPE). L'action du service public de l'emploi vers ces secteurs d'activité s'est poursuivie et a été renforcée pour répondre à leurs besoins. En Haute-Marne, plusieurs organisations professionnelles comme la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB), la FNTR (Fédération nationale des transports routiers), la FNTV (Fédération nationale des transports de voyageurs) ont engagé des actions spécifiques comprenant un repérage des publics puis des actions de formation conduisant à des recrutements.

Ailleurs, l'Union professionnelle artisanale (UPA) et l'Union des industries métallurgiques et minières (UIMM) ont pris des initiatives similaires, en association avec le Service public de l'emploi (SPE), avec la volonté d'inscrire cette démarche dans la durée. Une convention-cadre avec l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la métallurgie a été conclue pour faire évoluer les compétences des salariés de la branche.

Une autre a été signée avec celui des professions libérales pour permettre un accroissement des qualifications des femmes dans deux secteurs paramédicaux (pharmacie et soins dentaires).

Pour les jeunes en difficulté scolaire ou d'intégration, des classes-relais et une école de la 2^e chance ont également pu être créées grâce à la mobilisation du contrat de plan État-Région.

Enfin, les premiers P@T (points d'accès à la téléformation) ont été ouverts dans deux départements ruraux (Haute-Marne et Ardennes) en co-financement avec le conseil régional.

Évaluation des risques au travail

Les agents de contrôle se sont fortement impliqués dans la démarche d'évaluation des risques.

Un colloque régional « Prévention des risques professionnels » a été organisé en juin 2002, par la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) avec le SRITEPSA, l'agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) et la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM). Il a réuni 350 participants (chefs d'entreprise, membre du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), responsables de sécurité, médecins du travail, inspecteurs du travail). Des pistes d'actions ont été retenues : démarche de prévention par secteur d'activité, ciblage des petites et moyennes entreprises (PME) et TPE, sensibilisation approfondie des CHSCT et directions du personnel.

À l'intention des représentants du personnel, des plaquettes d'information sur la démarche de prévention des risques professionnels ont été réalisées.

Les élections prud'homales ont également été un moment important dans la vie des sections : suivi des listes électorales, implantation des lieux de vote, etc. Une très légère augmentation de la participation aux élections a été observée.

La modernisation des services

La globalisation des crédits de fonctionnement, avec son corollaire la construction d'un budget régional, a modifié profondément les modes de fonctionnement du CTRI.

Celui-ci s'est inscrit en 2002 dans une démarche de responsabilité collective, axée sur l'optimisation des ressources autour de grandes priorités régionales :

- harmonisation de l'affectation de la dépense annuelle à partir d'un état des lieux mettant en évidence des disparités importantes entre les sites ;
- accélération du taux de renouvellement du parc informatique (25 % par an) ;
- accroissement sensible de l'effort de formation à destination des agents ;
- mobilisation programmée des moyens sur des projets importants d'amélioration des conditions de travail des agents.

La construction du budget régional de fonctionnement 2002 a inscrit la réflexion et l'action du CTRI dans une démarche collective, et l'a situé comme instance politique régionale de décision.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	1 342 798 (18)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	26 849
Nombre de naissances domiciliées en 2001	16 865
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	9,3
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	39
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	5 752
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	100
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	58
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	22,2
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	16,2
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	9,2
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,0
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,6
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	19 426

SANTÉ, SOCIAL

Missions générales des services sanitaires et sociaux

La direction de la solidarité et de la santé de Corse Let Corse-du-Sud et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de Haute-Corse ont à gérer de nombreuses missions :

- veille sanitaire et sociale ;
- protection du cadre de vie ;
- gestion des professions sanitaires ;
- contrôle de légalité ;
- suivi budgétaire et comptable des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- secrétariat et animation de multiples commissions
- notamment la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), la commission départementale d'éducation spéciale (CDES), le comité médical, la commission de réforme, la Commission de l'action sociale d'urgence (CASU) – ou d'instances de nature contentieuse : commission départementale d'aide sociale (CDAS), tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS), tribunal du contentieux de l'invalidité (TCI) ;
- lecture et mise en œuvre de circulaires (3 089 pages pour 2002) ;
- mise en place particulièrement lourde de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT). Dans le cadre de la directive nationale d'orientation du 17 janvier 2002 et à partir d'une analyse de la situation régionale, elles ont en outre convenu de recentrer leurs actions communes autour de quelques priorités fortes, dont le détail suit.

Sécurité sanitaire

Outre la participation à la mise en place de lutte contre le bio-terrorisme, des campagnes de mesures des teneurs en radon ont été conduites dans les établissements recevant du public. Une étude métrologique a été finalisée sur le risque lié à l'amiante environnemental, tandis qu'étaient poursuivies les opérations de sensibilisation au risque du monoxyde de carbone.

Autre préoccupation : la réduction des risques infectieux. Un premier bilan des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) a ainsi été élaboré. La réflexion sur la lutte antivectorielle a conduit à la mise en place d'une cellule régionale d'évaluation et de suivi épidémiologique, tandis qu'une campagne de contrôle en matière de légionelles a été menée dans les établissements ouverts au public.

Ont aussi été contrôlées les activités de stérilisation des dispositifs médicaux et les conditions de fonctionnement des pharmacies à usage intérieur.

Actuellement, 4,6 % de la population corse est desservie par une eau de très mauvaise qualité bactériologique. Il appartient aux communes concernées de présenter un programme de travaux d'amélioration. Dans cette optique, les directions ont engagé des actions de sensibilisation et des campagnes systématiques d'information du public et des élus. Elles ont également aidé à la mise en place de périmètres de protection des captages.

Enfin, l'approvisionnement menacé de la Corse en oxygène médical a été sécurisé.

Priorités de santé publique

Plusieurs programmes régionaux de santé ont conduit à :

- l'installation d'un atelier Santé Ville à Ajaccio et à Bastia ;
- la réunion d'un comité technique régional pour mettre en place, dès 2003, un dépistage du cancer du sein ;
- l'élaboration d'un plan d'action jusqu'en 2007 portant sur la santé des jeunes en Corse ;
- la réactivation d'un plan de prévention contre les conduites addictives en Corse-du-Sud.

Enfin, le constat d'échec de la contraception en Corse a conduit à élargir la réflexion sur les nouvelles actions à mener.

Comme dans les autres régions, une consultation des acteurs sur les priorités de santé publique a été organisée dans le cadre de la préparation de la loi quinquennale de santé publique.

L'offre de soins

Les services ont été confrontés à des conflits sociaux quasi permanents dans les établissements. Ils ont cependant réussi à achever leurs travaux de planification concernant la santé mentale et les équipements lourds. De nombreuses actions ont également été menées :

- approbation du projet d'établissement du centre hospitalier de Bastia ;
- assainissement de la trésorerie de l'hôpital de Bonifacio ;
- actualisation de la situation budgétaire du centre hospitalier d'Ajaccio).

D'autres actions ont été engagées, comme la rénovation du centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone ou la formalisation du projet de l'antenne médicale urgente de Calvi.

Les directions ont également conçu de multiples projections financières dans le cadre du programme exceptionnel d'investissement (PEI) pour les opérations de santé.

Enfin, une analyse concertée avec les acteurs de la formation laisse entrevoir les améliorations nécessaires dans le domaine : évolution des quotas, création

sur le territoire de cursus pour infirmiers de bloc opératoire et pour cadres de santé.

Politiques médico-sociales

Ayant constaté des retards d'équipements collectifs, la direction de la solidarité et de la santé de Corse et Corse-du-Sud (DSS) et la DDASS ont tenté de redynamiser, dans la limite de leurs compétences, les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées.

Dans le premier secteur, l'État a participé à l'ouverture d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 43 lits et à l'installation de 3 places d'hébergement temporaire. Trois projets de création et d'extension ont été co-instruits. Parallèlement, 4 structures hors normes ou non autorisées ont été fermées, après inspections conjointes avec les départements.

Cinq centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ont également été soutenus financièrement par l'État. Ces centres ont bénéficié d'une première évaluation par les comités de pilotage départementaux.

Enfin, la politique de médicalisation a conduit à la création de 36 places nouvelles de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et à la conclusion de quatre conventions tripartites.

En matière d'intégration des personnes handicapées, l'État a soumis aux partenaires, par un document régional, ses priorités en termes de planification pour les années à venir. De nouveaux équipements ont été autorisés et leur financement négocié pour une mise en œuvre en 2002-2003 : 21 places pour enfants autistes, 21 places d'instituts de rééducation, 46 places de services de soins à domicile (dont 20 pour troubles du caractère et de comportement et 26 pour déficients sensoriels), 19 places nouvelles de centre d'aide par le travail.

La politique nationale d'ouverture de sites pour la vie autonome a donné lieu à une évaluation des besoins en Haute-Corse. Un site a été ouvert à Ajaccio, sous l'égide d'une association regroupant l'ensemble des partenaires gestionnaires d'établissements. Dans cette même ville ont été regroupés dans une Maison du handicap la COTOREP, la CDES et le site pour la vie autonome (mise en place prévue au cours du premier semestre 2003).

Protection sociale

La réforme du Code de la mutualité a été mise en œuvre et celle du contentieux technique de la Sécurité sociale préparée avec les instances judiciaires. La convention d'objectifs et de gestion (COG) État/Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a également été évaluée à mi-parcours, en partenariat avec la DRASS de Provence Alpes Côte d'Azur, sur trois caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), dont celle d'Ajaccio. Parallèlement aux contrôles financiers menés pour la Cour des Comptes avec la Trésorerie générale, des inspections ont porté sur les prestations versées par les organismes de protection sociale au titre du revenu

minimum d'insertion (RMI) ou des accidents du travail. Certaines ont donné lieu à information du procureur.

Action sociale générale

Si le taux d'allocataires du RMI reste sensiblement supérieur à la moyenne nationale à la fin de 2002 (3,9 personnes couvertes pour 100 habitants contre 3,1), la politique menée conjointement avec les conseils généraux a permis une nouvelle diminution du nombre d'allocataires en 2002 (- 8,2 %) et un taux de contractualisation sensiblement supérieur au chiffre national (71,5 % contre 49,9 %).

L'augmentation du nombre de commissions locales d'insertion (CLI) a été actée et son financement obtenu. Une réflexion sur la redéfinition des territoires est en cours.

Tout en restant exorbitante du droit commun, la politique de contrôle de l'allocation par les caisses d'allocation familiales (CAF) a été réorientée.

Par ailleurs, les plans départementaux d'accueil des primo-arrivants sont en attente de contractualisation avec le Fonds d'action et de soutien à l'intégration et à la lutte contre les discriminations (FASILD).

Enfin, le dispositif d'aide à la parentalité, inscrit dans le schéma départemental de l'enfance en Haute-Corse, a été structuré et renforcé en Corse-du-Sud. Cette démarche publique forte a été menée parallèlement à :

- la négociation d'un plan d'action triennal de la DSS décliné en 3 objectifs stratégiques, 9 objectifs opérationnels et 44 actions ;

- une réorganisation en pôles de la direction ;
- la recherche de nouveaux locaux ;
- l'élaboration de fiches de postes, circuits de procédure et nouveaux plans de communication et de formation par le même service.

À noter : un site Internet commun à la DSS et à la DDASS a été ouvert en 2002.

Politiques hospitalières

Le projet d'établissement du centre hospitalier de Bastia, approuvé le 3 octobre 2002, s'organise autour de deux objectifs essentiels :

- la restructuration de l'offre de soins, en particulier par la mise en place d'un pôle cardio-vasculaire médical et chirurgical, le développement de la filière de soins gériatriques et de la prise en charge ambulatoire, le renforcement de la psychiatrie et l'organisation des spécialités dans les services de médecine ;
- la mise aux normes, notamment en matière de sécurité.

Enfin, deux schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ont particulièrement mobilisé les services de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) : ceux concernant les équipements lourds et la psychiatrie.

Le premier a notamment défini la carte sanitaire relative à :

- l'imagerie médicale (scanner et IRM) ;
- la médecine nucléaire (caméra à scintillation non munie de détecteur de positons) ;
- la radiothérapie (accélérateur de particules) ;

Ces documents ont été approuvés au début de 2003. Le SROS de psychiatrie s'est surtout concentré sur l'accessibilité et la qualité des soins, notamment par le développement des alternatives à l'hospitalisation, la mise en réseau des dispositifs, l'amélioration de la prise en charge des situations d'urgence, ainsi que celles des adolescents.

À ces réalisations s'ajoutent quelques objectifs spécifiques concernant la lutte contre les suicides, la prise en charge des personnes âgées et celle des détenus. Enfin, les travaux relatifs aux SROS insuffisance rénale chronique et réanimation ont été entamés ; ils doivent aboutir en 2003.

Des dispositifs pour développer l'accès aux droits

La délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) participe au financement d'un point de rencontre pour l'exercice du droit de visite, dans lequel se tiennent :

- une permanence d'accueil et d'information de personnes en situation de divorce ou de rupture de concubinage ;
- des consultations de médiation familiale.

Par ailleurs, sous l'impulsion de la DRDFE, le centre d'information sur les droits des femmes (CIDF) de Bastia gère un numéro d'appel gratuit 24 heures/24, afin de répondre aux situations de violence faites aux femmes.

EMPLOI

Une étude sur les conditions de la promotion de l'égalité des chances pour les femmes

Celle-ci a été réalisée dans le cadre du Document unique de programmation (DOCUP), en partenariat avec la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de Corse (DRTEFP). Elle a pour objectif de définir un dispositif d'actions concrètes pour promouvoir l'égalité des chances, concernant l'accès des femmes et leur participation à la vie active de la société dans toutes ses dimensions. Le domaine professionnel en constitue l'axe privilégié.

Une activité économique dynamique

La tendance positive, apparue en 2000 et confirmée en 2001, s'est poursuivie en 2002. Les perspectives apparaissent également encourageantes dans une conjoncture qui reste favorable.

Les bons résultats de l'activité touristique ont rejailli sur l'économie insulaire, même si les taux de croissance très élevés de 2001 n'ont pas été égalés.

Les principaux bénéficiaires de ce développement sont les services marchands (hôtellerie, transports, location

de voitures) avec une progression de 13,6 %. Le secteur agroalimentaire reste bien orienté, mais l'activité « travaux publics » est demeurée atone : la mise en œuvre du programme exceptionnel d'investissement reste en attente. En revanche, le dynamisme du bâtiment, soutenu par la construction, n'a pas fléchi.

La bonne tenue de l'activité profite au développement de l'emploi, surtout dans le privé où il progresse de 5,5 % entre 2000 et 2001.

Depuis 1997, le secteur privé a créé dans l'île environ 4 500 emplois. Pour la première fois, le nombre de postes dans le secteur privé dépasse celui des emplois publics ou semi-publics.

Cette progression est cependant contrariée par des tensions sur le marché du travail, dues aux difficultés de recrutement et au déséquilibre entre l'offre et la demande.

Pour les professionnels du secteur secondaire, en particulier, commence à se poser de façon cruciale le problème de l'attractivité des emplois dits manuels pour les jeunes en formation comme pour les demandeurs d'emploi. Le service public de l'emploi (SPE) régional participe donc à une large réflexion, associant les professionnels des secteurs concernés, l'Éducation et la collectivité territoriale de Corse : comment orienter ces publics vers des métiers dont l'image doit être valorisée ou revalorisée de façon urgente ?

Une attention particulière est également portée au problème de vieillissement de la population active. Une première étude sur ce sujet a été menée en 2002 par l'observatoire régional de l'emploi et de la formation (OREF) avec le concours actif de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et de la collectivité territoriale de Corse.

Baisse du chômage et recul de l'exclusion

À la fin de l'année 2002, le nombre de demandeurs d'emploi durable à temps plein (10 813) avait diminué de 10 % en un an, à l'inverse de la tendance nationale orientée à la hausse.

Le nombre des chômeurs de longue durée recule toujours plus sensiblement (- 21,3 %) : les mesures spécifiques de l'État de lutte contre l'exclusion continuent à conforter les embellies saisonnières de ces dernières années.

Le poids des minima sociaux demeure toutefois important : 12 555 personnes bénéficiaient du RMI à la fin de septembre 2002 et la précarité frappe 12 % de la population active, contre 7,8 % en France métropolitaine. Dans ce domaine, le SPE régional poursuit, en étroite concertation avec les collectivités concernées, une politique à long terme de passage de l'assistance à l'emploi. Ces publics prioritaires ont bénéficié en 2002 d'environ 2 000 places dans les mesures spécialisées pour l'emploi. L'Association pour le droit à l'initiative économique (ADIE), implantée depuis peu en Corse, a contribué en 2002 à la création de 82 entreprises par des demandeurs d'emploi ou des bénéficiaires du RMI.

Les résultats enregistrés sont encourageants :

- sur 2 ans, l'évolution du nombre de bénéficiaires du RMI affiche une diminution sensible (- 9,5 %) ;
- les bénéficiaires du régime de solidarité diminuent de 6,4 % en un an ;
- le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés régresse de 1,3 % sur un an.

La lutte contre l'exclusion est également confortée par un ambitieux programme d'actions de lutte contre l'illettrisme et la poursuite du programme TRACE (trajet d'accès à l'emploi) : ce dernier a accompagné vers l'emploi 41 % du public accueilli dans le dispositif.

Une approche territoriale de la politique d'emploi

La dynamique de développement et de l'emploi est portée par les potentialités et la valorisation des territoires. Le SPE régional est très attentif à cette dimension, autant pour les opportunités à saisir que pour les réponses à apporter. Il s'efforce de faciliter la mobilisation des acteurs à travers la réalisation des diagnostics locaux et l'élaboration de plans d'actions concertés. Leur mise en œuvre requiert la conjugaison de différents instruments d'intervention, dont notamment le contrat de plan et le DOCUP.

La consolidation des activités générées par le dispositif « emploi jeunes » constitue un des principaux enjeux en matière de développement local pour les services. Un partenariat a été développé dans ce domaine entre la DRTEFP, la Caisse des dépôts et les partenaires locaux, en particulier l'Office de l'environnement.

L'appui au dialogue social

Les relations sociales dans le secteur privé corse se singularisent par une conflictualité individuel-

le élevée et des conflits collectifs peu nombreux mais longs et bloquants pour l'économie locale.

L'emploi salarié est dispersé dans un nombre important de très petites entreprises, qui ne disposent pas de structures de représentation du personnel.

L'inspection du travail doit faire face à une présence importante du travail dissimulé en même temps qu'à une demande croissante des salariés en matière d'information sur leurs droits fondamentaux.

Dans ce contexte, les services se sont organisés pour développer la lutte contre le travail illégal en coordination avec les autres services de l'État compétents. Un projet de relogement des services du travail de Corse-du-Sud devrait permettre, à court terme, d'améliorer les conditions d'accueil, d'orientation et d'information du public.

Enfin, une session régionale de l'Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP), consacrée au dialogue social et au développement en Corse, a réuni entre décembre 2001 et juin 2002 une trentaine d'auditeurs issus du monde patronal, syndical et administratif ou d'entreprises publiques. Les propositions d'amélioration du dialogue social ont ensuite été formulées lors d'un colloque tenu à Ajaccio en juin 2002. Les services déconcentrés du travail étaient représentés dans cette session par trois cadres. Les premiers résultats de cette démarche sont encourageants :

- création d'une association regroupant les anciens auditeurs, dont l'objet est d'assurer la promotion du dialogue social dans l'île ;
- projet d'installation d'une agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail, ainsi que d'un institut du travail ;
- premières médiations dans des conflits collectifs assurées par des membres de l'association.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	261 501 (25)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	6 203
Nombre de naissances domiciliées en 2001	2 703
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	10,5
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	14
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	1 114
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	128
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	105
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	16,3
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	7,7
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	5,9
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	1,2
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	2,3
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	6 947

F RANCHE-COMTÉ

SANTÉ / SOCIAL

Une politique dynamique de santé publique

Dans le cadre de l'élaboration de la loi d'orientation en santé publique, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) a organisé, le 19 novembre 2002, une consultation régionale de santé. Cette instance a regroupé des acteurs et des partenaires du secteur. Sa mission était d'apprécier le processus actuel de détermination des priorités de santé, d'élaborer des propositions pour améliorer son efficacité et de définir des objectifs de santé prioritaires pour la région.

En relation étroite avec l'assurance maladie et les conseils généraux, la DRASS a également engagé la mise en œuvre du programme national de dépistage du cancer du sein. Le dispositif retenu a la particularité d'être géré par une structure interdépartementale unique, choisie en juillet 2002 : l'Association pour le dépistage des cancers (ADECA).

La DRASS, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et le Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES) du Doubs ont signé, à la fin de 2002, une convention en vue de la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS). L'objectif est d'adapter les orientations nationales au contexte local. Un comité technique régional de la nutrition a été constitué pour piloter ces travaux.

Les actions relatives à la lutte contre les drogues et les toxicomanies sont par ailleurs pérennisées dans l'ensemble des départements, notamment à travers l'élaboration de schémas départementaux (Haute-Saône, Jura...).

Le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) est en cours de réalisation. La priorité 2002 porte sur un diagnostic des actions et des structures existantes. Les volets départementaux du programme régional d'accès aux soins et à la prévention des plus démunis (PRAPS) continuent d'être mis en œuvre par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), en liaison étroite avec la DRASS. L'évaluation du PRAPS 1^e génération a fait l'objet d'une réflexion méthodologique et des travaux d'élaboration du PRAPS 2^e génération sont en cours.

Santé environnementale : de nombreuses actions

Dans le Jura, le Territoire de Belfort et la Haute-Saône des campagnes de prévention et de dépistage du saturnisme infantile (recherche de plombémie) ont été lancées auprès d'enfants résidant dans des logements potentiellement à risques. Une campagne de sensibilisation des médecins est actuellement en

préparation, en liaison avec l'Observatoire régional de santé (ORS). Dans les quatre départements, un important travail a également été mené en matière de lutte contre l'insalubrité, le saturnisme hydrique et celui de l'habitat.

La campagne de mesure et de travaux correctifs en matière de concentration en radon dans tous les établissements scolaires de Haute-Saône s'est en outre poursuivie.

Enfin, dans le Territoire de Belfort, l'ensemble des acteurs de l'eau ont bénéficié de la création d'un guide sur l'eau potable. Dans le Doubs, l'activité de prélèvement en vue du contrôle sanitaire des eaux a été déléguée.

Organisation de l'offre de soins

En matière de planification, l'année 2002 a été marquée par l'élaboration du schéma régional d'imagerie médicale et de médecine nucléaire. Piloté par la DRASS, en collaboration avec la Commission médicale régionale (CMR), il a été arrêté par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) en novembre 2002.

Les grèves des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes, ont nécessité de mettre en œuvre des procédures de réquisition dans les différents départements, mobilisant fortement les services.

Vigilance et sécurité sanitaire

Cette année, des travaux destinés à organiser un dispositif de prise en charge des risques exceptionnels ont été menés. À terme, l'objectif est de mettre sur pied une coordination régionale des surveillances et des vigilances et un appui technique mutualisé en cas d'urgence ou de crise.

Secteur social et médico-social : Observer, partager

La DRASS a joué activement son rôle d'observation sociale et d'élaboration de systèmes d'informations partagés avec les partenaires du secteur. Elle a ainsi participé aux groupes de travail de la mission d'information régionale sur l'exclusion (MIRE), créée en 2001.

En Franche-Comté, elle a élaboré un tableau de bord des données de la pauvreté et de la précarité, en liaison avec la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP).

L'étude qualitative sur l'utilisation de la mesure appui social individualisé (ASI), engagée en 2001, a été poursuivie et développée en 2002, en étroite concertation avec les DDASS.

Mieux aider les personnes en difficulté

En avril 2002, une mise en perspective régionale des schémas départementaux de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion a été présentée au comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS). Les capacités d'intervention en faveur des populations en grande difficulté et des demandeurs d'asile ont été renforcées, avec en particulier l'augmentation du nombre de places dans certains centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) : + 30 places en Haute-Saône, + 10 places dans le Jura...

Pour les publics précaires, le département du Doubs a veillé à la structuration d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des personnes en grande difficulté. Deux nouveaux CHRS ont également été ouverts en Haute-Saône et dans le Jura.

La 3^e journée consacrée au bilan de mise en œuvre de la loi contre les exclusions s'est par ailleurs tenue dans le Territoire de Belfort. Elle a associé l'ensemble des acteurs : État, collectivités territoriales, organismes de protection sociale et associations.

Personnes âgées et handicapées : planification et programmation

Les programmations annuelles ou pluriannuelles des structures pour personnes âgées ou handicapées se sont poursuivies, avec en particulier une augmentation des capacités des établissements et des services pour enfants et adultes lourdement handicapés (polyhandicapés, traumatisés crâniens...).

En Franche-Comté, 41 places d'accueil de jour ont été créées, ainsi que 14 places d'hébergement temporaire pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, 21 places de centres d'aide par le travail (CAT) et 92 places de services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées.

L'élaboration des schémas départementaux en faveur des personnes handicapées s'est poursuivie dans certains départements. Ainsi, dans le Doubs et le Jura, le schéma des adultes handicapés a été mis en place. L'objectif est de diversifier les prises en charge en établissements, mais aussi de développer l'accompagnement à domicile pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle des handicapés et le respect de leurs droits. Dans le département de la Haute-Saône, l'activité du site pour la vie autonome, l'une des rares structures de ce type réellement opérationnelle en France, s'est développée rapidement.

Les DDASS ont, en outre, poursuivi la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : 25 conventions annuelles tripartites (État, assurance maladie et conseils généraux) ont été signées.

Le dispositif des centres locaux d'information et de concertation (CLIC) a aussi été mis sur pied : 2 CLIC ont ouvert en Haute-Saône (Gray et Luxeuil), tandis que 3 sont opérationnels dans le Jura (Pays Lédonien, Nord-Jura et Triangle d'Or).

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées à domicile, un travail de réflexion est en cours avec les structures d'aide à domicile et les autres partenaires financiers. L'objectif est de présenter un plan régional de formation des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées, en lien avec la réforme du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD), désormais transformé en diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). Cent places ont été ouvertes pour l'année scolaire 2002-2003, afin de faire face aux importants besoins de formation dans la région.

Les DDASS ont également financé des postes d'auxiliaires de vie, notamment dans le Jura et le Territoire de Belfort.

En matière de formations sociales et paramédicales, 81 places supplémentaires ont été créées à l'Institut régional en travail social (IRTS) et 104 dans les huit écoles d'aides-soignants de la région.

Inspection, contrôle et évaluation

Les actions ont été menées principalement dans le cadre du programme annuel régional et interdépartemental. Coordonnées et animées par la mission interdépartementale de contrôle et d'évaluation (MICE), elles ont couvert les volets santé, protection sociale et action sociale.

En 2002, les principaux thèmes abordés ont été les suivants :

- la prévention et le dépistage des risques de maltraitance dans les structures recevant des personnes vulnérables : deux établissements pour enfants présentant des troubles du comportement et six maisons de retraite ont été inspectés ;
- les contrôles en matière de sécurité sanitaire : prévention de la transmission des agents de l'encéphalopathies spongiforme, désinfection des dispositifs médicaux, lutte contre la légionellose dans les établissements de santé, hémovigilance... ;
- l'évaluation de la déclinaison locale des conventions d'objectifs et de gestion (COG).

L'organisation des services

Au début de l'année, l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) ont été mis en œuvre par les cinq directions. Chaque structure a mis en place un système automatisé de gestion des horaires et de suivi de l'ensemble du dispositif.

La poursuite de la préparation du regroupement de la DRASS, de la DDASS du Doubs et de l'ARH dans de nouveaux locaux à Besançon a donné lieu, tout au long de l'année, à de nombreuses réunions de travail, notamment sur les aspects juridiques, les prévisions budgétaires, l'organisation fonctionnelle et le suivi technique de l'opération. Le déménagement dans de nouveaux locaux est prévu pour l'été 2003.

Une politique originale de développement des systèmes d'information

En 2002, l'agence a engagé et coordonné une politique originale de développement des systèmes d'information et de télé-médecine, qui fait de la Franche-Comté une région pilote en ce domaine.

Grâce aux appuis financiers des appels à projets nationaux « e-santé », divers projets ont été rendus opérationnels.

Ainsi, dans le cadre d'un réseau régional associant les services d'urgence de la région, la prise en charge des urgences neurologiques peut faire appel à la télé-expertise. La création d'un dossier minimum, partagé entre tous les réseaux de santé, a obtenu le consensus des professionnels. L'utilisation d'un « serveur identifiant patient régional » permet la circulation et le partage d'informations.

L'ensemble est fédéré au sein d'un portail régional accessible, selon divers niveaux d'autorisation, au grand public, aux professionnels de santé et aux acteurs des réseaux de santé franc-comtois. Les développements techniques sont effectués dans le respect de normes d'interopérabilité.

Cette politique est conduite en partenariat avec les établissements et les médecins hospitaliers et libéraux des réseaux de santé, avec le soutien de la préfecture de région et du conseil régional. Elle répond aux nécessaires évolutions des systèmes d'information hospitaliers. Le maillage territorial et fonctionnel ainsi créé permet, en recomposant l'offre hospitalière, d'assurer une meilleure continuité de la prise en charge des patients, une plus grande équité et un meilleur service aux usagers. Cette recombinaison s'est poursuivie en 2002, avec notamment :

- la fusion des centres hospitaliers de Vesoul, Lure et Luxeuil, en Haute-Saône ;
- la création d'un centre périnatal de proximité et d'une hospitalisation à domicile en périnatalité à Gray, à la place de la maternité, qui a été fermée.

Contrats d'objectifs et de moyens : leviers de l'allocation de ressources

En matière d'investissement et de fonctionnement, et hors mesures liées à la réduction du temps de travail, l'agence s'est engagée dans la négociation de contrats d'objectifs et de moyens globaux. Ces négociations, conduites avec l'ensemble des établissements, ont été menées sur la base de projets d'établissements réécrits et adaptés aux objectifs du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS).

Sur les 28 établissements sous dotation globale de la région, 24 ont signé un contrat. Au total, les engagements budgétaires d'accompagnement s'élèvent à 8,57 M€ en 2002, dont 2,69 M€ non reconductibles.

Une modernisation largement engagée

À mi-parcours du SROS, l'offre régionale a été fortement modernisée.

Avec l'adoption du volet du SROS d'imagerie médicale et de médecine nucléaire, à l'automne, la Franche-Comté rattrape une partie de son retard, en dotant notamment la cancérologie de moyens thérapeutiques et de diagnostic adaptés. À ce titre, un PET-Scan a été installé. Cette modernisation a nécessité une amélioration des conditions de travail dans les établissements. En 2002, 18 accords locaux ont été conclus pour la mise en place de la réduction du temps de travail des personnels non médicaux.

Une mobilisation autour de la contraception en Franche-Comté

La campagne nationale sur la contraception a permis de mobiliser l'ensemble des partenaires, à travers les comités de pilotage départementaux coanimés par les DDASS et les délégations départementales aux droits des femmes et à l'égalité (DDFE).

En 2002, les membres du comité de pilotage ont choisi de profiter de différents événements – comme le Festival international de la musique (FIMU), les Eurockéennes de Belfort ou la Fête de la musique en Haute-Saône – pour sensibiliser les jeunes à la contraception. Des fascicules sur le sujet ont été distribués et des stands d'information installés. Le Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES), la direction départementale de la jeunesse et des sports (DDJSS), le Bureau info-jeunesse et le Centre d'information et de documentation sur les droits de la femme (CIDF) ont été partenaires dans chaque département. Par ailleurs, le 28 novembre 2002, une journée d'échanges autour de la contraception a été co-organisée par la mutualité française, la déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et le Centre d'information et de consultation sur la sexualité (CICS). Elle a réuni 120 professionnels à Besançon et a été précédée, la veille, d'une conférence de Martin Winckler destinée au grand public.

EMPLOI

Des équipes mobilisées au service de l'emploi

En Franche-Comté, les 200 agents de la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) et des directions départementales (DDTEFP) sont mobilisés pour :

- améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les entreprises ;
- participer à l'insertion et à la promotion des salariés et des demandeurs d'emploi ;
- encourager la création d'activités nouvelles.

L'inspection du travail et le service régional de contrôle de la formation professionnelle veillent au respect des dispositions légales. L'échelon régional apporte un appui technique en matière de sécurité et de santé au

travail, une logistique au service de la prospective et de l'anticipation, la définition des orientations en termes d'objectifs et de moyens, ainsi qu'une évaluation des résultats. Dans ce cadre, la DRTEFP gère les programmes du contrat de plan État-Région (CPER) et du Fonds social européen (FSE).

L'emploi en Franche-Comté

Le bilan de cette année est mitigé. Malgré un recul de l'emploi direct dans l'industrie, en partie compensé par un niveau élevé de recours à l'intérim dans ce secteur, les effectifs salariés se sont accrus de 0,4 %. Le nombre de demandeurs d'emploi (DEFM 1 + 6) inscrits en Franche-Comté a augmenté de 9,1 % en un an (+ 3 626 personnes). Les hausses les plus fortes concernent le Territoire de Belfort (+ 15 %) et le Jura (+ 12,9 %). Le taux de chômage est passé de 7,2 % à 7,8 % en un an.

Le nombre de chômeurs de longue durée - qui avait reculé de 55,4 % (- 11 091 personnes) entre 1997 et 2001 - s'est accru de 20,9 % (+ 1 864 personnes) en 2002, malgré l'intervention du service public de l'emploi. Le nombre de chômeurs de longue durée a particulièrement augmenté dans les bassins les plus industriels : Saint-Claude, Montbéliard, Morteau et Belfort.

Territorialiser, individualiser, mutualiser les moyens

La territorialisation de l'action en matière d'emploi a été poursuivie. À l'issue d'une journée de travail, organisée le 19 juin à Arbois par le service public régional de l'emploi, une charte régionale de la territorialisation a été signée par le DRTEFP et les directeurs régionaux de l'ANPE et de l'AFPA. Elle définit le cadre d'intervention des composantes du service public de l'emploi (SPE), en relation étroite avec les partenaires régionaux et locaux.

Les plans d'action locaux visent à consolider une offre locale de services aux demandeurs d'emploi, aux salariés, mais aussi aux entreprises confrontées à des difficultés dans la recherche de compétences ou dans le traitement de plans de sauvegarde de l'emploi. Toutes les composantes du SPE sont engagées dans la collecte des offres d'emploi par l'ANPE, la mise en place de réponses adaptées et la lutte contre les problèmes persistants de recrutement dans certains secteurs ou entreprises.

Par ailleurs, la création d'un service public de l'emploi interdépartemental sur le périmètre du pays de l'Aire urbaine traduit la volonté de faire coïncider le cadre de l'action de l'État et celui des acteurs territoriaux, au-delà des découpages administratifs. Pour la première fois en 2002, un diagnostic partagé entre les intervenants des trois départements a été réalisé. Il a donné lieu à la programmation d'actions concertées entre le Doubs et le Territoire de Belfort.

Conformément aux décisions gouvernementales, la politique de l'emploi a été davantage orientée vers le secteur marchand au cours du second semestre. Le contrat pour l'emploi des jeunes en entreprise, applicable à partir du 1^{er} juillet, a permis de recruter 814

jeunes dans des entreprises de la région, soit 4 % des contrats signés au plan national.

En matière de lutte contre l'illettrisme, des actions de formation ont été conduites sur 22 sites territoriaux. Un programme universitaire « illettrisme et apprentissages », sanctionné par un diplôme de l'université de Franche-Comté associée à l'université de Paris V, a été créé pour professionnaliser les formateurs. Une concertation avec tous les acteurs institutionnels concernés a été engagée, afin de mettre sur pied une coordination régionale.

Une politique ciblée de formation et de qualification des salariés

La politique contractuelle en matière de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences est un axe important des relations entre l'État, le conseil régional et les partenaires sociaux. En février 2002, les orientations régionales du dispositif ont fait l'objet d'une importante action de communication auprès des partenaires sociaux. L'enjeu était de rappeler la nécessité d'améliorer la qualification et l'accès à la formation pour les salariés les plus fragiles, mais aussi de sensibiliser chacun à son rôle en vue de réactiver l'emploi sur un bassin en difficulté. Une vingtaine d'entreprises ont, par ailleurs, bénéficié de prestations d'appui-conseil, dont 13 dans le cadre de l'accord régional signé en 2001 avec le MEDEF, au titre de la gestion des compétences.

Plusieurs accords ont également illustré la politique menée avec les branches professionnelles en matière de développement de l'emploi et de la formation. Dans le domaine de l'artisanat du BTP, un accord-cadre régional a ainsi été signé entre l'État et la profession, par déclinaison de l'accord national.

L'accord régional relatif aux maisons de retraite permet, pour sa part, d'engager des actions de validation des acquis de l'expérience et de professionnalisation des salariés de ce secteur.

Enfin, un projet collectif mobilisant douze entreprises du secteur des transports sanitaires a également été conventionné, afin de favoriser l'accès des salariés au certificat de capacité d'ambulancier.

L'engagement de développer la formation sur le Territoire de Belfort a été conclu pour la période 2001-2003. Il s'inscrit dans une démarche de prévention des difficultés économiques et de revitalisation d'un bassin d'emploi affecté par les restructurations industrielles. Dans ce cadre, 44 entreprises ont bénéficié des aides publiques, en vue de diversifier leurs activités et de renforcer les compétences de leurs salariés. La chambre des métiers a également soutenu un projet collectif élaboré par 19 très petites entreprises (TPE).

Des discussions ont, par ailleurs, été ouvertes, en 2002, sur un nouveau contrat d'objectifs professionnels dans la métallurgie et dans le secteur du bâtiment et des travaux publics. Des négociations sont aussi conduites dans l'agroalimentaire, ainsi que des travaux préparatoires à la signature d'un contrat d'objectif interprofessionnel.

En 2002, 11,4 M€ ont été programmés au titre du

Fonds social européen. Celui-ci est intervenu de manière substantielle dans le financement des actions de développement de la formation professionnelle, notamment dans la programmation de la mesure 6 de l'objectif 3 : « moderniser les organisations du travail et développer les compétences ». Ainsi, 72 entreprises et associations ont bénéficié d'un financement communautaire pour la mise en œuvre de leur plan de formation. Trois conventions cadres et trois projets collectifs ont également été conclus avec des organismes professionnels. L'ensemble des projets retenus concerne 3 859 salariés, dont 44 % de femmes. Près des deux tiers des bénéficiaires sont des salariés relevant du premier niveau de classification (ouvriers, employés). Dans le cadre du programme européen EQUAL, dont l'objectif est de lutter contre toutes les formes de discrimination et d'inégalité dans les domaines du travail et de l'emploi, des projets régionaux ont été retenus pour la période 2002-2005. Six opérations ont ainsi été financées. Elles concernent plusieurs domaines :

- l'insertion des travailleurs handicapés ;
- le développement de services d'utilité collective en zone rurale ;
- la prévention des discriminations au travail ;
- l'accompagnement des entreprises dans la prise en compte de l'âge et dans la gestion des ressources humaines ;
- la formation qualifiante des travailleurs temporaires entre les missions.

Enfin, l'année 2002 a vu, en Franche-Comté, le démarrage du dispositif d'information et de conseil en validation des acquis de l'expérience (VAE). Une journée de travail a été organisée le 8 octobre à Besançon, à l'attention des acteurs de la formation et de l'emploi. Une cellule régionale inter-services a également été créée. Des points relais-conseil seront mis en place au début de 2003.

Structuration du secteur de l'économie sociale et solidaire

Inscrite dans le projet territorial de l'État, la constitution d'un pôle régional de compétences pour le développement de l'économie sociale et solidaire s'est concrétisée en 2002. Le DRTEFP et le délégué régional au commerce et à l'artisanat ont réuni les services régionaux et départementaux concernés, dans le cadre d'appels à projet « dynamiques et solidaires ». Treize dossiers ont été soutenus. L'État a par ailleurs encouragé et accompagné la création d'une chambre régionale de l'économie sociale et solidaire, née en novembre 2002 de l'initiative des représentants du monde associatif, mutualiste et coopératif. Cette structuration a pour but de favoriser la dynamique interne et la reconnaissance d'un secteur important, notamment dans les services. Les activités créées ou développées dans le cadre du dispositif nouveaux services emplois jeunes (NSEJ) ont été consolidées. Au 31 décembre 2002, elles avaient déjà bénéficié à 2 905 personnes. Des actions sectorielles ont également été menées, notamment dans le

tourisme, et des diagnostics territoriaux ont permis la mise en place de dispositifs d'accompagnement dans le Jura et dans le Doubs.

Deux études ont par ailleurs été menées à bien cette année : une étude de la DRTEFP sur la localisation des activités et des emplois dans la région, et une étude de l'Observatoire régional emploi formation (OREF) sur les besoins et les actions de formation. Des conventions d'épargne consolidée ont en outre été conclues pour 362 emplois dans le secteur associatif. En matière de formation professionnelle, les objectifs définis dans le cadre de la politique de contrôle 2001-2002 ont été tenus.

Trente contrôles ont été effectués sur l'utilisation des fonds structurels européens relatifs à la programmation 1994-1999. Ils ont porté sur des dépenses d'un montant de 43 640 625 € et se sont traduits par 359 271 € de corrections financières et par de multiples mises en conformité.

Un contrôle approfondi de deux collecteurs de la taxe d'apprentissage, représentant un montant de collecte de 3 292 248 €, a été réalisé.

Une série de contrôles ciblés, portant sur les pratiques de formation dans le secteur du gardiennage et de la sécurité, a été menée de façon concertée avec trois autres régions volontaires. Ces actions se sont prolongées au niveau national, sous la forme d'un jeu de fiches intégré dans le guide du contrôle de la formation professionnelle.

Santé au travail et prévention des risques professionnels

La méthode franc-comtoise d'évaluation des risques, élaborée à l'initiative de la DRTEFP, a été actualisée en partenariat avec l'Union des industries métallurgiques et minières (UIMM), la Caisse régionale d'assurance maladie (GRAM) et le Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (FACT). Des actions d'information et de sensibilisation des entreprises, des représentants du personnel, des médecins du travail et des agents de contrôle de l'inspection du travail de la région ont été conduites, sous la forme de colloques départementaux. Plus de 600 représentants d'entreprises et de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ont participé à ces manifestations. Des actions collectives pluriannuelles 2002-2003 vont permettre d'approfondir cette approche avec les PME et les TPE des secteurs du BTP, de la métallurgie et de l'interprofessionnel. Un séminaire sur le stress au travail, organisé au cours de la Semaine européenne de la prévention des risques, a rassemblé plus de 100 personnes, le 24 octobre. Cette manifestation, alimentée de débats entre les préventeurs et les partenaires sociaux, a confirmé l'intérêt d'un travail concerté sur des sujets comme la charge ou l'organisation du travail, le harcèlement... Une cellule régionale de préventeurs s'est donc constituée sur le thème de la souffrance mentale au travail. L'objectif est de créer des indicateurs permettant aux entreprises de mesurer l'impact de l'organisation du travail sur la santé des salariés.

Des actions de contrôle de l'inspection du travail ont été ciblées sur la prévention des risques liés à l'utilisation des produits cancérigènes, notamment dans les secteurs de l'horlogerie et du traitement de surfaces. Un rapprochement et une collaboration avec l'inspection des établissements classés de la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) ont permis une analyse concertée et des interventions coordonnées sur la prévention des risques industriels les plus importants dans la région.

Par ailleurs, l'inspection médicale du travail a engagé, depuis plusieurs années, une action de suivi et d'analyse des pathologies professionnelles en Franche-Comté. Des études pluriannuelles sur les maladies indemnisées, les maladies à caractère professionnel signalées par les médecins, les maladies professionnelles allergiques ou celles liées à l'amiante ont été publiées cette année à destination de l'inspection du travail, des préventeurs (médecins du travail, CRAM) et des partenaires sociaux. Ceux-ci ont posé les jalons d'un Observatoire régional de la santé au travail (ORST), en application d'un accord signé au plan national en 2000.

Des métiers porteurs d'emplois pour les femmes de Franche-Comté

Une recherche-action sur l'orientation des femmes a été réalisée et pilotée en partenariat avec le conseil régional et la DRTEFP. Elle repose sur la volonté des femmes d'accéder à des métiers peu féminisés et sur le soutien des entreprises. Le but est d'identifier les processus qui fondent les identités professionnelles et d'adapter les outils pédagogiques permettant de transformer ces identités.

Dans le cadre d'une grande campagne de sensibilisation aux métiers du bâtiment, fondée sur un contrat d'objectif avec la fédération française du bâtiment, la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) a participé à la conception d'une cassette sur « les femmes dans le bâtiment », destinée aux organismes-relais et aux entreprises.

Le Centre européen de formation des compagnons du tour de France à Mouchard a également réalisé une campagne d'affichage, presse et télévisée, sur les formations dans les métiers du bois.

Enfin, la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB) a organisé une table ronde sur l'emploi féminin dans le bâtiment.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	1 122 959 (20)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	22 381
Nombre de naissances domiciliées en 2001	14 032
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	8,8
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	24
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	4 616
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	110
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	56
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	62,3
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	17,8
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	11,2
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,6
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	4,4
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	10 875

SANTÉ, SOCIAL

Réorganisation des services sociaux

La restructuration de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) en direction de la santé et du développement social (DSDS), actée en juillet 2001, a pris son plein effet en 2002. La nouvelle direction a notamment en charge, depuis le 1^{er} janvier 2002, les missions relatives à la protection sociale, à l'inspection régionale de la santé et à la formation des personnels. Elle a saisi cette occasion pour revoir son organisation sous forme de pôles (pôles social, santé et ressources). Cette décision a entraîné des mouvements importants de personnels à la fois internes et par mutation.

Les services ont donc dû s'approprier des missions nouvelles, tout en renforçant celles relatives à la tutelle sur l'offre de soins. Cette réorganisation s'est opérée dans un contexte difficile. La caisse générale de Sécurité sociale a en effet été confrontée en 2002 à la mise en œuvre très conflictuelle de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT), nécessitant l'intervention de la direction et de la Caisse nationale d'assurance maladie. Finalement, grâce à un protocole d'accord signé le 19 septembre 2002, la grève a été évitée et il a été possible d'attendre le jugement du tribunal d'instance pour interpréter l'accord ARTT précédemment signé.

Parallèlement, les comptes 2001 ont reçu un avis défavorable du comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC) : la CGSS n'avait pu effectuer les régularisations nécessaires, en dépit de l'accompagnement mis en place conjointement par la Trésorerie générale et la DSDS à la suite de l'avis favorable avec réserves émis sur les comptes 2000.

Enfin, les services ont dû aider la Caisse d'allocations familiales (CAF) et la CGSS dans la mise en œuvre de la loi d'orientation pour l'outre-mer.

Autre difficulté : la réforme du Code de la mutualité, dans le contexte d'une montée en charge toujours importante de la couverture maladie universelle (CMU). Cette réforme a un impact considérable sur le paysage mutualiste de la Guadeloupe, composé de nombreuses mutuelles de très petite taille : la dissolution de celles qui n'auront pas obtenu leur agrément pose ici un problème épineux.

Enfin, la DSDS a dû mettre en place très rapidement un plan de formation très lourd - en raison du nombre d'agents mutés ou ayant changé de service - sans que cet effort inévitable ait été pris en compte dans son budget. C'est ainsi que 131 agents sur 240 ont été formés en 2002, soit plus de 50 % de l'effectif. Face à l'urgence, la DSDS a fait appel, en plus des modalités classiques, à des formations actions sur les dossiers

animés par des agents de catégorie A ou B de la direction ayant l'expérience du domaine concerné. Elle a également privilégié des actions interrégionales au sein de la zone Antilles-Guyane.

La tutelle sur les établissements hospitaliers a constitué un vrai défi pour les services : la presque totalité des agents de ce service ont en effet très peu d'expérience en ce domaine. En outre, la gestion des dossiers avait pris des retards importants en raison des très grandes difficultés rencontrées par le centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre Abymes, le Centre hospitalier de Saint-Martin et le centre hospitalier spécialisé (CHS) de Montéran. Les effets des mesures prises pour accompagner ce service (formation, renforcement de l'effectif) ont commencé à porter leurs fruits dès la fin de l'année.

Dans le même temps, les relations entre la DSDS et l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ont été renforcées, grâce à la création de la commission des affaires hospitalières et de la commission de suivi des investissements. Le service du contrôle médical y a été également associé. La concertation entre les deux instances de tutelle s'en est ainsi trouvée améliorée. Enfin, le management au sein de la DSDS a été renforcé. Une démarche concertée de travail par objectifs a été mise en œuvre au sein des services à partir d'orientations stratégiques définies par la direction. Les cadres ont bénéficié de formations à cet effet. Cette démarche a eu l'avantage de rendre plus lisible l'action de la DSDS en interne et d'accentuer le travail en équipe au sein des services.

Grands chantiers nationaux des affaires sanitaires et sociales

Ceux-ci ont trouvé leur déclinaison en Guadeloupe dans diverses actions :

- le lancement de la réflexion sur la mise en œuvre du dépistage du cancer. Un rapport, présenté au comité régional des politiques de santé, définit l'épidémiologie et un projet d'organisation. La DSDS travaille à la sensibilisation des financeurs et des professionnels de santé. D'ores et déjà un accord est intervenu entre la direction, la CGSS, l'ARH, le conseil général et la Ligue contre le cancer. Il convient maintenant d'obtenir l'adhésion des professionnels au montage de la structure de dépistage ;
- la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), menée en concertation avec le conseil général et la CGSS, dans le cadre d'un comité de pilotage. La signature de conventions tripartites n'a toutefois pu intervenir, en raison notamment du retard mis par les établissements à produire leur auto-diagnostic, ne permettant pas à la Guadeloupe de bénéficier des moyens exceptionnels mis en œuvre par le ministère ;

- Dans le même temps, les services ont travaillé à augmenter l'offre médico-sociale : création d'un institut médico-professionnel (IMPRO) de 30 places, d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) de 50 places et d'un autre de 35 places, ainsi que d'un institut médico-éducatif (IME) pour artistes. Ils ont contribué également au développement de la coordination gérontologique, avec la création du premier centre local d'information et de coordination (CLIC) du département dans l'île de Marie-Galante. La Guadeloupe étant nettement sous-équipée, ces mesures étaient particulièrement attendues ;
- la décision de lancer le schéma régional de lutte contre le sida. L'élaboration d'un diagnostic a été confiée au Comité guadeloupéen de l'éducation pour la santé. En effet, la situation de l'île en ce domaine est particulièrement alarmante. Elle reste, avec la Guyane, le département d'outre-mer présentant la plus forte incidence de malades atteints par le VIH-sida : 2 698 patients ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie ; 117 nouveaux patients ont été pris en charge en 2002 et 1 077 sont suivis par le Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), dont 32 % d'étrangers. Ce dernier chiffre suppose de renforcer les actions de coopération avec Haïti sur la prévention et la lutte contre l'infection.
- la consultation en santé publique pour l'élaboration de la loi de programmation quinquennale en santé publique. La mobilisation des acteurs concernés s'est organisée autour d'un questionnaire diffusé aux professionnels sur la définition des priorités de santé, les objectifs opérationnels et leurs modalités de réalisation. D'autre part, environ 160 professionnels ont accepté de se rencontrer au sein d'ateliers, afin de préciser les besoins locaux en santé publique. Ont été retenues comme priorités : en premier lieu les accidents de la voie publique, l'abus d'alcool et l'hypertension artérielle ; puis la périnatalité (la mortalité périnatale stagne à un taux d'environ 15 pour 1 000 naissances vivantes depuis 1990, soit le double de la métropole), le diabète (faible mortalité, mais forte morbidité), le sida, le handicap et les inadaptations chez les jeunes ainsi que la toxicomanie au crack, la drépanocytose (12 % de transmetteurs sur le département et une union à risque sur 65), le cancer, en particulier ceux du sein, du col de l'utérus et de la prostate ;
- l'élaboration du schéma des formations sociales, validé par le comité de pilotage rassemblant l'ensemble des acteurs du domaine ;
- enfin, la lutte contre les pesticides. La direction en a profité pour conforter les actions partenariales menées avec la Direction des services vétérinaires, la Direction de l'agriculture et la Direction de l'environnement. Les services ont notamment travaillé à l'élaboration d'une stratégie commune qu'il conviendra d'étendre à la Martinique en 2003.

Gestion de crises sanitaires et de conflits

Crises sanitaires et conflits ont lourdement pesé sur le fonctionnement de la direction en 2002. On peut citer :

- la grève du CHU, qui a duré plus d'un mois. Deux inspections ont dû être diligentées afin de s'assurer de la sécurité des malades. La mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), intervenue à cette occasion, a également mobilisé les services. Elle devrait aboutir à l'élaboration d'un véritable plan stratégique de développement du CHU, portant à la fois sur ses missions - en particulier universitaires - son plateau technique, son projet immobilier et son programme social, qui devrait viser à réduire les tensions récurrentes au sein de l'établissement ;
- le non-respect des protocoles de stérilisation à la clinique « La Nouvelle Chirurgicale ». Celui-ci, constaté lors des inspections systématiques, a nécessité l'intervention de plusieurs services de la DSDS afin de circonscrire le risque sanitaire. Des mesures correctives immédiates ont été exigées, et l'ensemble des patients concernés par ces dispositifs médicaux stérilisés les mois précédents a été contacté ;
- la grève des salariés des mairies. Elle a eu des conséquences importantes sur le plan de l'hygiène en raison, là aussi, de sa durée ;
- la grève des salariés de la communauté des communes de Basse-Terre, Baillif, et Saint-Claude, qui a entraîné des perturbations fortes pendant près d'un mois dans la distribution de l'eau sur la zone. Le service santé-environnement de la DSDS s'est rendu en permanence sur le terrain pour contrôler la qualité de l'eau distribuée ;
- le conflit, signalé plus haut, portant sur la mise en œuvre de l'ARTT à la CGSS ;
- ceux, sporadiques, au CHS de Montéran, qui ont nécessité là aussi le déclenchement d'inspections, ainsi que l'intervention médiatrice de la DSDS ;
- les importants retards et dérapages financiers liés à la construction du centre hospitalier de Saint-Martin ou encore à la gestion financière de l'établissement. Ces problèmes ont là encore entraîné le déclenchement d'une inspection DSDS, ainsi que la saisine de la commission nationale de contrôle des marchés ;
- l'épidémie de dengue. Apparue à la fin de 2001, elle s'est poursuivie jusqu'en mars 2002. Plus de 2 000 cas ont été recensés, sans provoquer toutefois aucun décès. La lutte s'est organisée avec l'ensemble des partenaires - dont le conseil général - dans le cadre du comité de pilotage de lutte contre la dengue et les maladies transmissibles par les insectes ;
- après les États-Unis, la fièvre du West Nile constitue maintenant une menace réelle pour la Guadeloupe, dans la mesure où les sérologies pratiquées par les services vétérinaires sur les chevaux ont confirmé la circulation du virus. Les acteurs institutionnels - Direction des services vétérinaires (DSV), DSDS, Centre de coopération internationale en recherche agronomique (CIRAD), CHU, Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) et Institut Pasteur - se sont organisés au sein du groupe de travail sur les zoonoses arborifères. De même, le Comité national de pilotage (COPIL) « Dengue », associant les acteurs précités et les collectivités, s'est élargi aux maladies humaines transmises par les insectes.

Politiques hospitalières

Après consultation du comité régional de l'image-Arie, l'ARH a arrêté la carte régionale des équipements lourds (scanographes, IRM) et - avec l'appui du groupe de travail régional - celle des équipements de radiothérapie. Les autorisations découlant de ces nouvelles cartes - soit un équipement supplémentaire pour chacun des trois types d'appareils - ont été délivrées avant la fin de l'année 2002.

Pour l'application de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT), la répartition des emplois non médicaux (243 équivalents temps plein) a été systématiquement privilégiée. Il en a été de même pour l'ARTT des professions médicales.

Par ailleurs, l'agence s'est impliquée dans l'étude des besoins en formation paramédicale (infirmières, infirmières aide-anesthésistes et puéricultrices). Celle-ci débouchera, en 2003, sur une très forte augmentation des promotions de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Pointe-à-Pitre et sur la création des écoles interrégionales d'infirmières aide-anesthésistes et puéricultrices basées en Guadeloupe.

Établissements de santé privés

Lors de l'élaboration de la tarification 2002, l'ARH, en partenariat avec les représentants de la Fédération hospitalière privée, a achevé l'harmonisation, conduite sur trois exercices, des tarifs par discipline, opposables à toutes les cliniques de la Guadeloupe. Parallèlement, la maquette des contrats d'objectifs et de moyens résultant de l'application du décret 2002-780 du 3 mai 2002 a été élaborée, puis négociée avec les représentants de la Fédération hospitalière privée. Les contrats par établissement doivent être conclus, après négociations bilatérales, durant le premier semestre de l'année 2003.

Mobilisation des acteurs pour lutter contre les violences à l'encontre des femmes

Cette mobilisation est importante en Guadeloupe, grâce à l'impulsion donnée par la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE).

Ainsi, les associations locales, le sous-préfet et le maire de Saint-Martin ont décidé, à la suite d'une journée d'échanges et de réflexions, de développer un espace de parole pour les femmes victimes de violences.

Par ailleurs, dix-sept représentants de la Guadeloupe ont participé aux assises interrégionales de lutte contre les violences faites aux femmes, organisées en février 2002 par l'association Forces actives en Martinique. Il a été décidé, en conclusion des travaux, de créer un réseau régional et interrégional pour développer le partage de compétences et d'expériences novatrices et étendre l'aide aux victimes, notamment en matière d'hébergement.

Enfin, la DRDFE a soutenu une action de formation de professionnels du département, organisée par une association locale avec le soutien du Mouvement du Nid, sur la lutte et la prévention de la prostitution.

EMPLOI

Une conférence débat sur l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'emploi

Dans le cadre de la journée internationale des femmes de 2002, le Centre d'information sur les droits des femmes (CIDF) a organisé, avec le concours de la DRDFE, l'agence nationale pour l'insertion et la promotion des travailleurs d'outre-mer (ANT) et la ville du Moule, une conférence-débat sur le thème « Égalité des chances entre les hommes et les femmes ». L'objectif était de sensibiliser le public à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes dans le domaine de l'emploi ainsi que sur le rôle de l'ANT en matière de mobilité.

Formation professionnelle

L'étude menée dans le secteur de la sécurité a permis de préparer un projet d'accord-cadre sur les engagements départementaux de développement de la formation (EDDF). Cet accord n'a toutefois pu être encore signé, car le syndicat représentant les entreprises du secteur - l'Union professionnelle de prévention et de sécurité (UPPS) - connaît actuellement des problèmes de fonctionnement.

L'étude menée dans le secteur de la propreté a été menée à bien. Un accord EDDF, déjà élaboré, doit être signé dès que le plan de financement sera achevé (attente de l'accord du conseil régional).

Le secteur de la pharmacie a également lancé une étude qui s'est achevée en mars 2003. Un EDDF sera certainement envisagé.

Dans le secteur hôtelier, le bilan de l'année 2002 reste modeste et en deçà des prévisions. Les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) ont fait part de leur difficulté à mobiliser les responsables des structures dans ce domaine. Beaucoup d'hôtels ont reporté leurs actions sur l'année 2003. À noter cependant qu'en 2002, les hôteliers de Saint-Martin ont appliqué l'accord-cadre : 162 stagiaires ont pu suivre une formation pour un coût total de 75 139 €.

Dans le bâtiment-travaux publics (BTP), des actions de formation ont pu être mises en place. En raison d'un gel budgétaire, elles ont cependant dû être financées au titre de la politique contractuelle et par des aides du Fonds social européen (FSE).

L'AREF-BTP a fait part également de difficultés pour obtenir des plans de formation de la part des entreprises du secteur.

La lutte contre le travail illégal

Le Comité opérationnel de lutte contre le travail illégal (COLTI) a tenu une seule réunion plénière, 12 novembre 2002, en raison du départ du substitut qui en assurait la présidence. Le bilan de son activité s'établit comme suit :

- 138 procédures reçues, dont 42 relatives à l'emploi d'étrangers sans titre ;

- 262 salariés concernés par ces procédures ;
- 9 % de ces procédures sont le fait de l'inspection du travail ;
- 5 actions de contrôle ont été programmées et conduites (inspection et Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociales et d'allocations familiales – URSSAF) : deux dans le BTP (chantiers), deux dans le commerce (Pointe-à-Pitre et Basse-Terre) et une dans le secteur du transport terrestre. Enfin, une dernière action, plus spécifique, a été menée lors de la manifestation marquant l'arrivée de la Route du Rhum : les stands du village artisanal ont été inspectés.

Projet initiative jeunes (PIJ) et création d'entreprises

En Guadeloupe, des dispositions spécifiques ont été prises en vue du suivi et de la pérennisation de ce dispositif. Ainsi, un cabinet conseil ou un coach de TPE (très petite entreprise) est chargé de suivre et d'assister le créateur pendant les trois premières années. En échange de sa prestation, un montant de 1 058 € est versé au cabinet conseil. Les 6 250 € restants de la subvention sont octroyés en deux tranches. En 2002, 740 entreprises ont été créées grâce à cette initiative. Les trois premiers mois de l'année 2003 enregistrent déjà un rythme mensuel de 67 créations d'entreprises, soit une prévision annuelle de 800 créations. Au sein des créateurs d'entreprises PIJ, environ 60 % sont des hommes (70 % en métropole). Près de 70 % sont des demandeurs d'emplois. Ces personnes sont concentrées vers l'âge limite du dispositif, le quart seulement ayant moins de 25 ans et la moitié 28 ans ou plus.

Les premières remontées du suivi par les cabinets-conseils et les *coachs* de TPE sur les années 2001 et 2002 (soit 18 mois) apportent les informations suivantes :

- sur les 1 165 entreprises créées, 1 045 sont effectivement suivies par des cabinets-conseils ou des *coachs* de TPE ;
- par tranche de 100 PIJ (soit 9 mois de moyenne de fonctionnement), on recense plus de 2 M€ de chiffre d'affaires, soit près de 2,7 M annuels de chiffre d'affaires pour des entreprises en démarrage. Cette somme est à rapprocher des 731 800 € de la subvention PIJ ;
- la moyenne de création d'emplois salariés s'élève à 1,7 emploi par entreprise PIJ, soit un ratio de 4 305 € par nouvel emploi salarié. 815 demandeurs d'emploi ont créé leur entreprise.

Fonds social européen : état d'avancement du programme

Au titre de l'année 2002, 61 projets avaient été instruits au 31 décembre. Le comité de programmation s'est réuni quatre fois au sujet du FSE. Les agréments ont donné lieu à 48 conventions de financement.

Parmi tous les dossiers traités, trois ont été définitivement rejetés pour non-éligibilité ou non-conformité. Globalement, le montant des projets agréés par le

comité de programmation s'élève à 34 254 541,80 € en coût total, soit 100,3 % de la maquette. La participation du FSE est de 19 555 793 €, soit 82 % de la maquette initiale. Ces chiffres valent pour l'année 2002 et toutes mesures confondues, à l'exception de l'assistance technique.

Comparativement à l'année 2001, on enregistre un taux global satisfaisant. Ceci, malgré la concentration, au cours du dernier semestre, des moyens d'instruction et de gestion sur les dernières opérations de clôture de la programmation 1994/1999.

L'analyse de l'état d'avancement par mesure révèle un niveau variable d'une mesure à l'autre. Certaines ont un faible niveau de programmation au terme de la période 2000-2002 ; il serait alors souhaitable de prendre des dispositions permettant d'amplifier l'effet de levier du FSE, afin de relancer le niveau d'engagement.

Parallèlement, les crédits devront être redéployés des mesures les moins sollicitées vers celles qui enregistrent un niveau d'utilisation élevé.

Formation professionnelle : des actions nouvelles

Lors de sa réunion du 23 janvier 2001, le comité directeur du Fonds pour l'emploi dans les DOM (FEDOM) a procédé à la répartition des différentes mesures d'insertion pour les départements d'outre-mer. Deux nouvelles mesures – PIJ Mobilité et allocation de retour à l'activité (ARA) – sont venues augmenter la charge de travail des agents.

Le PIJ bénéficie en Guadeloupe d'une dotation annuelle de 1 850 contrats : la moitié est affectée au volet PIJ Mobilité, l'autre étant allouée au PIJ Création. Cette aide se décompose en :

- une aide financière mensuelle (305 € pour la mobilité vers la Métropole ou les autres pays ; 152,5 € pour la mobilité au sein de l'archipel de la Guadeloupe, versée dans la limite de 24 mois) ;
- une aide à l'installation de 762 € versée sur le lieu de la formation.

Au 15 janvier 2003, la délégation du Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles (CNASEA) de Lille a versé à l'ANT de Guadeloupe 110 083,50 € pour 309 jeunes bénéficiaires du PIJ.

Quelques incohérences ont toutefois été constatées dans le traitement des dossiers. Aussi la direction du CNASEA a-t-elle diffusé, le 4 décembre 2002, des consignes pour documenter l'imprimé PIJ MO en cas de modification (durée du PIJ ou organisation de l'action de formation en elle-même). En 2002, 790 dossiers ont été traités.

Le groupe de travail pour la mise en application de l'ARA a été constitué le 20 novembre 2001. En font partie l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), la Direction des actions sociales du conseil général (DASD), la CGSS, la Caisse d'allocations familiales (CAF) et l'agence départementale d'insertion (ADI).

Un projet de convention de coopération a été proposé à la signature du préfet, intervenue le 28 novembre 2001.

La Caisse générale de Sécurité sociale est chargée de verser aux allocataires de l'ARA exerçant une activité une allocation forfaitaire de 228,7 € pendant 24 mois. Elle souhaite que la DTEFP, ainsi que l'ANPE, l'informent systématiquement des demandes de contrats aidés des bénéficiaires, pour assurer le non-cumul de l'ARA.

Entre cette date et le 25 mai 2002 une dizaine de réunions de travail se sont tenues. En avril 2002, le nombre de dossiers reçus et traités par la CGSS était de 33. Sur l'ensemble, 26 ont donné lieu à un accord. Sept mois plus tard, 63 dossiers avaient été traités par la CGSS et 56 avaient fait l'objet d'un accord.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	430 000 (23)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	5 250
Nombre de naissances domiciliées en 2001	7 658
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	6,5
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	17
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	1 635
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	75
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	52
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	22,8
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	22,6
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	3,3
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	0,8
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	1,1
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	30 123

SANTÉ, SOCIAL

De nouveaux services

Créée par décret du 2 juillet 2001, la direction de la santé et du développement social (DSDS) de la région Guyane assure désormais les missions dévolues en métropole aux directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS). Son fonctionnement effectif a débuté en 2002, année caractérisée par la montée en charge des départements et services. Constitués sur le modèle des DRASS de métropole, ces derniers ont été regroupés en trois pôles distincts.

Le pôle ressources internes

Ses effectifs ont bénéficié de l'arrivée de nouveaux cadres A (un directeur, deux médecins inspecteurs de santé publique, un inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales – IPASS –, un inspecteur des affaires sanitaires et sociales – IASS), B (une assistante sociale, deux secrétaires administratifs) et C (un agent administratif, quatre adjoints administratifs, dont deux recrutés par voie de concours déconcentré). Ce renforcement, rendu nécessaire par l'absorption des missions relevant jusqu'alors de la direction interrégionale de la Sécurité sociale (DIRSS), sera achevé au 1^{er} mai 2003.

Il faut noter également la présence régulière en Guyane de l'assistante sociale du personnel, compétente pour les DSDS des trois départements français d'Amérique (DFA).

Parallèlement, les moyens de fonctionnement ont été accrus. Malgré un budget largement grevé par la ligne déplacement, il a été possible de renouveler deux véhicules du parc automobile, d'acquérir une imprimante réseau couleur par site, de renouveler 10 postes informatiques et d'acquérir le logiciel de gestion de temps. Le système d'information a été modernisé (amélioration du trafic réseau, mise aux normes du câblage), et le parc informatique complété (nouveaux équipements pour les arrivants), voire partiellement renouvelé.

Enfin, la création de la DSDS guyanaise a coïncidé avec la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT). Il est toutefois encore trop tôt pour en évaluer les conséquences sur son fonctionnement et la mise en œuvre de ses nouvelles missions.

À noter cependant que le règlement intérieur local a été adopté par le comité technique paritaire (CTP), lors de sa séance du 28 mars 2002. Le système de gestion du temps de travail est en outre opérationnel depuis le 16 septembre 2002. Cette réforme a été menée de front, pour les agents de la gestion des ressources humaines, avec une autre, tout aussi essentielle pour la carrière des agents : le passage à l'application nationale Synergie RH.

Le pôle social

Dans le domaine de la lutte contre les exclusions, les services ont, cette année, déploré une baisse du nombre de mesures d'appui social individualisé, due à la défection d'un prestataire.

En revanche, une nouvelle structure d'hébergement d'urgence de 20 places été ouverte, ce qui porte à 78 places la capacité d'accueil totale.

Le dispositif du Fonds d'aide aux jeunes en difficulté a été transféré à la mission locale. La rapide montée en charge qui en a résulté se prolonge en 2003. Parallèlement, l'objectif TRACE (Trajet d'accès à l'emploi), fixé initialement à 600 places, a été largement dépassé : il a en effet concerné plus de 800 jeunes.

Autre mission : l'accueil des demandeurs d'asile, des réfugiés et des primo-arrivants. En 2002 ont ainsi été traités 452 dossiers de demande de regroupement familial.

Des négociations sont en cours pour créer 5 places d'accueil de demandeurs d'asile. Il est d'ailleurs à signaler l'absence de service social d'aide aux émigrants. La Commission technique d'orientation et de reclassement professionnels (COTOREP) a également été renouvelée :

- installation d'une classothèque ;
- affectation d'un adjoint administratif supplémentaire ;
- lancement d'une action de formation ;
- étude d'un projet de service entre la direction du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DTEFP) et la DSDS.

Afin de moderniser le secteur social et médico-social, le plan triennal 2001-2003 a été poursuivi et une institution pour déficients auditifs financée.

Les personnes âgées ont aussi été prises en compte : la direction a accompagné le Centre intercommunal d'action sociale de l'Île-de-Cayenne (CIASIC), afin de permettre le fonctionnement du centre local d'information et de coordination (CLIC).

La politique de maintien à domicile des personnes handicapées a été reconduite. Toutefois, malgré les 6 nouveaux postes d'auxiliaires de vie prévus par le programme pluriannuel 2001-2003, seuls 3 postes sur les 13 demandés étaient financés à la fin de 2002.

Enfin, il entre dans les fonctions de ce pôle d'améliorer le dispositif de protection sociale.

Les actions conduites en 2002 dans le secteur de la mutualité (immatriculation, agrément, élections au Conseil supérieur de la Mutualité - CSM - et au Comité régional de coordination de la Mutualité - CRCM) et de la réorganisation des tribunaux du contentieux de l'invalidité (TCI) n'ont pas rencontré de difficultés particulières.

Le pôle santé publique

Une cellule de veille sanitaire, mise en place à la fin de 2002, a permis la création de réseaux et engagé des études épidémiologiques sur le paludisme et la transmission de la tuberculose, ainsi qu'un pro-

gramme de surveillance spatiale épidémiologique de la dengue (S2E Dengue).

Par ailleurs, à la fin de 2002 a été lancé le programme d'inspection, de contrôle et d'évaluation, pour la période 2002-2004.

Le pôle s'est également chargé de développer les programmes de santé et de mettre en place la conférence régionale de santé.

Ainsi, les actions du programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS) 1^e génération relatives à l'accès aux droits sociaux et à la couverture maladie ont été poursuivies, avec la tenue de plusieurs réunions d'information. Les services ont également suivi de près l'activité des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et celle des associations agréées au titre de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide médicale de l'État (AME).

Par ailleurs, afin de combattre les pratiques addictives, un nouveau plan de lutte contre la drogue et la toxicomanie a été engagé en Guyane. Trois séminaires et six ateliers de réflexion ont mobilisé les professionnels sur la prévention, les soins et l'insertion des personnes dépendantes.

Dans le cadre des programmes d'actions en santé-environnement, des enquêtes ont été menées afin de mesurer l'imprégnation mercurielle des populations du Maroni et de Sinnamary.

La recomposition hospitalière a été poursuivie, à travers plusieurs opérations :

- 3^e tranche d'humanisation des lits d'hospice de l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni ;
- achèvement des travaux de l'unité de soins psychiatriques du centre hospitalier de Cayenne ;
- autorisation d'un scanographe au centre hospitalier de Saint-Laurent et d'un angiographe numérisé à celui de Cayenne.

Enfin, à la suite d'une épidémie de coqueluche sur la zone sud de l'Oyapock (Camopi), la direction a piloté une campagne de rattrapage vaccinal. Le centre hospitalier, le département et l'État ont œuvré en commun. Plus de 10 000 doses de vaccins ont pu ainsi être distribuées sur l'ensemble du territoire.

Contractualisation des établissements hospitaliers sous dotation globale

Le premier contrat de ce type a été signé le 28 mai 2002 avec le centre médico-chirurgical de Kourou, pour la période 2002-2006. Par ce contrat, dont l'objectif principal consiste à améliorer la qualité et la sécurité des soins, l'établissement a pris plusieurs engagements, notamment :

- de respecter les principes fondamentaux des droits des malades qu'il accueille ;
- d'améliorer sa gestion ;
- de participer aux actions favorisant l'accès aux soins des personnes défavorisées et aux réseaux mis en place dans le cadre des préconisations du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) : diabétologie, cardiologie et cancérologie.

En contrepartie, il bénéficiera d'une évolution de sa capacité (5 lits supplémentaires en médecine générale, 10 en pédiatrie-néonatalogie et 7 en gynécologie obstétrique) et de créations de postes étalées sur 5 ans.

Pour faire face aux surcoûts générés par ces opérations, l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) abondera la dotation globale de l'établissement d'un montant de 76 224,51 € chaque année, pendant 5 ans.

Le centre hospitalier de Cayenne a, pour sa part, adopté son projet d'établissement à la fin de 2002 : cet élément essentiel, attendu depuis près de deux ans, permettra d'envisager la signature de son contrat d'objectifs et de moyens (COM) en 2003. L'hôpital de Saint-Laurent du Maroni devrait adopter le sien prochainement.

Une formation pour préparer le diplôme d'auxiliaire de puéricultrice

La délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et la DSADS de Guyane ont constaté qu'une majorité des personnels des crèches et de garderies, exclusivement féminins, ne sont pas dotés d'un diplôme qualifiant, indispensable pour exercer les métiers de la petite enfance. Pour résoudre cette difficulté et maintenir dans leur emploi les 80 femmes concernées, un protocole de formation, d'une durée de cinq ans, a été signé entre la DRDFE et un institut guyanais de formation agréé par la DSADS. En 2002, 12 femmes ont ainsi suivi une formation, d'une durée de quatre mois et demi, préparatoire au diplôme d'auxiliaire de puériculture. L'ensemble des stagiaires préparera en 2003 le diplôme précité.

EMPLOI

Favoriser l'alphabétisation des femmes

De nombreuses femmes de multiples nationalités (Haïtiennes, Brésiliennes, Surinamaises, Dominicaines ou Péruviennes), en situation régulière dans le département de la Guyane, rencontrent des difficultés pour accéder à un emploi. Elles souffrent en effet d'un double handicap : un niveau souvent très bas de qualification et une non-maîtrise de la langue française. Pour résorber ces difficultés, la DRDFE et l'association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) de Guyane ont développé une formation d'alphabétisation d'une durée de quatre mois. En 2002, 15 femmes, orientées par les services de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), ont bénéficié de cette formation rémunérée.

Le développement de l'emploi

Cette année, la DTEFP de Guyane a centré son activité sur :

- le suivi des actions de la loi d'orientation pour l'outre-mer (LOOM) avec une montée en puissance sur les Projets Initiative Jeunes (PIJ) ;
- l'ambition de mieux répondre aux besoins d'insertion par l'activité économique ;
- la recherche de situations durables pour les emplois jeunes, avec la création d'une plate-forme de professionnalisation.

L'entretien et le développement des compétences et des qualifications

La concertation avec les partenaires sociaux a été engagée très tôt. Les services ont cherché à renouveler la convention interprofessionnelle, malgré les difficultés rencontrées avec l'instance représentative du patronat local.

Les premiers éléments de mise en place de la validation des acquis de l'expérience (VAE) ont été abordés. Des réflexions ont également été menées sur les actions de formation à travers différentes expertises de l'AFPA nationale. En corollaire, un contrat d'études provisionnelles (CEP) a été conduit avec la branche des organismes de formation.

La fluidité du marché du travail

L'activité du bâtiment-travaux publics (BTP) a cessé de connaître des moments difficiles : les services ont donc pu se consacrer à une lutte intensive contre le travail illégal. Celle-ci s'est déployée tout azimut, particulièrement sur le secteur de l'activité minière, avec le début des opérations Anaconda. Les professionnels de la riziculture, confrontés à des besoins d'introduction de main-d'œuvre saisonnière, ont été fortement encouragés à réfléchir au recours à la formation et à la mise en place d'un groupement d'employeurs.

La lutte contre la sélectivité du marché du travail

La mission locale a poursuivi son implantation sur le territoire, dans un partenariat concret avec l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE). Parallèlement, la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) a fait l'objet d'un projet de service afin d'optimiser son fonctionnement. Des permanences sont ainsi envisagées pour recevoir le public en dehors de Cayenne. Enfin, la mise à l'étude d'une création d'atelier protégé

a concrétisé la réflexion sur les modalités d'accueil des personnes handicapées. Cap emploi a été pressenti pour activer, avec le concours de l'Association gestionnaire des fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH), sa cellule de maintien sur le programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH).

La protection dynamique des salariés

Le diagnostic local a été approfondi, tandis que les contrôles ont repris un rythme à plus soutenu, en particulier sur la deuxième section.

Les actions de lutte contre le travail illégal n'ont pas eu qu'un caractère spectaculaire : les employeurs ont également dû répondre de leur programme de prévention. Le service s'est soucié en particulier des conditions de travail du port du Larivot.

La stimulation du dialogue social

Les études en vue de la session extérieure de l'Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP) sur le dialogue social ont été approfondies. Les différentes commissions mixtes en exercice ont poursuivi leurs travaux. Celle du BTP n'a cependant pas réussi à conclure un avenant « salaires » important.

Le secteur a connu peu de conflits, malgré une légère reprise par rapport à l'année précédente. La grève de Primistère a longtemps occupé le service.

L'information et l'accueil du public

Avec de nouveaux bureaux, un redéploiement des services et des effectifs enfin au complet, l'accueil a été nettement amélioré. Toutefois, cette satisfaction a été tempérée en fin d'année avec le non remplacement d'un agent d'accueil parti en retraite.

Enfin, il reste à envisager définitivement la construction de locaux, compte tenu des arrivées programmées.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	166 500 (26)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	600
Nombre de naissances domiciliées en 2001	5 140
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	4,1
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	6(2
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	627
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	43
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	25
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	36,7
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	22,2
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	1,3
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	0,9
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	0,9
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	10 192



SANTÉ, SOCIAL

Garantir un haut niveau de sécurité sanitaire

En relation avec les partenaires institutionnels, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) élabore, met en œuvre et évalue la politique régionale de santé. Elle assure des missions d'information et de prévention des risques, d'inspection et de contrôle dans le secteur pharmaceutique et celui de la veille sanitaire. Dans ce domaine, quatre axes ont été prioritaires en 2002 :

- l'analyse de l'organisation et de l'activité des comités de lutte contre les infections nosocomiales (contractées en milieu hospitalier) ;
- l'instruction des demandes d'autorisation des pharmacies hospitalières pour les préparations hospitalières stériles ou non stériles, la stérilisation du matériel médical, la préparation des médicaments pour les essais pharmaceutiques et la préparation de médicaments radio pharmaceutiques : 252 avis ont été rendus par les pharmaciens inspecteurs, qui se sont traduits notamment par 11 refus d'autorisation totale ou partielle pour la stérilisation des dispositifs médicaux, et de 12 pour les préparations hospitalières et les préparations rendues nécessaires pour les essais ;
- la sécurité de la distribution des produits sanguins. La mise en conformité des dépôts de produits sanguins labiles dans les hôpitaux et cliniques éloignés des centres de distribution de l'Établissement français du sang (52 % des dépôts ont obtenu l'autorisation réglementaire contre 1 % en 2000) et le suivi du taux de traçabilité des produits sanguins pour un maintien de ce taux au plus haut niveau possible ont été poursuivis ;
- la qualité de l'eau. En matière d'eaux de consommation, une attention particulière a été portée à l'information, grâce à la création d'un site Internet (www.ile-de-france.sante.gouv.fr/santenv/index_se.htm). Celui-ci informe sur les caractéristiques de l'eau distribuée chez le consommateur, rappelle la réglementation et les responsabilités de chacun sur les émissions de pollution à quelque niveau que ce soit. Par ailleurs, le contrôle d'une douzaine de fontaines publiques franciliennes a montré l'absence de légionelles. Ceci confirme le risque très réduit, grâce aux traitements appliqués à l'eau en recirculation pour détruire les algues et du fait que les jets d'eau ne sont, en général, pas producteurs de panaches avec brumisation.

Définir les priorités de santé publique

Plusieurs manifestations importantes se sont déroulées en 2002 :

- la 6^e conférence régionale de santé a réuni plus de 600 personnes le 8 février 2002, sur le thème de la

souffrance psychique des jeunes. Elle a été précédée d'un atelier préparatoire propre aux professionnels dans le département des Hauts-de-Seine et suivie par l'organisation d'un colloque sur la prévention du suicide. L'État soutient plusieurs actions de promotion de la santé visant à repérer ces phénomènes et à les prendre en charge ;

- une consultation régionale, organisée le 22 novembre 2002 pour préparer le projet de loi d'orientation en santé publique, a permis de présenter l'état des connaissances sur les principaux problèmes de santé (sida, tuberculose, saturnisme infantile, obésité juvénile) et les facteurs de risque (pollution) en Île-de-France ;
- deux séminaires réunissant chacun plus de 100 personnes se sont tenus en 2002 pour préparer le schéma régional d'éducation et de prévention en santé. L'objectif poursuivi est de consolider dans la région un service d'éducation à la santé.

L'offre de soins hospitaliers publique et privée

Dans le cadre des missions de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), la DRASS participe à l'élaboration de l'offre de soins hospitalière (planification, financement, autorisations).

L'année 2002 a été marquée par la réalisation du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital. Il insiste sur la prévention des risques et le développement des réseaux ville-hôpital pour favoriser le maintien à domicile. Il soutient le développement des consultations de gériatrie, des centres experts pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, des unités de géronto-psychiatrie et d'une formation adaptée du personnel. Des travaux de planification ont également été conduits dans les domaines de la chirurgie infantile, de la cancérologie (pour une meilleure identification des structures habilitées) et de l'imagerie (voir infra, « Réorganisations hospitalières »).

Renforcement de l'accueil des personnes handicapées

Très déficitaire en matière d'équipement pour les enfants et les adultes handicapés, l'Île-de-France a poursuivi les efforts de rattrapage, grâce aux crédits alloués au titre de la programmation pluriannuelle. Ceux-ci correspondent à une mesure nouvelle de 26 M€ en 2002. 529 places pour enfants handicapés ont ainsi été créées en 2002, soit :

- 138 places dans les structures pour enfants ;
- 75 places dans les structures pour autistes ;
- 325 places dans les services d'éducation spéciale et de soins à domicile.

Le schéma régional des personnes handicapées adultes, qui propose le développement des structures d'accueil,

a été arrêté par le préfet de région en décembre 2002. Une meilleure prise en charge des personnes handicapées passe par un renforcement des liens entre les structures médico-sociales et les établissements de santé. Pour cela, la DRASS et l'agence régionale de l'hospitalisation ont organisé un colloque en juin 2002, qui a permis de rassembler les professionnels des deux secteurs. Ce rapprochement devrait se traduire par l'ouverture en Île-de-France d'un centre de ressources et d'un réseau de santé en faveur des traumatisés crâniens.

Personnes âgées

La réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) engagée depuis 2001, et qui doit s'étaler jusqu'en 2005, vise deux objectifs : promouvoir une démarche de qualité dans les établissements et mettre en place la réforme de la tarification rendue possible par l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). Au 31 décembre 2002, 120 conventions tripartites avaient été signées par l'État, les établissements et les conseils généraux. Cet effort supplémentaire de 35 M€ doit accroître la médicalisation par l'Assurance maladie, et concerne 10 % des 1 167 établissements franciliens recensés.

La DRASS soutient également le maintien à domicile des personnes âgées par la création de nouvelles places dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et par le développement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) gérontologique. Ainsi, 662 places de SSIAD ont été financées en 2002 à hauteur de 5 M€, portant la capacité totale à 9 333 places et le taux d'équipement régional à 14,67 % des personnes âgées de 75 ans et plus (taux national de 15,67 %).

255 900 € ont été attribués sur des crédits État pour financer 19 nouveaux CLIC en faveur des personnes âgées. 25 CLIC sont déjà labellisés en Île-de-France, dans la mesure où ils disposent de guichets d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et de prise en charge des situations complexes qu'elles peuvent rencontrer. Par ailleurs, une journée d'échanges interrégionale sur les CLIC, placée sous l'égide de la DRASS, de l'administration centrale, des institutions régionales et des coordonnateurs de CLIC, a permis de faire connaître et de capitaliser les expériences menées en Île-de-France et en région Centre.

Enfin, 310 places d'accueil de jour et 136 places d'hébergement temporaire ont été créées en 2002 pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, représentant un financement de l'assurance maladie de 3,5 M€.

L'avancement du contrat de plan État-Région (CPER)

Le CPER s'est fixé l'objectif de soutenir par des aides à l'investissement le plan de renforcement de l'équipement pour les personnes âgées et les personnes handicapées, ainsi que sa modernisation.

Fin 2002, le taux d'exécution des engagements de l'État atteignait 26 % pour le secteur des personnes handicapées (six opérations réalisées, représentant 340 places, pour un montant de 4,9 M€) et 25,3 % pour le secteur des personnes âgées (sept opérations réalisées, représentant 787 places, pour un montant de 8,4 M€).

Prise en charge de la précarité

En trois ans, l'Île-de-France a considérablement augmenté sa capacité d'accueil en urgence : de 4 746 places fin 1999 à 7 288 places fin 2002 (soit une augmentation de 53 %).

En 2002, 58,7 M€ ont été mobilisés pour le financement des dispositifs d'hébergement, d'accueil de jour et de veille sociale.

L'année a également été marquée par le démarrage du schéma régional de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. S'appuyant sur les schémas départementaux du même nom, il favorise, sur des problématiques communes à tous les départements franciliens, l'émergence d'une réflexion dans les domaines suivants :

- urgence sociale et « interdépartementalité » du 115 (le « 115 », ligne téléphonique d'accueil et d'aide pour les personnes sans-abri, est un numéro d'urgence fonctionnant 24h/24 et 365 jours par an. S'adressant en priorité aux personnes les plus vulnérables, il apporte une réponse effective et de proximité à tout appelant) ;
- formation et qualification dans le secteur de la lutte contre les exclusions ;
- harmonisation des pratiques et coordination des acteurs ;
- insertion et accès à l'emploi, au logement et à la santé.

Par ailleurs, devant l'augmentation rapide de demandeurs d'asile en Île-de-France, un dispositif exceptionnel, piloté par la DRASS, a été mis en œuvre. En 2002, il portait sur :

- la création de 600 places d'hébergement en centre d'accueil pour les demandeurs d'asile et accueil d'urgence pour les demandeurs d'asile (CADA/AUDA) ;
- la stabilisation depuis 6 mois environ du nombre de familles de demandeurs d'asile dans Paris ;
- l'accueil en province d'environ 1 500 demandeurs d'asile « parisiens » dans le cadre du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile, soit 60 % des décisions d'admission nationales.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2001-2003 a retenu parmi ses priorités l'accès aux soins des personnes résidant en habitat collectif ou précaire (dont les personnes vivant en foyer de travailleurs migrants). L'action est à développer sur l'ensemble de la région avec le concours de l'assurance maladie.

Une autre initiative est à noter : celle des ASV, ou Ateliers Santé Ville. Un ASV s'efforce de réduire les inégalités sociales de santé, en favorisant l'accès à la prévention et aux soins des publics citadins en situa-

tion de précarité. À la suite de la circulaire du 13 juin 2000, la région Île-de-France a été choisie pour expérimenter cette démarche avec la région PACA. Le département de Seine-Saint-Denis s'est fortement impliqué en raison de problèmes sociaux importants, d'inégalités de santé caractérisées et d'une forte motivation des élus et des professionnels locaux sur ces enjeux. Après un premier bilan favorable en 2002, cette démarche a donc été poursuivie. Le développement des ASV a été accompagné par l'État sur des crédits du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité à hauteur de 152 500 €.

Développer et faire évoluer la formation

Le schéma régional des formations sociales 2001-2005, arrêté le 19 juin 2002 par le préfet de région, a pour objectif d'adapter l'appareil de formation des travailleurs sociaux dans le cadre d'une concertation accrue entre l'État, les collectivités territoriales, les centres de formation, les organisations syndicales, les employeurs et les organismes paritaires collecteurs agréés.

À la rentrée 2002, l'État a financé 617 nouvelles places de formation (dont 268 pour les éducateurs spécialisés, 113 pour les assistants de service social et 100 pour les auxiliaires de vie sociale).

Dans le secteur paramédical, la mise en place du certificat de capacité d'ambulancier aménagé a enregistré 535 inscrits en 2002. La DRASS et les trois rectorats franciliens (Paris, Créteil et Versailles) ont collaboré étroitement afin de faciliter l'accès aux écoles de formation d'aides soignantes, d'auxiliaires de puériculture et d'infirmiers.

Les relations avec les organismes de Sécurité sociale

La DRASS contrôle également les organismes de Sécurité sociale. Elle évalue les résultats des conventions d'objectifs et de gestion négociées au niveau national. Enfin, elle assure le secrétariat du contentieux de l'incapacité et des affaires de sécurité sociale, chargés de traiter les recours déposés par les assurés.

Ainsi la DRASS a-t-elle réalisé en 2002, en concertation avec les caisses d'allocations familiales (CAF) de la région, un bilan de la mise en œuvre du dispositif des contrats temps libres, instaurés par la CAF en 1998. L'objectif est d'aider les communes à développer l'offre de loisirs pour les jeunes de 6 à 16 ans.

En outre, l'évaluation à mi-parcours de la convention d'objectifs et de gestion conclue en 2000 entre l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour une durée de trois ans a porté sur trois thèmes : le contrat pluriannuel de gestion, la qualité de service et l'efficacité de la Caisse. Elle a concerné les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de la Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne et des Yvelines. Parmi les actions innovantes engagées par les CPAM,

il faut citer notamment la mise en place des plateformes téléphoniques : elles centralisent les appels destinés aux différents centres de paiement, afin de réduire le délai d'attente et d'améliorer la qualité de la réponse aux assurés.

L'année 2002 est la seconde année d'exercice du comité régional d'examen des comptes (COREC). Dans ce cadre, la DRASS a participé au contrôle de 42 organismes (dont quatre dans d'autres régions que l'Île-de-France). En Île-de-France, 11 contrôles ont porté sur les caisses du régime général des salariés (CPAM, CAF, Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ou URSSAF), 14 sur les caisses maladie et vieillesse des régimes des professions indépendantes, 13 sur les caisses maladie et vieillesse des régimes spéciaux. Au vu des rapports, le COREC a prononcé, au titre de l'exercice comptable 2001, 38 avis favorables, avec ou sans recommandations, 3 avis favorables avec réserves et un défavorable.

Dans le secteur de l'assurance vieillesse, la DRASS a suivi le dossier de la fusion, au 31 décembre 2002, de trois des six caisses ORGANIC (régime d'assurance vieillesse des commerçants et industriels) d'Île-de-France, qui forment désormais deux nouveaux organismes interprofessionnels (ORGANIC Paris-Hauts-de-Seine et ORGANIC Francilienne). Le but est à la fois de rationaliser le découpage géographique du fichier des ressortissants de la région et de réduire les coûts de gestion.

La déconcentration de l'URSSAF de Paris-Région parisienne est entrée dans une phase opérationnelle, depuis la signature le 17 juillet 2002 d'un avenant spécifique à la convention d'objectifs et de gestion – COG – entre l'État et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, tête de réseau des URSSAF. En liaison avec le ministère des Affaires sociales, la DRASS accompagne l'organisme dans cette démarche de délocalisation progressive de ses services dans les départements, en vue d'améliorer l'efficacité de la fonction de recouvrement et la relation avec les cotisants.

Nouveau Code de la mutualité

La mise en place du Code de la mutualité prévue par l'ordonnance du 22 avril 2001 a entraîné trois opérations essentielles :

- les élections au comité régional de coordination de la mutualité et au conseil supérieur de la mutualité. Le comité régional a été installé le 30 mars 2002. La DRASS en assure le secrétariat et participe à ses travaux ;
- de juin à décembre 2002, la gestion des dossiers d'immatriculation au répertoire national des mutuelles de 529 organismes mutualistes ;
- l'instruction des 92 dossiers de demandes d'agrément et de trois demandes de fusion relevant de la compétence du préfet. Cette procédure d'agrément devrait se poursuivre au moins jusqu'en septembre-octobre 2003.

Réorganisations hospitalières

En 2002, l'agence régionale d'hospitalisation d'Île-de-France a poursuivi l'élaboration des volets du SROS II.

Ainsi, les recommandations du volet personnes âgées à l'hôpital ont-elles été achevées et publiées. Elles seront complétées en 2003 par des annexes opposables, à l'issue d'une concertation par bassin de vie et du recueil des propositions de mise en œuvre par les établissements de santé de la région.

Le volet imagerie, initié en 2002, devrait être achevé au cours de l'année 2003. Sont intégrées, dans les réflexions, la situation actuelle et les perspectives d'évolution de l'imagerie libérale francilienne. Dans l'attente des recommandations définitives de ce volet du SROS et en raison du retard important de la région en matière d'équipements d'imagerie lourde (inférieurs de moitié à ceux dont disposent les autres capitales européennes pour une structure démographique identique), les indices relatifs aux IRM ont été desserrés. Concernant les scanographes, les choix de développement de l'agence régionale, initiés les années précédentes, ont été poursuivis.

L'ARH a conduit de nouveaux travaux de planification dans le cadre de volets élaborés les années précédentes (urgences, cardiologie). Pour l'accueil et le traitement des urgences, le directeur de l'agence a souhaité en 2002 qu'un groupe d'experts élabore des recommandations en matière d'urgences pédiatriques. L'organisation proposée permettra de mieux répartir l'accueil des enfants aux urgences avec une prise en charge généraliste des problèmes les plus fréquents et, chaque fois que nécessaire, l'avis d'un pédiatre.

Le SROS II a retenu les pathologies cardiologiques et vasculaires comme prioritaires en région Île-de-France. Dans ce cadre, deux rapports ont été achevés en 2002 : l'un concernant les sténoses carotides doit aboutir à la tenue d'un registre carotide et l'autre prévoit la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Sur ce dernier sujet, un coordinateur a été nommé pour le compte de l'agence, afin de mettre en place, à titre expérimental, des filières de soins.

Enfin, des travaux préparatoires ont été lancés au niveau régional en vue de l'élaboration d'un SROS 3^e génération ; ils concernent la démographie des professionnels de santé, le niveau territorial de planification, les données épidémiologiques régionales, le financement du SROS, la participation des usagers. La préparation du volet psychiatrie a été lancée.

Allocation des ressources

La région Île-de-France a poursuivi l'application des priorités de santé qui guident sa politique budgétaire dans le cadre de la péréquation interrégionale. Ainsi, au regard d'une enveloppe médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) en progression de 1,86 % (hors réduction du temps de travail) au titre du budget primitif, les moyens consacrés aux activités de psychiatrie et à celles de soins de suite ou de réadaptation ont progressé de 2,18 %.

Relations sociales

À titre des relations sociales, la mise en place de l'aménagement et réduction du temps de travail (ARTT) médicale et la préparation de la mise en œuvre de l'ARTT non médicale ont fortement mobilisé les équipes de l'agence.

Par ailleurs, et à titre expérimental, une cellule d'orientation et d'information des personnels de laboratoires a été installée en partenariat avec les fédérations hospitalières des établissements sous dotation globale. Les évolutions de ces secteurs seront anticipées et permettront d'accompagner les personnels dans leur projet professionnel.

Enfin, pour faire aux enjeux démographiques posés par l'exercice de la profession d'infirmière en Île-de-France, une étude démographique ainsi qu'un plan régional d'urgence de formation et de recrutement proposant différentes mesures de court terme et de moyen terme ont été élaborés.

Prévention des mariages forcés, contraints ou arrangés

Entendre et venir en aide aux jeunes filles confrontées au risque d'être mariées contre leur gré s'est imposé comme une nécessité dans une région qui accueille un nombre important de familles d'origine maghrébine, turque, africaine, pour lesquelles le projet matrimonial relève d'une décision de la famille, du clan ou de l'ethnie. Les filles confrontées à cette contrainte sont de plus en plus nombreuses aujourd'hui à s'y refuser et à demander du secours. Dans le cadre de la commission départementale d'action contre les violences à l'encontre des femmes, la sous-commission « Information et prévention des violences sexistes » de Seine-Saint-Denis, avec le soutien actif de la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), a élaboré et mis en œuvre des actions de formation des professionnels en contact avec les jeunes. D'abord réservées aux personnels des services sociaux et médicaux de l'Inspection académique, ces formations ont été ensuite proposées à l'ensemble des travailleurs sociaux.

La qualité et la pertinence de cette organisation ont conduit à promouvoir des actions de même nature dans les autres départements d'Île-de-France, coordonnées par les chargées de mission départementales (CMD) et l'association GAMS (Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles). À la fin de 2002, plus de 500 personnes avaient bénéficié de ces formations.

EMPLOI

Un ouvrage sur la création d'entreprise par les femmes en Île-de-France

La DRDFE Île-de-France a édité en juin 2002 un fascicule intitulé *Créer et entreprendre. Les conditions de l'insertion des femmes par la création d'entreprise*. Ce document s'appuie sur une expérience de dix ans dans l'accueil, la formation et l'accompagnement de femmes en situation de précarité devant l'emploi souhaitant créer une entreprise ou une activité indépendante. Pendant cette période, 3 500 créatrices ont été accompagnées ou formées par l'institut IRFED-Europe. Une recherche-action, réalisée par 300 d'entre elles, a permis de mieux déterminer les facteurs contribuant à la réussite de leur insertion par la création d'une activité économique. Ce document est exclusivement destiné aux partenaires institutionnels qui ont à traiter de la question de la création d'entreprise.

Il constitue la dernière parution de la collection « Femmes emploi Île-de-France » de la préfecture d'Île de France, dirigée par la DRDFE. Ont déjà été édités : *Parcours d'insertion professionnelle pour les femmes. Quelles conditions de réussite pour les parcours d'insertion des femmes de faible niveau scolaire ? Réussir l'insertion des publics en difficulté. Les atouts d'un accompagnement à la formation et pour une pédagogie de l'élargissement des choix professionnels des femmes. Des méthodes et des expériences pour réussir.*

Favoriser l'accès de tous à l'activité et à l'emploi

L'année 2002 s'est traduite par une dégradation conjoncturelle, spécialement pour ce qui concerne les jeunes, les chômeurs de longue durée et les cadres. Les dispositifs en faveur du marché du travail ont cependant produit de réels effets. Ainsi, en direction des personnes fragilisées ont été conclus 23 388 contrats emploi solidarité, 8 075 contrats emploi consolidés, 18 395 stages d'insertion et de formation à l'emploi, 1 686 stages d'accès à l'emploi et 1 600 postes pour travailleurs handicapés dans les ateliers protégés. Le programme trajet d'accès à l'emploi (TRACE) a concerné, en quatre ans, 25 000 jeunes fragilisés (dont 9 000 en 2002).

1 749 embauches ont été réalisées dans les structures d'insertion (entreprises, associations...).

En complément de ces interventions, le Fonds social européen (FSE) a participé à un retour à l'emploi de publics en difficulté et au maintien professionnel de salariés peu qualifiés.

Développement de l'activité sur un territoire

3 501 chômeurs franciliens ont bénéficié de l'aide de l'État (aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise-encouragement au développement

d'entreprises nouvelles – ACCRE-EDEN), en vue de la création de leur entreprise.

Dans le domaine des emplois de service aux particuliers, les 653 structures agréées ont salarié 29 000 personnes avec une durée de travail moyenne de 17 heures par semaine.

Enfin, les activités Nouveaux services emplois jeunes (NSEF) ont été consolidées : 40 % des jeunes dont le contrat est arrivé en fin d'aide de l'État (secteur associatif) ont été embauchés en contrat à durée indéterminée (CDI).

Le nouveau « contrat jeune en entreprise » (loi du 29 août 2002) a permis la signature de 3 200 contrats en Île-de-France, soit 12 % de ceux conclus au plan national.

Développement des compétences et qualification des salariés

Une cellule régionale inter-services d'information-conseil en matière de validation des acquis de l'expérience (VAE) a été créée pour les jeunes et les demandeurs d'emploi de faible niveau. L'accès aux diplômes, titres ou certifications leur est ainsi facilité.

Des accords régionaux de formation ont été conclus dans le cadre de l'engagement de développement de la formation (EDDF) avec les artisans du bâtiment et des travaux publics, les ambulanciers, le textile-habillement et la métallurgie. Des efforts ont été accomplis en direction des salariés ne maîtrisant pas les savoirs de base.

Cependant, dans le secteur marchand, les entrées dans les divers contrats de formation ou d'insertion par l'alternance ont baissé : 92 697 contrats pour 99 014 en 2001.

Favoriser le dialogue social

Dans ce domaine, les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ont traité 9 000 accords d'entreprise ou d'établissement (salaires, emploi, épargne salariale, ARTT). En matière de RTT dans les entreprises de moins de 20 salariés, les services territoriaux ont réalisé des démarches d'appui-conseil (actions collectives, conventions avec les chambres consulaires...) et passé 9 conventions avec des branches professionnelles (transports sanitaires, bâtiment, réparation automobile, imprimerie).

Enfin, des actions régionales ont été menées pour relancer la participation des salariés aux élections prud'homales 2002. Par exemple, une journée de rencontre a été organisée avec l'ensemble des acteurs institutionnels locaux.

Santé et sécurité au travail

Dans le champ de la politique du travail, l'action des services a concerné principalement la santé dans les entreprises.

Ainsi, en juin 2002, un séminaire a débattu sur le rôle de l'Inspection dans le cadre de la protection de l'intégrité physique des salariés.

En septembre, une journée de branche a fait le point sur les conditions de travail dans les secteurs hôtels-cafés-restaurants.

D'autres travaux ont porté sur la prévention des dangers à effets différés, liés à l'exposition aux produits et substances cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (amiantes, plomb, éthers de glycol).

Les entreprises à risque ont été recensées et contrôlées. Ces actions ont été conduites avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) et le Service technique interdépartemental des installations classées (STIIC) dans une trentaine d'établissements franciliens.

Enfin, pour lutter contre les accidents du travail, 300 arrêts de travaux ont été prononcés sur les chantiers. L'enquête nationale SUMER a également été réalisée : les médecins du travail ont analysé les répercussions de la RTT sur la santé des salariés.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	11 024 984 (1)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	182 161
Nombre de naissances domiciliées en 2001	172 996
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	6,7
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	237
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	43 502
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	113
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	122
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	14,6
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	13,5
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	9,9
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	1,3
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	2,0
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	167 744

SANTÉ - SOCIAL

Soutenir les professions paramédicales

La région Languedoc-Roussillon se caractérise par un fort taux de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) et de chômeurs, mais aussi par une progression de la part des personnes âgées. Dans ce contexte, priorité a été donnée à la professionnalisation des différents intervenants sociaux.

Parmi les mesures prises, un schéma régional des formations en travail social, conçu comme outil d'accompagnement des politiques sociales, a été édité en 2002. Il cherche à mieux répondre aux besoins des populations en adaptant le dispositif existant.

La région a également été site d'expérimentation pour la mise en œuvre de la validation des acquis de l'expérience (VAE) et le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale.

Maintenir à domicile les personnes âgées et handicapées constitue un autre axe de travail de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Dans ce but, elle participe activement aux engagements départementaux de développement de la formation (EDDF), afin de professionnaliser les salariés de ce secteur.

Enfin, les besoins en infirmiers, aides soignants et masseurs kinésithérapeutes ont été actualisés.

Préserver la qualité de l'environnement et améliorer le cadre de vie

Les inondations de septembre 2002 ont très fortement mobilisé les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Gard et de l'Hérault. Il a en effet fallu gérer les conséquences de ces pluies exceptionnelles sur les réseaux d'eaux de consommation.

Plus globalement, les DDASS de la région ont engagé une politique d'amélioration de la qualité de la fourniture d'eau potable. Sur ce thème, des actions de communication ont été lancées auprès du grand public : réalisation de bilans de qualité sur 2 à 5 ans selon les départements et élaboration d'une fiche d'information des usagers jointe à la facture d'eau.

Dans le domaine de l'air, une enquête éco-épidémiologique de l'habitat a été menée sur la région. Ce travail doit cerner les connaissances et les pratiques du grand public sur les pollutions atmosphériques à l'intérieur de la maison. Ses résultats seront publiés dans le courant de 2003.

Les services se sont aussi impliqués dans la résorption de l'habitat indigne : le département de l'Hérault est pilote dans ce domaine. Les Pyrénées-Orientales ont, pour leur part, élaboré un plan départemental d'éradication.

Améliorer l'offre de soins

La mise en place du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) et la recomposition de l'offre de soins ont été poursuivies.

Les services ont activement travaillé sur le schéma des services mobiles d'urgences (SMUR) rattachés aux établissements hospitaliers disposant de services d'urgence agréés. Ce schéma a pu être finalisé en 2002.

Afin de mieux coordonner les aspects sanitaire et médico-social de la politique régionale en direction des traumatisés crâniens - de la prise en charge de l'urgence jusqu'à la réinsertion -, un comité de pilotage régional a été installé.

Au-delà de l'implication traditionnelle des services dans l'instruction des projets d'établissements et des contrats d'objectifs et de moyens, l'année 2002 a aussi été marquée par la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) médicale dans le secteur hospitalier.

Enfin, d'importants chantiers ont été engagés pour améliorer l'offre de soins :

- reconstruction du centre hospitalier de Perpignan ;
- restructuration de l'hôpital local de Bédarieux ;
- réhabilitation des services de soins intensifs, de neurologie et de neuro-pédiatrie de l'hôpital Guy de Chauviac à Montpellier ;
- transfert du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nîmes sur Carémeau ;
- constitution d'un pôle médico-chirurgical à Marvejols, visant à reconstruire sur un même site la clinique et l'hôpital public.

Renforcer la sécurité sanitaire

C'est une préoccupation majeure pour l'ensemble des directions. La DRASS a ainsi créé deux nouvelles structures :

- la cellule CINESST a pour mission d'assurer une veille scientifique et réglementaire sur les infections nosocomiales et les encéphalopathies spongiformes en milieu hospitalier ;
- la cellule de lutte contre les événements exceptionnels (Biotox) répond à l'objectif d'élaborer les procédures de prévention et de réaction face aux risques nucléaires, bactériologiques et chimiques (NBC), dans le cadre de la zone Sud-Est (PACA, Corse, Languedoc-Roussillon).

Par ailleurs, 78 inspections ont été menées dans l'ensemble des établissements hospitaliers publics et privés de la région, afin d'instruire les demandes d'autorisation des activités facultatives des pharmacies des établissements sanitaires : stérilisation, radiopharmaceutique, essais cliniques, préparations hospitalières (décret du 26 décembre 2000).

Enfin, la DDASS de l'Hérault a dû gérer un épisode de cas groupés d'infections par le virus de l'hépatite C au centre d'hémodialyse de Béziers.

Développer la prévention et l'éducation à la santé

Le plan « Cancer », mis en place en 2002, a pour l'objectif de généraliser les campagnes de dépistage des cancers du sein et colo-rectal. L'ensemble de la région devrait être couvert en 2003.

Une conférence de santé s'est réunie le 26 février 2002 sur le thème de l'alimentation-nutrition. Elle a abouti à un plan d'action visant un double objectif :

- sensibiliser le grand public sur les comportements alimentaires respectueux de la santé ;
- améliorer la coordination de la prise en charge des personnes obèses et en surpoids.

Dans le domaine de la périnatalité (suivi de la grossesse et de l'accouchement), l'effort a porté, en lien avec la commission régionale de la naissance, sur la communication, avec l'ouverture d'un site Internet et la mise en place d'un dossier médical unique utilisable par les professionnels. Par ailleurs, le réseau des maternités a été évalué pour l'agence régionale d'hospitalisation (ARH).

L'insécurité routière fait également l'objet d'un programme régional de santé. De nombreuses actions de terrain ont été soutenues et accompagnées en 2002 autour des axes prioritaires suivants :

- alcool et conduite (prévention à la sortie des discothèques et lors des fêtes locales, formation des barmans...);
- éducation à la santé et à la citoyenneté (actions menées par les foyers de jeunes travailleurs, la Mutualité française, Familles rurales...), afin d'agir sur les comportements à risque en voiture.

La DRASS s'est impliquée dans la préparation de la loi d'orientation quinquennale en santé publique. Un schéma régional d'éducation pour la santé a été lancé afin d'organiser, dans une approche territoriale, l'éducation pour la santé avec la population, les acteurs de terrain et les professionnels de santé. Cette démarche, validée par le comité régional des politiques de santé présidé par le préfet, associe les principaux décideurs et financeurs : État, collectivités territoriales, ARH, Assurance maladie et mutuelles.

Par ailleurs, les DDASS de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales et de l'Aude participent activement aux programmes départementaux de prévention des addictions.

Mieux répondre aux personnes handicapées

Les besoins en équipement pour enfants handicapés ont été chiffrés et un projet de plan de rattrapage régional finalisé. L'ensemble des constats souligne les déficits importants de la région et les nécessaires efforts à réaliser dans ce domaine. Des problèmes de sécurité se posent dans l'Aude du fait de la faiblesse des ratios d'encadrement.

Les structures favorisant le maintien à domicile des enfants handicapés (services d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD) ont bénéficié d'une priorité dans la programmation des crédits de l'enveloppe attribuée à la région. En 2002, le financement « assurance maladie » affecté à cette action s'est élevé à 454 000 €. Sur 3 ans, il est prévu d'investir 1,362 M€.

Une enquête auprès de 2 350 personnes lourdement handicapées vivant à domicile a été lancée par la DRASS, afin de mieux connaître les besoins et les attentes de ce public.

Le département de la Lozère a également été désigné site pilote pour la réforme des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Dans le Gard, l'année 2002 a vu la montée en charge du dispositif « site pour la vie autonome » : un guichet unique destiné à faciliter les démarches des personnes en situation de handicap (soutien technique et financier).

Dans l'Hérault, enfin, une cellule de gestion « handicap et soins infirmiers à domicile » a été mise en place.

Améliorer la prise en charge des personnes âgées

La mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'est poursuivie. Une sensible amélioration institutionnelle se dessine :

- 52 conventions ont été signées entre les établissements, les conseils généraux et l'État pour un montant de crédits « assurance maladie » de 3 M€ ;
- la région a connu une montée en charge des centres locaux d'information et de communication (CLIC) ;
- dans l'Hérault, le partenariat étroit avec le conseil général a permis la finalisation du schéma gérontologique 2003-2007.

Renforcer la démarche de solidarité et lutter contre les exclusions

Notre région se caractérise par un taux important de précarité (chômage, minima sociaux). Les directions sont donc fortement mobilisées pour poursuivre et renforcer les mesures et dispositifs issus de la loi de lutte contre l'exclusion.

Les travaux préparatoires au programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2^e génération ont débuté au cours du 2^e semestre 2002. Le volet « prévention » a été renforcé, avec l'élaboration d'un cahier des charges régional.

La mise en œuvre, dans chaque département, des schémas de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion des personnes en grande précarité a mis en lumière les efforts accomplis mais aussi l'importance des besoins à satisfaire notamment dans le département de l'Aude.

Enfin, pour accompagner vers l'emploi les publics en difficulté, la DRASS a développé des réseaux de parrainage et participe au service public de l'emploi régional (SPER).

Améliorer la politique hospitalière

La région Languedoc-Roussillon comprend 2 387 874 habitants (projection au 1^{er} janvier 2003, soit + 0,97 % par rapport au 1^{er} janvier 2002), mais avec de très fortes disparités départementales (147 habitants au km² dans l'Hérault contre 14 en Lozère).

Les indicateurs socio-économiques défavorables et le taux de chômage supérieur à la moyenne nationale entraînent une précarité sociale. En termes d'emplois, le secteur santé est sur-représenté.

À la fin de l'année 2002, la région dispose de 20 664 lits et places installés dont 10 446 en court séjour.

Durant l'année 2002, l'ARH a poursuivi son travail d'élaboration et de mise en œuvre des différentes annexes du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS), en particulier dans les domaines des urgences, de l'imagerie, de la cancérologie et de la médecine. Son action a été particulièrement ciblée sur la permanence des soins et les urgences, autour de quatre priorités :

- faire progresser la régulation médicale : charte régionale de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins ;
- développer les coopérations et affirmer les complémentarités ;
- accroître l'accessibilité des secours d'urgence et de réanimation pour la population ;
- adapter les moyens à l'activité.

Dans cet esprit, l'agence, l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et l'union régionale des médecins libéraux (URML) se sont fixé comme objectifs communs d'améliorer l'accès de premier recours au dispositif de soins et de développer les liens entre médecine générale et hôpital afin d'optimiser les urgences. Les solutions d'organisation ne sont pas uniques mais plurielles : elles se déclinent au niveau départemental, voire local, et sont formulées par les professionnels eux-mêmes.

Pour conforter les expériences déjà menées dans la région et les développer sur d'autres sites, l'agence et l'URCAM ont lancé, dans le cadre de la dotation régionale au développement des réseaux, un appel à projets sur l'amélioration de la permanence des soins et des urgences en zones rurales isolées (caractérisées par une population âgée, un mauvais accès aux soins, une mortalité plus élevée que la moyenne régionale et des densités de population très faibles). L'objectif est de mettre en œuvre des actions comme la régulation médicale libérale des appels téléphoniques, les maisons médicales de garde libérales, la coordination des cabinets de ville (cabinets groupés...), les centres de consultations avancées, etc.

En outre, l'agence a mis en œuvre une politique dynamique de renforcement des moyens matériels et humains de l'ensemble des services d'urgence. Celle-ci porte en particulier sur :

- le renforcement des antennes saisonnières des services mobiles d'urgence (SMUR), afin de mieux répondre aux besoins en période estivale ;
- la création, dans les cinq ans, de deux antennes

permanentes supplémentaires dans des zones en difficulté d'accès aux soins ;

- le développement des réseaux de médecins correspondants SMUR (médecins généralistes libéraux intégrés dans le réseau pré-hospitalier du service d'aide médicale urgente – SAMU – départemental) dans les Pyrénées-Orientales et bientôt en Lozère et sur d'autres sites.

Un appel d'offre régional d'harmonisation de la qualité technique des prestations de transports a donc été publié. Ce dispositif s'entend aussi dans le cadre d'une régulation sanitaire, dès 2004, des hélicoptères d'urgence pour la région : il s'agit d'optimiser les coûts en rationalisant l'action des cinq centres 15 de la région par des conventions inter-SAMU prévues dans le schéma des SMUR. L'ensemble de ces dispositions a été acté dans le schéma des SMUR élaboré avec les professionnels.

En outre, toutes les activités liées aux urgences ont été particulièrement ciblées dans la répartition des postes créés au titre de l'ARTT médical (57 % des postes créés) et dans l'attribution de moyens nouveaux au titre de la dotation régionale (+ 1 690 000 €).

Ainsi cette priorité régionale du SROS a pu être accompagnée en 2002 de façon significative.

Appréhender le phénomène prostitutionnel

Une journée d'étude sur le thème : « Prostitution, regards croisés sur les pratiques » a été organisée pour la première fois en novembre 2002, par le Comité de liaison et de coordination des services sociaux de l'Hérault, en partenariat avec la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), de la DDASS et de Languedoc-Mutualité.

Cette journée a permis aux professionnels de l'action sociale de l'Hérault de partager leurs expériences et réflexions sur ce champ spécialisé, dans trois ateliers de travail consacrés aux thèmes suivants :

- en amont de la rencontre, la question de nos représentations respectives ;
- de la rencontre à l'accompagnement ;
- du traumatisme à la prostitution : trajectoires, réparations.

Les différents intervenants se sont également réunis autour d'une table ronde intitulée « Entre l'impasse et l'issue, quelles perspectives ? ».

EMPLOI

Réfléchir sur le travail et l'emploi

La DRDFE participe à la conférence régionale du Travail, seule instance de ce type existant en France et organisée sous la forme d'une réunion tripartite des syndicats salariés, patronaux et de l'État autour de thèmes de travail. La première conférence s'est déroulée en février 2001 et la deuxième devrait se tenir dans le courant du premier semestre 2003. Entre les deux conférences, trois groupes de travail ont été constitués sur les thèmes suivants :

- la santé au travail (création en cours d'un observatoire) ;
- le travail saisonnier dans l'agriculture et le tourisme ;
- l'égalité professionnelle.

Une plaquette pour les élections prud'homales et un document servant de base pour rencontrer les branches professionnelles et les employeurs ont été réalisés.

Cerner l'environnement socio-économique

Le Languedoc-Roussillon comptait 2 340 000 habitants en 2001. Depuis 1990, la population s'est accrue de 20 000 habitants par an : le rythme annuel de croissance est de +0,9 %, soit presque deux fois et demie la moyenne des régions françaises.

La région développe plus particulièrement des activités de services, en réponse à la croissance démographique et à l'évolution de la consommation des ménages. La prédominance de petites entreprises est très marquée. Le taux de création d'entreprises reste largement supérieur au taux national, mais le taux de survie est plus faible.

Malgré l'augmentation de l'emploi, plus forte qu'au niveau national, le taux de chômage de la région reste le plus élevé de France.

Affermir l'ancrage territorial pour l'accès de tous à l'activité et à l'emploi

Le programme trajet d'accès à l'emploi (TRACE) s'est poursuivi en 2002. 3 711 jeunes ont fait l'objet d'un suivi, dont :

- 39 % sont en emploi sous contrats aidés ou d'alternance ;
- 15 % suivent des actions de formation ;
- 46 % font l'objet d'accompagnement en vue d'une recherche d'emploi.

Par rapport au reste de l'Hexagone, le Languedoc-Roussillon se caractérise par un volume important de contrats aidés du secteur non marchand.

Son tissu économique fortement marqué par le secteur tertiaire et le taux important de bénéficiaires du RMI supposent un travail d'insertion fort avec le milieu associatif et dans l'emploi public.

Pour 2002, les taux de réalisation des contrats emploi solidarité (CES) et des contrats emploi consolidé (CEC) étaient supérieurs à la programmation : 113,7 % sur les CES et 104,1 % sur les CEC.

Contribuer au développement économique d'activités sur un territoire

La consolidation des emplois jeunes a fait l'objet d'un plan d'action régional sur plusieurs axes avec nos partenaires :

- avec la Caisse des dépôts et Consignations, pour solvabiliser des activités de secteur semi-marchand dans le département du Gard et de l'Hérault ;
- avec le secteur hospitalier et l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), afin d'élaborer un plan de formation dans les hôpitaux publics : l'objectif est de garder à terme les jeunes sur des emplois en milieu sanitaire ou administratif ;
- avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) pour titulariser dans ce secteur des jeunes, par le biais de concours de 3^e voie ou par titularisation directe en catégorie C. Cette dernière hypothèse est une piste de travail intéressante, étant donné les nombreux départs en retraite de ce type d'agents dans les années à venir.

Enfin, dès la réunion du service public de l'emploi en juin 2002, il a été convenu avec l'Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC) et l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) d'engager, au bénéfice des jeunes qui se retrouveront sans solution, une démarche de plan d'aide au retour à l'emploi (PARE) anticipée, semblable à celle mise en œuvre pour les licenciements économiques.

Afin de promouvoir la création d'activité dans le département de l'Hérault, la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) a travaillé sur plusieurs leviers :

- les stages (stage d'insertion et de formation à l'emploi – SIFE) de création d'entreprise pour les publics les plus en difficulté ;
- le financement de couveuses d'activité ;
- l'accompagnement des porteurs de projet sur les crédits de promotion de l'emploi ;
- le partenariat avec l'Agence interdépartementale et régionale pour le développement de l'insertion par l'économique (AIRDIE) sur le dispositif EDEN (encouragement au développement d'entreprises nouvelles) en particulier ;
- l'accompagnement et le soutien d'une initiative de mise en place d'une plate-forme de la création d'activité : outre l'action de conseil, celle-ci doit clarifier le rôle des acteurs institutionnels auprès du porteur de projet.

Au total, plus de 1 200 personnes dans l'Hérault ont été aidées, en 2002, dans la concrétisation de leur projet d'entreprise.

Accompagner un emploi de qualité et la valorisation des potentiels humains

Un groupe de travail réunissant les principaux ministères certificateurs et le conseil régional a été constitué en vue de développer la validation des acquis par l'expérience (VAE). Il a pour objet de faciliter les échanges de pratiques, d'informer les professionnels de l'orientation et de centraliser l'offre de validation.

Ces échanges réguliers ont permis d'organiser des journées professionnelles en novembre 2002, en présence des plus hautes autorités régionales et avec une participation de l'administration centrale. Ces journées avaient pour finalité d'informer les réseaux de prescripteurs - quel que soit leur public (demandeur d'emploi ou salarié) - sur les procédures de validation existantes en région et leurs spécificités, mais aussi sur les complémentarités des titres et diplômes.

Les services accompagnent une action originale dans le Biterrois. L'association Club alliance métaux pour le développement des industries du Biterrois (CAMDIB), créée en 1996, regroupe 22 entreprises de toutes tailles, situées dans la région de Béziers. Ces entreprises représentent 81 M€ de chiffre d'affaires et emploient 823 personnes.

Depuis la création du CAMDIB, de nombreuses actions ont été menées dans les domaines de la qualité, du développement commercial, des achats et de l'intégration des nouvelles technologies. Le but est d'élever le niveau des salariés, d'augmenter le professionnalisme et d'obtenir que les employés s'approprient les exigences liées à l'évolution de l'industrie (qualité, nouvelles technologies de l'information et de la communication). Dans le domaine des ressources humaines, le CAMDIB a engagé une réflexion collective. Celle-ci a débouché notamment sur l'élaboration d'un programme de formation. Ambitieux, il représente, sur trois ans, 75 687 heures de formation pour 443 salariés dans 17 entreprises, pour un coût global de 2,74 Me.

Dans le Gard, le service public de l'emploi a organisé plusieurs forums emploi dans l'agriculture, pour faciliter le recrutement de saisonniers agricoles. Ces opérations ont permis d'éviter l'introduction massive de travailleurs étrangers. Cette initiative, dont les résultats ont été appréciés des syndicats agricoles, a été menée en lien avec le service de contrôle de la recherche d'emploi (SCRE).

Les inondations du 9 au 11 septembre 2002 ont fortement perturbé l'activité économique du Gard et de l'Hérault. Une mobilisation importante des agents, ainsi que la mise en place de procédures exceptionnelles et originales, ont permis de traiter, dans des délais raisonnables, les demandes de chômage partiel des entreprises. Avec un dispositif d'indemnisation de l'État complété par une indemnisation ASSEDIC, la part revenant à l'entreprise a été prise en charge à 100 %, grâce à une convention globale portée par les chambres consulaires. Malgré l'ampleur des dégâts et le légitime désarroi d'un grand nombre de petits entrepreneurs, l'excellente réactivité des services a

permis de régler les difficultés sans que la question de l'indemnisation des entreprises ait pu, à aucun moment, nourrir une quelconque acrimonie à l'encontre des pouvoirs publics.

Favoriser le dialogue social et garantir la protection des salariés

L'initiative d'une conférence régionale du travail remonte à l'année 1999. Il s'agit d'une innovation régionale, car la démarche n'est prévue par aucun texte réglementaire. Le projet consiste à construire un espace stable et durable pour faciliter le dialogue entre l'administration du travail, les employeurs et les salariés. Les réalités et les problèmes du travail sont au centre de ce dialogue.

Le niveau régional est apparu comme pertinent, car il est proche des réalités et en même temps assez distant des problèmes traités au quotidien. La conférence est conçue comme un processus, dont la continuité est assurée par les débats et les décisions prises par le comité de pilotage tripartite ainsi que par les commissions de travail, elles-mêmes tripartites. Des temps forts sont prévus comme un forum régional biennal (voir également plus haut, « Une instance de réflexion... »).

En 2002, la conférence s'est dotée d'un bulletin d'information Ergon et a défini le thème du prochain forum régional prévu en octobre 2003 : « Le dialogue social dans l'entreprise : objets et pratiques. » Cette manifestation sera préparée au sein de rencontres départementales tripartites, innovation qui tentera d'impliquer les partenaires sociaux au niveau local. Il n'est pas usurpé de considérer qu'un certain nombre d'avancées - comme la création de l'Observatoire régional de la santé au travail en 2002 dans la région - découlent des relations tissées lors du premier forum de l'année 2001.

L'inspection du travail s'est également engagée dans un travail expérimental de diagnostic, section par section (avec, dans certains cas, une tentative de caractérisation départementale), des réalités du travail, dès le début de l'année 2002, bien avant que ne soient connues les orientations de la Direction des relations du travail (DRT).

Il faut préciser que le Languedoc-Roussillon avait fait le choix de l'exhaustivité territoriale (à chaque section son diagnostic, plus un diagnostic grandes villes), mais en limitant le diagnostic aux questions de la santé au travail. Dans certains cas, les plans d'action de section ont débouché sur des objectifs communs au département. L'ambition et le degré de précision de ces « plans départementaux » sont variables. Et, s'ils ne sont en aucun cas un passage obligé, tous restent de la responsabilité du directeur départemental.

Dans le Gard, l'inspection du travail a mené une opération de lutte contre le travail illégal tout au long de l'été sur les sites touristiques. Cette action a conduit à dresser un nombre de procès-verbaux jamais atteint dans le département (64 PV pour 105 infractions).

Orientation stratégique fonctionnelle

Dès le début de l'année 2002, le service régional a produit un rapport sur sa gestion du budget de fonctionnement et dessiné un projet d'orientation budgétaire pour les 5 ans à venir. Ce document a pu être repris en référence pour les travaux sur la dotation globale 2003.

Le comité technique régional et interrégional (CTRI) a validé la création de la fonction de secrétaire général, grâce à une vacance de poste au grade de directeur du travail à la DRTEFP sur le dernier quadrimestre 2002. La répartition infrarégionale des ressources mobilisant le réseau des gestionnaires a ainsi pu être préparée. Cette nouvelle fonction a également permis de porter une attention accrue aux enjeux de la Loi organique sur les lois de finance (LOLF) et de la Directive nationale d'orientation (DNO).

Les directeurs ont validé des axes de travail prioritaires en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, mettant les services déconcentrés du travail de la région en ordre de marche pour une nouvelle étape de la réforme de l'État.

Le travail sur la préparation de la DNO 2003 a fait l'objet de débats et de propositions au sein du CTRI. Les projets restent toutefois suspendus aux incertitudes liées au projet de décentralisation.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	2 335 699 (10)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	57 940
Nombre de naissances domiciliées en 2001	27 775
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	10,3
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	87
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	9 405
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	141
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	106
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	39,4
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	13,9
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	8,1
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	4,3
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,8
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	70 791

SANTÉ / SOCIAL

Vers un « service public de l'éducation pour la santé »

Dès le début de l'année 2002, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) a engagé une démarche participative avec les acteurs et les financeurs concernés par l'élaboration du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS). Un questionnaire adressé à 120 acteurs, ainsi que des réunions départementales et un séminaire, ont permis de dresser un état des lieux avant l'été. Après avis du comité régional des politiques de santé, le préfet de région a validé le document au début du mois de janvier 2003.

Le SREPS du Limousin met l'accent sur plusieurs points :

- mieux coordonner les politiques des financeurs, notamment en direction des populations les plus fragiles et des zones rurales ou urbaines les plus délaissées ;
- renforcer l'évaluation des actions ;
- approfondir les complémentarités entre les acteurs et concevoir un pôle de compétences régional accessible à tous ;
- organiser une formation en éducation pour la santé dans la région.

Prévention et dépistage

Les campagnes de prévention ont connu un fort développement en 2002, notamment dans le cadre du programme régional de santé (PRS) « cancer », lancé pour dix ans. Celles-ci ont mis l'accent sur les dangers liés à la consommation excessive d'alcool et de tabac, les déséquilibres nutritionnels et la surexposition au soleil. Les efforts ont porté aussi sur la prévention des suicides - notamment ceux des jeunes et des personnes âgées - dont le nombre est anormalement élevé en Limousin.

La structuration des dispositifs de dépistage a par ailleurs été poursuivie. Elle a permis d'installer des cellules de gestion du dépistage des cancers du sein en Corrèze et en Creuse, et de développer des actions déjà engagées en Haute-Vienne. Ce travail d'organisation permettra, dès le 1^{er} semestre 2003, de systématiser le dépistage des cancers du sein dans les trois départements de la région et de lancer le dépistage des cancers du colon et du col de l'utérus dans le cadre du PRS.

Dans le cadre du programme régional d'inspections, qui compte plus de 80 rubriques en 2002, les contrôles de sécurité sanitaire ont en outre été renforcés.

Le Plan Cancer : une déclinaison régionale

Le Plan Cancer du Limousin repose sur la mise en œuvre de six grandes priorités :

1) Favoriser l'accès des patients cancéreux aux traitements innovants et coûteux :

Cette année, les établissements ont bénéficié de plus de 1,32 M€ pour acquérir des molécules anticancéreuses. L'an dernier, 3,48 M€ avaient déjà été alloués.

2) Renforcer les équipes hospitalières pour améliorer la qualité de la prise en charge :

Les services d'oncologie et de radiothérapie ont pu s'adjoindre de nouvelles compétences. Des postes de praticiens en radiothérapie et en onco-hématologie, mais aussi des postes de personnels soignants (notamment de psychologues), d'infirmières et de manipulateurs en radiothérapie ont été créés. Plus de 282 000 € ont été consacrés à ce volet du plan.

Les équipes mobiles départementales de soins palliatifs, créées en 1999 et constituées en réseau régional, ont par ailleurs été renforcées, avec la création d'un poste de praticien et de 3,5 postes de soignants, principalement des psychologues. Les soins palliatifs peuvent en effet représenter 70 % de l'activité des services d'oncologie. Ces mesures, d'un montant de 115 000 €, ont été décidées dans le cadre de la politique régionale de développement des soins palliatifs, en cohérence avec les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), en cours de consultation.

3) Sensibiliser et informer les professionnels de santé à la prise en charge en soins palliatifs :

En partenariat avec le CHU de Limoges et l'Union régionale des médecins libéraux (URML), l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) ont organisé un cycle de quatre conférences régionales sur les soins palliatifs. Objectifs : développer une culture commune de soins palliatifs, diffuser les techniques de base, améliorer la transversalité des prises en charge et faciliter l'accès à cette forme de prise en charge. Cette manifestation s'est tenue du 22 novembre 2001 au 17 octobre 2002. Elle a réuni plus de 120 médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeute et assistantes sociales.

4) Aider au développement d'outils performants pour la recherche, la prévention, le dépistage, le suivi et le traitement des cancers :

La région dispose d'un outil de connaissance essentiel de l'évolution des pathologies cancéreuses : le registre des cancers. Depuis 1998, l'ARH apporte un soutien constant à son élaboration, aux côtés d'autres financeurs institutionnels. En 2002, elle a accordé un crédit de 38 000 €.

Grâce à une enveloppe de 152 450 €, une tumorthèque a également été mise en place, à la fin de 2001, au CHU de Limoges.

Ce dispositif, à la croisée des activités cliniques et de la recherche, constitue un enjeu majeur dans l'amélioration des prises en charge thérapeutiques basées sur la carte d'identité des tumeurs. Il a bénéficié d'un crédit supplémentaire de 64.000 € en 2002.

5) Accroître le parc régional des équipements matériels lourds afin d'améliorer les conditions d'accès au dépistage et aux traitements :

En biologie, radiothérapie ou imagerie médicale, le plateau technique joue un rôle capital dans la prise en charge des pathologies cancéreuses. En 2002, les équipements devenus obsolètes ont donc été remplacés par des appareils performants et des équipements nouveaux ont été autorisés.

Le parc des scanographes s'est accru de manière significative. Trois nouvelles autorisations de scanners multi-barettes permettent de renforcer le maillage territorial, la région disposant désormais de neuf scanners.

Le centre hospitalier universitaire, pôle référent régional en cancérologie, dispose désormais d'une deuxième IRM. Celle-ci permet d'améliorer la concertation pluridisciplinaire pour les bilans pré, per et post-thérapeutiques en cancérologie. Au CHU de Limoges, un tomographe d'émission à positons (TEP) a pris la place d'une gamma-caméra avec système de détection par coïncidence. Ce type d'équipement, encore très peu répandu en France, donne une nouvelle dimension à la médecine nucléaire. Une enveloppe de près de 457 000 € a été attribuée au CHU pour financer les consommables.

Les conditions d'accès à l'imagerie médicale des centres de radiothérapie ont ainsi été fortement améliorées grâce à ces nouvelles autorisations.

6) Soutenir le développement des réseaux de cancérologie :

Le réseau régional de concertation pluridisciplinaire de cancérologie « ONCOLIM » - agréé à la fin de 2001 - a permis d'améliorer la prise en charge des patients, grâce à la diffusion de thesaurus régionaux de bonnes pratiques établis par organe, appareil ou fonction, et grâce à la tenue de réunions de concertation pluridisciplinaires dans chaque département. Afin de favoriser le développement du réseau, l'ARH a renforcé le temps de coordination et a créé un poste de praticien pour les activités de réseau du service d'oncologie médicale du C.H.U. (consultations avancées). Le montant de l'aide correspondante s'élève à 25 000 €.

Par ailleurs, le réseau expérimental ville-hôpital ONCORESE - agréé à la fin de 1999 - répond de façon satisfaisante aux besoins de la population de la Corrèze. Son objectif est de permettre le maintien à domicile de patients sous chimiothérapie curative ou en fin de vie. En 2002, l'Agence a accordé une aide de 38 000 € au titre de sa participation à la fonction de coordination du réseau et travaille aux modalités de pérennisation de cette activité à domicile.

Qualité de l'offre de soins

En 2002, la priorité a porté sur l'enrichissement du SROS, avec l'élaboration de volets additionnels. Le schéma relatif à la psychiatrie a été arrêté. Les priorités concernent des populations spécifiques (mères-bébés, adolescents, détenus), les comportements à risques (alcoolisme, polytoxicomanies), les urgences, les pathologies du vieillissement, les maladies chroniques et les handicaps.

Les réflexions du groupe de travail « imagerie médicale » ont abouti à des propositions d'implantation de scanners, de radiologie vasculaire et de médecine

nucléaire, notamment en matière d'IRM. L'objectif est de renforcer les complémentarités entre équipements, d'assurer une couverture territoriale plus équitable et d'obtenir les niveaux de qualifications requis en termes de moyens et de plateaux techniques.

Les volets « insuffisance rénale chronique », « diabète », « soins palliatifs et douleur » ont donné lieu à des recommandations et à des plans d'actions.

La poursuite de la recomposition et la recherche d'une complémentarité de l'offre de soins constituent une autre priorité. En ce domaine, l'année a été marquée par :

- l'adoption des projets d'établissements ;
- la signature de contrats d'objectifs et de moyens (COM) avec cinq nouveaux établissements. La part des crédits contractualisés concerne désormais 1 % du taux annuel d'évolution ;
- la poursuite du rééquilibrage progressif et négocié des bases de référence, avec une ponction de 1,3 M€ sur les établissements sur-dotés et une redistribution de 1,2 M€ aux établissements sous-dotés ;
- la modulation des taux d'évolution des crédits accordés aux cliniques, dans le cadre de l'accord régional conclu entre l'ARH et la Fédération des cliniques privées.

L'ensemble de ces initiatives a permis de recomposer le paysage hospitalier, notamment en psychiatrie : des unités ont été regroupées au CHS Esquirol de Limoges et une unité pour malades agités a été créée au CHS d'Eygurande en Corrèze. Elles ont également favorisé la conversion de certaines disciplines à la clinique des Émailleurs à Limoges (médecine convertie en chirurgie) et au CHU (médecine transformée en soins de suite et de réadaptation).

Elles ont, en outre, rendu possible le financement des priorités de santé publique identifiées en région Limousin : cancérologie (3 M€), urgences (1,631 M€), personnes âgées (0,503 M€), périnatalité (0,518 M€), psychiatrie (0,442 M€), mise en conformité de la stérilisation et de la désinfection des dispositifs médicaux (0,548 M€).

Accompagnement du vieillissement

La forte proportion de personnes âgées en Limousin et les réformes nationales ont conduit les représentants de l'État et des collectivités locales à mieux coordonner leurs politiques de prévention et de prise en charge de la dépendance.

Dans ce contexte, l'année 2002 a été marquée par trois événements majeurs :

- la coordination des actions, avec la poursuite de la mise en place des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Au 31 décembre 2002, la région compte 14 CLIC ;
- la montée en charge de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans ce domaine, le Limousin affiche le pourcentage le plus élevé de conventions signées (60 % au 31 décembre 2002) ;
- la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par les départements. Pour sa part, l'État a mis en œuvre un programme de formation et de qualification des personnels de l'aide à domicile, qui a bénéficié à plus de 150 personnes cette année.

Par ailleurs, deux enquêtes ont été lancées : l'une sur l'évolution de la dépendance à domicile, l'autre sur la prise en charge des handicapés vieillissants. Dès 2003, les conseils généraux disposeront d'un état des lieux régional, qui servira de base à la préparation des schémas départementaux médico-sociaux.

Enfin, le programme régional de santé (PRS) relatif à la dépendance des personnes âgées a fait l'objet d'une évaluation en novembre 2002. Malgré les nombreuses mesures d'ores et déjà appliquées, un programme de deuxième génération sera élaboré à partir de 2003.

Intégration des personnes handicapées

Pour des raisons historiques, le Limousin - particulièrement la Corrèze - accueille un nombre important de personnes handicapées. Aussi, le comité technique régional et interdépartemental a-t-il adapté, cette année, les dispositifs d'intégration et de prise en charge.

La politique de maintien à domicile s'est développée, avec la création de places de services de soins infirmiers à domicile dans les trois départements, et une qualification accrue des intervenants.

Le plan « Handiscol », qui réunit les DDASS et l'Éducation nationale, a facilité l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire. L'effort sera poursuivi en 2003.

Deux sites pour la vie autonome ont été ouverts en Corrèze et en Haute-Vienne.

Les travaux relatifs au schéma régional autisme de deuxième génération ont également débuté. En Haute-Vienne, les maisons d'accueil spécialisées s'ouvrent davantage aux enfants autistes. Dans la Creuse, l'accueil des handicapés adultes en foyer à double tarification s'est beaucoup amélioré.

La Région a, par ailleurs, mis sur pied une politique d'amélioration des parcours des handicapés en institution. Grâce à l'attribution de nouvelles places de centres d'aide par le travail, elle a permis de réduire la file active de personnes relevant de l'amendement Creton. Enfin, un centre régional d'information sur la surdité, financé à 100 % par des crédits de l'État, a été installé à Limoges en décembre 2002.

Accueil et accès aux soins des personnes démunies

En complément des dispositifs de lutte contre les exclusions, co-animés avec les conseils généraux, les services de l'État ont adapté les structures d'accueil et d'hébergement, saturées par l'afflux récent de personnes demandeuses d'asile ou en situation irrégulière : 60 places de centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) ont été créées en Haute-Vienne, ainsi que 20 en Creuse et 10 en Corrèze.

Deux schémas départementaux d'accueil et d'hébergement ont par ailleurs été adoptés, le troisième étant en cours de finalisation.

Les dispositifs de veille sociale ont été considérablement renforcés : des centres d'appels 115 ont été installés dans chaque département, sous la responsabilité du centre technique régional et interrégional (CTRI).

Grâce au financement du programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS), à hauteur de 400 000 €, l'accès aux soins des personnes démunies a également été facilité. Les actions ont porté en priorité sur l'accompagnement individualisé et sur l'organisation d'ateliers de santé. Les permanences d'accès aux soins, installées dans les hôpitaux de Limoges, Guéret, Brive et Tulle, ont fait l'objet d'une évaluation, qui a permis d'établir un cahier des charges régional. Au-delà de l'urgence, elles s'orientent désormais vers une prise en compte plus globale des soins et des besoins psychosociaux.

Enfin, le PRAPS de deuxième génération a été préparé. Il intègre les objectifs de développement durable, en mettant l'accent sur les politiques de prévention, une meilleure territorialisation des actions et la création de dispositifs associant les usagers.

Information sur la contraception

Le comité de pilotage régional contraception, co-animé par la déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et la DRASS, a souhaité informer et sensibiliser les étudiants et jeunes adultes sur la sexualité et la contraception. Une animation théâtrale a donc eu lieu dans chaque département durant une semaine, entre fin novembre 2002 et début janvier 2003.

La compagnie « Paroles » a présenté le spectacle « Elles. Questions de femmes ? », suivi d'un débat animé par un professionnel de santé. En Haute-Vienne, le spectacle a été présenté à quatre reprises devant des stagiaires de l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) Bâtiment, des jeunes d'une mission locale et des étudiants d'écoles de santé. Il a été présenté trois fois en Creuse et en Corrèze. Divers professionnels ont mené les débats : infirmière de la mission locale, conseillère familiale planning d'un centre hospitalier, chef d'un service gynécologie dans un centre hospitalier, intervenante du mouvement français pour le planning familial ou surveillante sage-femme.

EMPLOI

Le Limousin est la plus petite région continentale. Il compte 710 939 habitants (- 0,18 % par rapport à 1990). Sur les 231 352 emplois salariés, 40 % relèvent du secteur public.

La faible dimension des entreprises (91,5 % ont moins de 20 salariés) facilite l'emploi du personnel féminin, dont le taux d'activité est supérieur à la moyenne nationale pour les 25-60 ans, mais dont les salaires sont inférieurs de 7,8 % au niveau national. Le taux de chômage est lui aussi très inférieur au taux national : 6,7 % contre 9,1 % pour l'ensemble de la France au 31 décembre 2002. Mais cette situation masque l'absence d'un grand support économique et nécessite de développer des partenariats dans différents domaines : politique d'accueil et création d'entreprises, politiques de formation, projets locaux avec les collectivités régionales et locales et les partenai-

res sociaux dans le cadre d'une forte mobilisation des crédits inscrits au contrat de plan État-Région (CPER) et au Fonds social européen (FSE)

Fluidité du marché du travail

En 2002, l'organisation du réseau des structures d'accueil a été stabilisée. Celui-ci compte désormais cinq missions locales et une permanence d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO). La mise en réseau des ateliers de pédagogie personnalisée (APP) a, par ailleurs, permis de mutualiser les moyens en personnel et d'accroître l'efficacité des missions locales.

Afin de mieux faire connaître ces structures aux bénéficiaires potentiels et aux institutionnels, diverses actions ont été mises en œuvre : organisation, à l'automne, d'une manifestation nationale dans toutes les régions, tenue d'une conférence le 16 octobre, élaboration et diffusion d'une plaquette. Sur les sites se sont également tenues diverses manifestations : journées portes ouvertes, petits-déjeuners, points presse...

En matière de formation ouverte à distance, des réunions de concertation ont permis d'engager, autour d'un large partenariat, un processus d'implantation de points d'accès à la téléformation (P@T). Six sites ont été retenus et devraient faire l'objet d'une labellisation en 2003. Un groupement partenarial a été constitué, avec un pilotage confié à l'AFPA.

Lutte contre la sélectivité du marché du travail

En 2002, la couveuse d'activité, cofinancée notamment par le contrat de plan État-Région et le Fonds social européen, a permis d'accompagner une trentaine de porteurs de projets.

Les plans locaux pour l'insertion et l'emploi (PLIE) de Limoges, Tulle et Brive sont désormais opérationnels. Dans le domaine de l'insertion par l'activité économique, un projet d'engagement de développement de la formation (EDDF) est en cours d'élaboration. L'objectif est de valider officiellement le métier d'encadrant des structures d'insertion. Pour les salariés de ce secteur, les crédits du CPER ont favorisé le montage de projets professionnels sur l'ensemble de la région.

Développement de l'emploi

En 2003, 750 jeunes arriveront au terme de leur contrat emploi jeune. De 2004 à 2007, 1 466 sorties sont prévues. La direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) s'est donc engagée dans une démarche de consolidation du dispositif nouveaux services emplois jeunes (NSEJ). Dans ce contexte, l'accord-cadre national conclu entre l'État, la Région et la Caisse de Dépôts et Consignations (CDC) a donné lieu à la mise en œuvre d'un plan d'action. Il s'agit de conduire ou d'actualiser les diagnostics de territoire, de mettre en place des dispositifs locaux d'accompagnement à la consolidation et de créer un centre de ressources régional.

Une plaquette d'information sur les modalités de recrutement dans la fonction publique territoriale a également vu le jour.

Une opération de sensibilisation et d'information à la création d'entreprise, à destination du public des NSEJ, sera par ailleurs reconduite en mars 2004, en partenariat avec le conseil régional, la CDC et les réseaux d'accompagnement.

Enfin, des réunions d'information seront organisées au premier semestre 2003 dans les trois départements, avec le concours du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) et des centres de gestion.

Apprentissage au féminin en Limousin

À la demande de la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP), deux études-actions sur l'apprentissage au féminin ont été lancées en Alsace et en Limousin en 1998. Dans le cadre de la négociation des contrats d'objectifs territoriaux et du contrat de plan État-Région 2000-2006, le conseil régional et la déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) du Limousin ont participé à cette initiative.

L'étude mise en œuvre a alimenté la réflexion sur l'égalité des chances entre hommes et femmes. En avril 2000, elle a donné lieu à un projet d'action piloté par le conseil régional, en partenariat avec les centres de formation d'apprentis (CFA), les milieux économiques, la direction régionale de l'agriculture et de la forêt et l'Éducation nationale. Quatre axes ont été définis :

- la réalisation d'une réflexion-action sur l'évolution des professions ;
- le développement de quatre projets-pilotes dans des collèges de l'Académie de Limoges, sur le thème « orientation active, égalité des chances » ;
- la mise en place de formations en alternance ;
- la création d'un prix de l'apprentissage au féminin. Celui-ci comprend une bourse de 1 000 euros et un stage en entreprise en Belgique, dans le cadre d'un partenariat entre le conseil régional du Limousin et de la région Wallonie.

Entretien et développement des compétences (VAE)

L'expérimentation inter-régionale (Limousin, Aquitaine et Midi-Pyrénées) d'un réseau de points relais conseil, autour de la validation des acquis de l'expérience (VAE), s'est achevée en juin 2002. Elle a permis à 131 personnes - près du triple de l'effectif attendu - de bénéficier d'un accueil individualisé.

Les conventions avec les points relais conseil ont, en outre, été reconduites en fin d'année, tandis qu'un animateur de la cellule régionale inter-services a été recruté au 1^{er} trimestre 2003.

Autres faits marquants : l'extension du site Internet du Centre d'animation et de ressources de l'information sur la formation (CARIF) consacré à la VAE, ainsi que la mise en place d'une communication spécifique et d'une formation de conseillers VAE, en partenariat avec les principaux certificateurs.

Prévention des risques et sécurité des salariés

Conformément au décret du 5 novembre 2001, la prévention et l'évaluation des risques au travail

ont fait l'objet d'efforts particuliers tout au long de l'année. Divers outils d'information et de sensibilisation ont ainsi été mis en place auprès des employeurs et des salariés :

- une plaquette « Repères pour une évaluation efficace des risques professionnels » a été élaborée et diffusée à plus de 9 300 exemplaires ;
- des rencontres avec les chefs d'entreprises des principaux centres urbains ont permis de sensibiliser ces derniers à la nécessité de prévenir les risques très en amont ;
- une plaquette de sensibilisation sur la prévention des risques liés à l'utilisation des éthers de glycol a été conçue, en collaboration avec les médecins du travail ;
- un réseau d'échanges d'expériences et de parrainage d'entreprises a également été mis en place pour partager les savoir-faire en matière de prévention-santé et de sécurité des salariés ;
- un groupe de travail sur les risques liés à l'usage des échafaudages sur taquets d'échelles a été mis sur pied.

Amplification du dialogue social

Avec l'appui des chambres consulaires, l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), les branches professionnelles et les entreprises ont poursuivi leurs réorganisations liées à l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT). Elles ont renouvelé leur campagne d'information et de sensibilisation aux dispositifs de formation en alternance, en collaboration avec des PME-TPE et des entreprises artisanales.

En matière de politique contractuelle, des accords régionaux professionnels et interprofessionnels ont été conclus, afin de former les salariés des PME et des TPE grâce au dispositif Engagement de développement de la formation (EDDF).

Une réflexion a été également menée, avec les membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et les délégués du personnel, sur leur participation à l'évaluation des risques et l'analyse des accidents du travail par le canal de l'ARACT. L'année a enfin été marquée par une participation au processus des élections prud'homales.

Information et communication

Un Forum régional sur les discriminations professionnelles s'est tenu en octobre 2002. Il a permis de faire un point sur les évolutions juridiques dans ce domaine et sur le rôle joué par des acteurs comme les inspecteurs du travail, les médecins du travail, les syndicats, le Parquet...

Par ailleurs, une opération « portes ouvertes » sur le droit du travail a eu lieu en novembre 2002 dans la DDTEFP de la Haute-Vienne. Le matin, le public a été accueilli autour de thèmes majeurs du droit du travail. L'après-midi, il a pu assister à deux tables rondes sur les difficultés de connaissance de la règle de droit et sur l'application de la règle en droit du travail, le contrôle et la sanction de sa non-application.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	711 273 (22)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	24 248
Nombre de naissances domiciliées en 2001	7 022
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	12,7
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	22
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	3 488
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	131
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	65
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	100,2
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	21,5
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	11,2
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	6,3
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	5,3
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	8 526

SANTÉ, SOCIAL

Lorraine des villes et des champs

70 % des Lorrains sont des citadins, mais ils vivent dans un environnement partiellement dégradé par les fiches industrielles.

Ils sont plus jeunes que les autres Français, mais de santé plus fragile et mal protégés contre la précarité. Si leur taux de chômage est proche de la moyenne nationale, ce chiffre est biaisé par la faible participation des femmes et des jeunes à l'activité professionnelle.

Enfin, les équipements sanitaires, médico-sociaux et sociaux ont une densité supérieure à la moyenne nationale, mais ils manquent de personnel qualifié.

L'action sociale : observer, former, impulser, agir

Un projet coordonné de plate-forme régionale de l'observation sanitaire et sociale a vu le jour en 2002. Son objectif est de mieux utiliser les données existantes et de développer des études ciblées sur la formation, la planification et l'action.

Autre réalisation : la mise en œuvre du schéma des professions sociales a permis l'augmentation des quotas à l'institut régional de travail social (IRTS) de Lorraine (+ 52 places, portant ainsi le total à 1 145 étudiants). Enfin, le schéma « accueil, hébergement, insertion » (AHI) s'est développé autour de trois axes :

- un tableau de bord des publics ;
- des outils de gestion interdépartementale de l'ensemble ;
- la coordination des dispositifs d'insertion par le logement.

La problématique des demandeurs d'asiles a également été prise en compte, tandis que les directeurs départementaux étaient chargés de piloter la lutte contre les exclusions.

Une recherche de cohérence médico-sociale

Celle-ci répond à des problématiques convergentes : dépendance des personnes âgées, vieillissement des handicapés, choix de vie (à domicile ou en institution). Le développement des centres locaux d'information et de coordination, ou CLIC (10 en 2002), des sites pour la vie autonome et des services de soins à domicile en est un versant ; la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou EHPAD (21 conventions tripartites en 2002) et l'amélioration de la qualité de l'offre institutionnelle en sont un autre.

Le programme de la mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE) a pris en compte cette recherche de qualité,

à travers 14 enquêtes de prévention de la maltraitance en 2002.

La santé : prévenir, soigner, organiser, gérer, contrôler

La mission des politiques de santé a soutenu et financé 194 actions en 2002 dans le cadre de plusieurs programmes régionaux (accès aux soins et à la prévention des plus démunis, suicide, dépendances), du programme national nutrition et du plan cancer (cancer du sein et cancer colo-rectal).

Les partenaires se sont également mobilisés fortement pour préparer la loi d'orientation de santé publique.

La prévention et la gestion des risques se sont articulées autour de thèmes environnementaux : collecte des déchets de soins diffus, contrôle de la qualité des eaux (91 inspections en 2002) et de l'air, risques amiante et légionellose. Elles ont porté aussi sur le plan zonal Biotox et des actions de vigilance (49 contrôles au titre de la procédure d'autorisation de l'activité de stérilisation dans les pharmacies à usage intérieur).

Enfin, la MRIICE a mobilisé, en 2002, 40 agents pendant 465 jours, notamment sur la sécurité sanitaire (laboratoires, hémovigilance, stérilisation, assistance médicale à la procréation, agents transmissibles non conventionnels), la prévention de la maltraitance et la protection sociale.

La protection sociale

Une synthèse, globalement positive, a été réalisée en mars 2002 sur la couverture maladie universelle (CMU). En revanche, le dispositif d'aide à la mutualisation s'est trouvé confronté aux réticences des conseils généraux et a donc peu de chances d'aboutir.

Le nouveau Code de la mutualité a également été mis en œuvre : les élections et les immatriculations sont satisfaisantes, mais la procédure d'agrément ne progresse que lentement.

Enfin, trois des axes du rapport sur l'avenir du régime minier (médecine minière, personnes âgées, prévention et promotion de la santé) ont fait l'objet de travaux. Les conclusions seront soumises aux instances en 2003. Cependant, le problème des caisses minières (devenir des œuvres) n'a pas trouvé de consensus dans les conseils d'administration.

Les ressources : avant tout, des hommes et des femmes

Si l'avancée est acquise en 2002 dans certains domaines (groupes de travail pour l'allocation de ressources, développement de la MRIICE, fonctionnement du comité technique régional et interrégional – CTRI), elle n'a pu atteindre un niveau optimal faute de moyens adéquats, au premier rang desquels le pourvoi des postes vacants.

La réduction du temps de travail, ainsi que la formation de l'ensemble des personnels aux entretiens d'évaluation, ont révélé une inquiétude et un malaise latents dans les services. Or le degré et la qualité de la réalisation des objectifs sont avant tout le résultat de l'activité motivée des femmes et des hommes.

ARTT des personnels hospitaliers

Pour les agents de la fonction publique hospitalière, 46 accords locaux ont été signés au début de 2002. Leur analyse a permis de répartir les créations d'emplois mis en réserve au titre de la qualité des accords (211 postes), en concertation étroite avec les représentants régionaux de la Fédération hospitalière de France et le comité régional de suivi. Après la conclusion des accords, la réflexion s'est poursuivie dans les établissements. La parution progressive des textes réglementaires relatifs au temps et à l'organisation du travail, ainsi que la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) pour le corps médical, impliquent en effet une recherche permanente d'organisations pertinentes - internes comme externes - afin de préserver la qualité de l'accès aux soins pour la population.

En matière de personnel médical, un comité régional de suivi a été installé en 2002. Sa mission d'accompagnement des différents protocoles s'est concrétisée notamment par des propositions aux établissements pour leur projet d'organisation médicale et des tableaux de service. Le comité a par ailleurs été impliqué fortement dans l'étude de pré-impact territorial.

L'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et le comité régional ont collaboré, en 2002, pour définir les points d'ancrage des réorganisations à mener, les mutualisations à mettre en place et les moyens financiers à affecter.

Organisation des soins hospitaliers

Plusieurs projets de recomposition hospitalière, intéressants des établissements de santé publics et privés de la région, ont connu des avancées significatives au cours de l'année. Ainsi, deux syndicats interhospitaliers ayant vocation à exercer des activités de soins ont été créés à Metz (néonatalogie) et dans les Vosges (rééducation fonctionnelle). Deux maternités ont été regroupées à Bar-le-Duc. Enfin, des discussions ont été engagées en vue du rapprochement des établissements du bassin houiller, entre ceux d'Épinal, ainsi qu'entre les hôpitaux de Neufchâteau et Vittel.

L'ARH a également poursuivi la mise en œuvre du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) de 2^e génération. Deux nouveaux volets (imagerie et radiothérapie) ont été adoptés en 2002 tandis qu'était engagée l'élaboration de ceux concernant les « accidents vasculaires cérébraux » et la « réanimation ».

La politique de développement des réseaux a été activement poursuivie avec la reconnaissance de LORALCO (alcool et autres addictions), NEPHROLOR (prévention et prise en charge des insuffisants rénaux) et ALLERGOLOR. Ils viennent compléter le dispositif de maillage constitué au cours des années précédentes.

Enfin, la politique contractuelle constitue l'un des axes essentiels de l'action de l'ARH. Cette dernière a pris l'option de négocier avec les établissements disposant d'un projet d'établissement approuvé depuis moins d'un an au cours de l'année. Quinze contrats d'objectifs et de moyens ont été signés avec des établissements sous dotation globale. Ils s'ajoutent aux 11 précédents.

Mobilisation des professionnels sur la prostitution

Les violences faites aux femmes de Moselle, animée par la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), a mis en place un groupe de travail sur la prévention et la lutte contre la prostitution. Piloté par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), il s'est donné comme principaux objectifs :

- d'établir un état des lieux par territoire du phénomène prostitutionnel ;
- de réaliser un bilan des actions entreprises, notamment l'accompagnement des personnes prostituées vers une réinsertion sociale et la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST).

Par ailleurs, un comité de pilotage du contrat de ville thématique santé en Moselle a été consacré, sur l'initiative de la chargée de mission départementale (CMD), à la question de la prévention et de la lutte contre le phénomène prostitutionnel.

Le principal point abordé a été le renforcement des moyens accordés aux associations de terrain et la mise en réseau de ces associations pour créer des complémentarités.

EMPLOI

Des femmes dans l'industrie

L'action DEFI, pilotée par l'agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), permet aux entreprises d'innover dans leurs pratiques de recrutement. Il s'agit d'intégrer et d'organiser le travail pour valoriser les capacités des femmes sur des métiers traditionnellement masculins, et porteurs d'emploi. L'ARACT accompagne les entreprises qui recrutent des femmes sur des métiers industriels ou traditionnellement masculins. Elle assure l'échange d'expériences entre entreprises qui ont déjà relevé ce « DEFI » pour enrichir les pratiques existantes et travailler sur l'évolution professionnelle des femmes dans des environnements masculins.

Cette action mobilise de nombreux partenaires publics (DRDFE, directions régionale et départementales du travail de l'emploi et de la formation professionnelle – DRTEFP et DDTEFP –, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail – ANACT –, Agence nationale pour l'emploi – ANPE –, conseil régional) et privés (ADECCO, ADIA, RADIALE – réseau d'acteurs économiques fédérés pour accompagner les projets de

développement – et ACTIPROMO). Le premier bilan est encourageant. Ainsi, une usine sidérurgique qui n'employait aucune femme dans les services de production compte aujourd'hui 27 femmes sur 330 personnes. Un producteur de véhicules utilitaires a pu, en deux années, doubler la part du personnel féminin parmi les agents de fabrication et les caristes, en intégrant 75 salariées. L'ambition, si la conjoncture le permet, est de parvenir à un taux de 10 à 15 % de femmes sur ces emplois industriels.

Le marché du travail

En 2002, la conjoncture lorraine s'est caractérisée par une augmentation du nombre de demandeurs d'emploi : sur un an, le chômage a progressé en moyenne de 11 %. Ce rythme s'est légèrement réduit en fin d'année : fin décembre, la région comptait 81 980 demandeurs d'emploi de catégorie 1, soit 8,4 % de plus qu'un an plus tôt.

Cette montée du chômage concerne davantage les hommes (+ 18,4 % sur un an) que les femmes (+ 3,8 % sur un an). La situation des jeunes s'est fortement dégradée : le nombre de demandeurs d'emploi de moins de 25 ans inscrits en catégorie 1 a progressé de 20,2 % sur l'année, alors qu'il avait diminué de 5,9 % en 2001.

Le chômage de longue durée connaît une évolution similaire (+ 6,5 % sur un an). Le nombre de chômeurs inscrits depuis deux ans et plus a cependant diminué : - 6,3 % en moyenne sur l'année. Ce chiffre est toutefois tempéré par ceux du second semestre 2002 : fin décembre, la baisse des effectifs par rapport à l'année 2001 n'était plus que de 1,1 %.

L'analyse conjoncturelle de l'évolution de l'emploi dans le secteur privé (source ASSEDIC) montre que si les effectifs ont progressé au cours du 1^{er} semestre, la situation s'est dégradée lors du 3^e, pour se stabiliser au 4^e.

Territorialisation des politiques de l'Emploi

Comme en 2001, la DRTEFP a soutenu les démarches de territorialisation des politiques de l'emploi. Le Service études, prospectives et évaluations statistiques (SEPES) a achevé la formation des équipes locales sur l'outil Corinthe. Il a assuré la diffusion et l'accompagnement des mises à jour trimestrielles de cet instrument d'aide au diagnostic local. Il a enfin engagé la réflexion, avec le service emploi-formation, sur les actions menées par les équipes locales, au sein de la cellule régionale d'appui aux démarches des bassins d'emploi. Pour cela, les deux institutions ont participé à la production, à la présentation et à l'appropriation d'un guide méthodologique sur cette problématique.

Accès des femmes au marché du travail

Dans ce domaine, la DDTEFP de Moselle a engagé deux approches : l'une, pluriannuelle et centrée sur les priorités départementales, intègre les orientations nationales et régionales ; l'autre ambitionne

d'élargir le partenariat du service public de l'emploi (SPE) aux acteurs économiques et aux collectivités territoriales (contrat de pays et d'agglomération notamment). Ainsi, la priorité donnée à l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes a fait l'objet d'initiatives spécifiques et ciblées, réalisées grâce à un partenariat élargi. L'opération « DEFI », menée en partenariat avec l'ARCT et la DRDFE, mérite à ce titre une mention particulière (voir ci-dessus, « Des femmes dans l'industrie »).

Validation des acquis de l'expérience

Dès 2001, dans le cadre d'une large collaboration inter-institutionnelle (ministères valideurs, chambres consulaires, partenaires sociaux, organismes paritaires collecteurs agréés – OPCA –, etc.), la DRTEFP a piloté un groupe de travail sur ce thème. Ce travail d'anticipation a permis à la Lorraine de structurer son dispositif d'information et de validation par :

- un point d'information grand public appuyé sur le centre d'animation et de ressources de l'information sur la formation (CARIF)-INFFOLOR, via un numéro vert ou Internet. Cet organisme a reçu près de 800 appels de mars à décembre 2002, dont 61 % émanaient de salariés, 4 % d'entreprises et 35 % de demandeurs d'emploi. Cinq grands secteurs sont concernés : sanitaire et médico-social ; gestion, secrétariat, comptabilité ; commerce, vente ; informatique ; communication ;
- un centre de ressources pour les acteurs professionnels de la validation ;
- un réseau territorial de points relais-conseil : 13 structures sont conventionnées pour un total de 31 lieux d'accueil du public. Pour ce réseau, le groupe pilote a travaillé sur un cahier des charges et une méthodologie du conseil. Les premières prestations ont été réalisées en décembre 2002.

L'année a en outre été jalonnée d'actions de communication grand public et de réunions d'information et de formation des membres du réseau d'accueil : agences locales pour l'emploi, missions locales, etc. En tout, 46 réunions ont accueilli 1 000 participants.

Répondre aux besoins sanitaires et sociaux

Dans le domaine des métiers de l'aide à la personne, la DRTEFP a poursuivi son action dans deux directions.

Tout d'abord, les compétences des salariés du secteur de l'aide à domicile ont été reconnues à travers la validation des acquis de l'expérience. Cette action s'inscrit dans le cadre de l'engagement de développement de la formation (EDDF) signé avec la profession pour la période 2000-2002.

Par ailleurs, de nouvelles formations dans cette branche ont été proposées pour les demandeurs d'emploi. Elles doivent répondre à la forte demande émanant des associations d'aide à domicile, à la suite de la mise en place de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). Une étude commanditée par la DRTEFP, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS),

l'ARH et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) montre qu'en Lorraine, l'effectif salarié a augmenté de 14 % entre janvier et octobre 2002, soit 740 créations d'emplois. La région a ainsi financé plus de 150 places menant à des validations, en partenariat avec l'ASSEDIC, sur des crédits du contrat de plan État-Région ou dans le cadre de stages d'insertion et de formation à l'emploi (SIFE) collectifs. Enfin, le programme « infirmier » est un dispositif expérimental, initié par la Lorraine en 2002. Il correspond à un véritable besoin local et complète un partenariat fort entre la DRTEFP et la DRASS, l'ASSEDIC, l'ANPE et le CNASEA. Au 31 décembre 2002, 173 stagiaires avaient bénéficié d'une rémunération, dont 39 au titre de la rentrée 2001 et 134 pour la rentrée de 2002.

Politique du travail

Outre la mise en œuvre du programme national d'actions coordonnées, les services d'inspection du travail se sont engagés - avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) de Lorraine - dans une action spécifique de prévention axée sur les entreprises à risques.

Dans ce cadre ont été organisés :

- des réunions d'information réciproque entre les deux administrations, pour permettre aux agents de connaître la nature de leurs missions respectives ;
- des formations communes sur la prévention des dangers chimiques et l'évaluation des risques par les entreprises, ainsi que sur la prévention des menaces d'explosion d'origine électrique ;
- un échange entre les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), la DRIRE et l'inspection du travail en vue de définir une coopération axée sur la complémentarité des interventions.

En Lorraine, 21 établissements Seveso seuil haut et 13 établissements seuil bas relèvent de la compétence du ministère.

Le programme de contrôle, pluriannuel, prend en compte les éléments d'un diagnostic territorial. Il a pour objectifs :

- d'améliorer l'efficacité des représentants du personnel des entreprises dans leur rôle de prévention ;
- d'obtenir un bon processus d'évaluation des risques, incluant la problématique du recours à la sous-traitance ;
- d'optimiser la participation des services d'inspection du travail à l'instruction des dossiers d'installation classée pour la protection de l'environnement.

En 2002, 17 établissements ont été contrôlés dans le cadre de cette action.

Réforme de l'État

Concernant l'organisation stratégique, les services déconcentrés lorrains se sont portés volontaires, avec sept autres régions, pour participer à l'expérimentation préparatoire à l'application de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF).

La Lorraine est particulièrement concernée, avec la Franche-Comté, par le thème « contrôle et dialogue de gestion ».

La prise de fonction en juillet 2002 d'une secrétaire générale du comité technique régional et interrégional (CTRI) a permis d'engager, sur les six mois restant de l'exercice, une action d'appropriation de la directive nationale d'orientation (DNO) et de la LOLF. Huit axes prioritaires ont été validés par la commission administrative régionale de décembre. Quatre donneront lieu à des chantiers d'expérimentation en 2003.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	2 314 408 (11)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	38 871
Nombre de naissances domiciliées en 2001	27 799
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	9,0
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	76
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	10 811
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	105
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	62
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	61,5
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	15,5
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	9,5
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	2,3
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,9
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	28 780

SANTÉ, SOCIAL

Réorganisation des services sociaux

En 2002, la fusion de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et de la direction interrégionale de la Sécurité sociale (DIRSS) en une seule direction de la santé et du développement social (DSDS) a été rendue effective. Le personnel et les services ont dû s'adapter progressivement à cette nouvelle situation : apprentissage du travail en commun, sentiment d'appartenance à une nouvelle entité administrative et regroupement des services ont guidé la mise en œuvre de cette réforme. De même, les problèmes de locaux ont été résolus : les services seront rassemblés dans des bâtiments sécurisés, dignes et fonctionnels.

Solidarité et lutte contre les exclusions

Le dispositif national Solidarité Énergie a été établi dans le département grâce à une convention signée en novembre 2002. Ses parties prenantes sont l'État, Électricité de France (EDF) Services Martinique, le conseil général et l'agence d'insertion de la Martinique. Parallèlement, plusieurs actions ont été mises en œuvre dans le cadre du schéma de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. Ont ainsi été créés dans le domaine de l'hébergement d'urgence :

- un service de veille sociale (115), conforté par un dispositif de nuitées d'hôtel ;
- un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), dont ont déjà bénéficié des toxicomanes, des sortants de prison et des personnes errantes.

Deux projets importants ont également mobilisé les services : la création d'un comité local pour le logement autonome de jeunes (CLLAJ) et celle d'une permanence d'accueil et d'accompagnement sur la commune du Lamentin. Cette dernière est conçue comme un centre d'accueil de jour des toxicomanes et de leurs familles. D'abord repérés sur leurs sites de consommation par l'antenne mobile de réduction des risques, ils seront ensuite accompagnés dans leur démarche d'autonomisation. Ces deux projets seront réalisés au tout début de l'année 2003.

Santé publique et risques sanitaires

La DSDS a renforcé ses moyens de lutte contre l'alcoolisme par :

- la mise en place d'une équipe de liaison en alcoologie propre à l'ensemble du département ;
- la création d'une nouvelle structure dans le Sud, qui en était jusqu'alors dépourvu ;
- l'installation d'un comité de prévention alcool ;

- le contrôle et l'évaluation par des inspections régulières des structures et un dialogue permanent avec les partenaires.

Dans le domaine du handicap, la politique globale a été poursuivie et amplifiée à travers plusieurs actions :

- le renforcement de la capacité des structures et établissements ;
- l'attribution d'auxiliaires de vie pour favoriser l'autonomie et l'intégration des autistes dans le milieu de vie ordinaire ;
- la réactivation du groupe « Handiscol » ;
- la modernisation et le renforcement des moyens de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et de la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) avec, pour corollaire, une très forte réduction des délais d'examen des demandes ;
- une évaluation du milieu protégé.

Enfin, en liaison avec ses missions de sécurité sanitaire, la direction a orienté ses travaux sur les pesticides. Elle a donc mené plusieurs investigations dans différents milieux et secteurs alimentaires dès 2001, afin de mieux cerner les risques d'exposition humaine aux molécules organochlorées.

La situation a été débattue lors d'un séminaire interrégional sur les pesticides aux Antilles et en Guyane, le 30 avril 2002. Le rapport de l'étude sur les sols et végétaux a ensuite été transmis aux administrations centrales et agences concernées. Au vu de ses résultats, présentés au groupe régional phytosanitaire en juillet 2002, un plan d'action a été élaboré. Le sujet a également été évoqué à la conférence régionale de santé sur la nutrition et les risques alimentaires, le 13 décembre 2002.

Enfin a été programmée une étude d'évaluation quantifiée des risques, coordonnée par la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) Antilles-Guyane, avec l'appui de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). Celle-ci permettra de déterminer si une réduction de l'exposition est nécessaire, quelles sont les concentrations tolérables dans les différents aliments et, en fonction de nos connaissances, les risques d'atteinte à la santé.

Politique hospitalière

En 2002, l'action de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) s'est concentrée sur :

- la volonté d'objectiver la production et les coûts de fonctionnement des établissements publics et privés de santé ;
- l'accompagnement des établissements dans la redéfinition de leur rôle, afin de mieux répondre aux questions de santé publique.

Des actions, portant notamment sur la formation de médecins, ont été également entreprises pour améliorer l'utilisation et la qualité des informations issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce travail a été rendu indispensable par la mise en place, dès 2004, de la tarification à l'activité.

Dans le domaine de l'organisation des soins, une attention particulière a été portée à deux opérations majeures d'investissement :

- le pôle mère-enfant du centre hospitalier universitaire de Fort-de-France : 49 M€ ;
- la cité hospitalière de Mangot-Vulcin : plus de 100 M€.

Les établissements ont été invités à travailler sur leurs complémentarités. La cité hospitalière de Mangot-Vulcin deviendra ainsi le pôle de chirurgie ambulatoire publique et un pôle pour la chirurgie urologique de semaine. Elle accueillera en outre des activités comme la néphrologie et le traitement de la drépanocytose.

Ainsi, les hôpitaux de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), tous situés dans le centre de l'île où vit la majorité de la population, géreront des activités complémentaires et seront organisés en réseaux.

L'ensemble de ces actions a été mené dans un double objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge des populations et de maîtrise des coûts.

Sensibilisation à la violence conjugale

Une campagne contre les violences conjugales a eu lieu en Martinique du 17 novembre au 9 décembre 2002, à l'initiative de la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE). Pour développer les actions supports de cette campagne, un comité de pilotage, coordonné par l'Union des femmes de la Martinique (UFM), a été constitué.

Les outils de communication, déclinés autour d'un visuel (photographie d'un petit garçon) et du slogan « Pour moi, un homme ne doit pas battre une femme. Ce serait super si mon père était du même avis », étaient les suivants :

- une affiche installée au conseil général, à la mairie de Fort-de-France et dans un hypermarché du Lamentin ;
- 100 000 tracts intitulés « Cinq préjugés, cinq réalités » ;
- la mobilisation de la presse écrite, radiophonique et télévisuelle locale.

Des actions d'information et de sensibilisation du grand public et des professionnels ont ponctué les trois semaines de la campagne, avec en particulier des conférences-débats précédées de la projection du film *Plus jamais*, la représentation de la pièce en langue créole *Maré poulet zot* ou des expositions de photographies.

EMPLOI

Insertion et formation des femmes demandeuses d'emploi de longue durée

Une étude prospective réalisée en Martinique montre que, pour la période 2000-2005, les organismes employeurs envisagent d'embaucher plus de 90 personnes titulaires d'un diplôme qualifiant afin d'exercer les métiers d'aide à la personne. La diversité des emplois de proximité engendre des demandes de formation spécifiques, portant notamment sur le métier d'auxiliaire de vie sociale. Pour permettre à quinze femmes demandeuses d'emploi de longue durée d'exercer une activité d'aide à domicile (personnes âgées, familles et personnes handicapées) ou en établissements spécialisés, la DRDFE soutient depuis, l'année 2002, le projet d'un organisme qui développe une formation de niveau V d'auxiliaire de vie sociale.

Modernisation des services déconcentrés du travail

À l'issue d'une large consultation du personnel et de ses représentants syndicaux, la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) dans les services de la direction du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DTEFP) s'est traduite, en 2002, par :

- le 1^{er} avril, la gestion des horaires par enregistrement individuel (badgeuses) ;
- le 1^{er} mai, la création d'horaires variables dans le cadre des nouveaux règlements intérieurs (choix de deux horaires de référence : 38 heures 30 ou 35 heures 52) ;
- le 1^{er} juillet, la dématérialisation des procédures de demande d'absence.

En octobre, un premier bilan a entraîné le réaménagement des règlements intérieurs.

La démarche d'ARTT a permis d'améliorer le service rendu à l'utilisateur, grâce à l'élargissement des horaires d'ouverture au public (augmentation de 23 % de la durée hebdomadaire).

Par ailleurs, le renouvellement de l'autocommutateur, obsolète, a conduit à une réflexion sur l'amélioration de l'accueil téléphonique. Un cahier des charges fonctionnel et technique a été réalisé et les offres sélectionnées. Mené dans le cadre d'une démarche participative du personnel, l'ensemble de l'étude a été diffusé aux représentants du personnel de la DTEFP.

Enfin, dans le cadre de la mise en œuvre de la Directive nationale d'orientation (DNO) 2002 (axe pluriannuel n° 3), diverses mesures ont porté sur le patrimoine des services :

- élaboration d'un plan pluriannuel d'entretien des locaux et de renouvellement des équipements (postes de travail informatique, mobilier, véhicules, équipements de reprographie, téléphonie...) ;
- création d'un plan de maîtrise des dépenses annuelles, permettant de dégager des marges nécessaires au financement de ce plan.

Soutien à l'emploi

Les services ont activement travaillé à la pérennisation de l'emploi et au suivi des directives nationales. Ainsi, les taux de réalisation des contrats emploi solidarité (CES) et des contrats emploi consolidé (CEC) ont presque atteint l'objectif initial (3 000 emplois) : 2 343 conventions ont été signées.

En matière de nouveaux services emplois jeunes (NSEJ), le taux de réalisation est de 86 % (172 nouveaux postes sur les 200 prévus). Le dispositif concerne 600 employeurs pour 3 200 emplois jeunes, hors Éducation nationale et ministère de l'Intérieur.

Enfin, la loi d'orientation pour l'outre-mer (LOOM) a également permis la montée en puissance des Projets initiative jeunes (PIJ) : 82 % des objectifs des PIJ mobilité ont été réalisés ; les PIJ création ont, pour leur part, favorisé 269 créations nettes d'entreprises (324 demandes, 302 primes accordées).

Cohésion et dialogue social

Pour appuyer le dialogue social et ouvrir des espaces de négociation régionale, deux démarches ont été entreprises conjointement. L'une concerne les conditions des travail et l'autre les médiateurs.

Ainsi, l'agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) poursuit deux objectifs :

- aider à l'amélioration des conditions de travail ;
- soutenir les compétences dans les entreprises *via* la promotion du dialogue social.

Cette agence a été créée à la fin de 2001, à l'initiative des partenaires sociaux, à la suite de la session régionale relative au dialogue social, organisée avec l'Institut national du travail et le Secrétariat d'État à l'Outre-Mer. Gérée de façon paritaire par les partenaires sociaux, elle est financée par les collectivités locales, l'État et l'Agence régionale pour l'amélioration des

conditions de travail (ARACT). Son équipe - composée d'une directrice, de deux chargés de mission et d'une assistante - a déjà effectué 64 interventions.

Enfin, une liste de médiateurs dans les conflits sociaux et une commission régionale de conciliation sont en cours de constitution. Ces instances pourront être saisies lors des conflits collectifs du travail, afin d'accompagner leur règlement. Un projet d'appui au dialogue social est également à l'étude pour favoriser la « médiation à froid ». Il nécessite, au préalable, la constitution de binômes d'intervenants formés à la technique de la médiation préventive.

Favoriser l'intégration scolaire et l'insertion professionnelle

La réussite de cet objectif passe par la restructuration du réseau d'accueil des jeunes. Ce dernier s'appuie aujourd'hui sur sept permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) - dont 6 mises en œuvre par un groupement d'établissements de l'Éducation nationale (GRETA) - et deux missions locales. Or les PAIO ont vocation à disparaître et le territoire devrait être couvert par trois ou quatre missions locales. Un état des lieux du réseau (personnel, modes de financements, locaux...) a donc été dressé. Les pistes de restructuration ont été présentées aux financeurs (État et Région), aux responsables des structures et le seront bientôt aux différents maires concernés. Cette restructuration devrait déboucher sur :

- une plus grande implication des élus ;
- une mutualisation des moyens ;
- une meilleure couverture du territoire ;
- de meilleures conditions d'accueil et de travail.

Enfin, une évaluation régionale du milieu protégé (centres d'aide par le travail et ateliers protégés) a été engagée en 2002. Réalisée en sous-traitance, elle devrait être menée à bien durant l'exercice 2003.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	385 700 (24)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	5 770
Nombre de naissances domiciliées en 2001	5 774
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	7,1
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	12
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	1 739
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	82
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	45
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	27,5
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	8,3
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	9,4
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	0,6
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	2,0
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	31 189

MIDI-PYRÉNÉES

SANTÉ, SOCIAL

Protection sanitaire des populations

Celle-ci a mobilisé les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales (directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales, DRASS et DDASS) sur plusieurs grands thèmes. Ainsi, la surveillance de l'eau de distribution publique (pesticides, produits phytosanitaires...) demeure l'une des préoccupations permanentes. Dans cette région à forte composante thermale, les dispositions de l'arrêté de juin 2000 relatives au thermalisme ont été rapidement mises en œuvre afin de répondre aux exigences de santé générale. En complément et dans les établissements ouverts au public, une recherche de légionnelle est assurée en cas de besoins sur le réseau intérieur. Les moyens de défense sanitaire ont également été renforcés : deux postes Biotox ont été créés (médecin-inspecteur de santé publique, ingénieur du génie sanitaire) et les équipements alloués aux établissements de santé au titre de la zone de défense ont été améliorés (antidotes, antibiotiques, respirateurs, plans « nouveaux risques biologiques et chimiques »). Enfin d'autres réalisations sont à noter : tenues de deux réunions de coordination avec la zone de défense Sud-Ouest, édition de l'annuaire défense, préparation et coordination des plans de gestion et distribution de comprimés d'iode et validation de neuf fiches réflexes « gestion locale alerte sanitaire » (GLAS).

Dans les zones à faible densité de population, qui couvrent la plus grande partie de la région, l'organisation de la permanence des soins reste parfois problématique. Elle a été notamment perturbée dans plusieurs secteurs, cette année, par des conflits sociaux importants (infirmières et médecins libéraux, ambulanciers...). Ces événements ont entraîné un réexamen en profondeur de l'intégralité du système :

- régulation et sectorisation des gardes pour les médecins libéraux et les ambulanciers ;
- nouvelle répartition contractuelle des tâches entre les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), ambulanciers et service d'aide médicale urgente (SAMU) – service mobile d'urgence (SMUR), médecins libéraux.

Par ailleurs, une campagne de vaccination contre la méningite a été organisée dans les Hautes-Pyrénées du 21 octobre au 21 décembre 2002, à la suite de cas répétés et nombreux, mortels pour certains. Les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales ont mis en place le dispositif avec l'appui d'autres institutions (Éducation nationale, conseil général...) et le concours actif des médecins libéraux. L'inspection de la pharmacie a également apporté sa contribution (logistique de stockage, répartition et distribution des vaccins).

Enfin, la commission consultative régionale des vigilan-

ces a poursuivi et amplifié l'action menée en 2001 pour accompagner les programmes de gestion des risques dans les établissements publics de santé. Les contrôles de sécurité sanitaire se sont poursuivis (sécurité anesthésique et laboratoires de biologie médicale).

Programmes de santé

Une conjonction favorable d'attentes et d'opportunités a conduit à la création d'une commission consultative régionale de prévention. Rassemblant des représentants de l'État (Éducation nationale, Jeunesse et Sports, Travail, administration pénitentiaire, protection judiciaire de la jeunesse...), des conseils généraux, de l'assurance maladie, de la Mutualité et du secteur associatif, elle a pour mission de coordonner les politiques de santé dans la région. Parmi ses priorités d'action, une procédure commune d'appel à projets financés par les crédits de promotion de la santé (État) et par le Fonds national de prévention, éducation et information santé (FNPEIS, assurance maladie) a été mise au point en 2002, en vue d'un lancement à titre expérimental.

Les travaux préparatoires du schéma régional d'éducation pour la santé ont également permis de mettre en synergie les acteurs de ce secteur.

De même, la contribution de Midi-Pyrénées à l'élaboration de la loi de programmation quinquennale de santé publique - validée par le comité régional des politiques de santé le 26 novembre 2002 - a permis de consulter plus de 400 personnes sur ce thème. Parmi tous les programmes, priorité a été donnée au plan national Cancer, afin de favoriser la généralisation du dépistage organisé en Midi-Pyrénées. Après l'Aveyron en 2001, l'Ariège, le Gers, les Hautes-Pyrénées, le Tarn et le Tarn-et-Garonne se sont dotés, en 2002, des structures de gestion nécessaires ; le Lot et la Haute-Garonne devraient en disposer avant la fin de 2003. Un soutien financier de l'État (486 000 €) a facilité la montée en charge des structures de gestion et favorisé le déploiement d'une informatique mutualisée.

Lutte contre les exclusions

La création de 92 nouvelles places sur 4 ans en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ne suffit pas à combler des besoins de plus en plus importants dans ce secteur, notamment sur Toulouse.

La récente mise en perspective régionale des schémas CHRS montre la forte tension autour de la question de l'accueil des demandeurs d'asile, bien que l'objectif ministériel 2002 de créer 150 places de centres d'accueils pour demandeurs d'asile (CADA) supplémentaires en Midi-Pyrénées ait été dépassé.

Enfin, l'évaluation du programme régional d'accès aux soins des plus démunis (PRAPS) a été menée à bien et les 17 permanences ont fait l'objet d'un audit. La réactivation du dispositif du revenu minimum d'insertion (RMI) a également été conduite dans tous les départements.

Politiques en faveur des publics fragiles

Dans le domaine des personnes âgées, l'action des services de la DRASS a porté prioritairement sur :

- la médicalisation des établissements (80 conventions signées en 2002) ;
- le renforcement des capacités (création de 136 places de services de soins infirmiers à domicile) et le maintien à domicile. Le nombre de centres locaux d'information et de coordination (CLIC) a doublé : en 2002, 26 sont opérationnels.

Pour les personnes handicapées, l'accent a porté sur l'intégration scolaire et le développement du plan Handiscol : le Lot, les Hautes-Pyrénées, le Tarn, la Haute-Garonne et le Tarn-et-Garonne ont mis en place des sites pour la vie autonome.

Au titre de la lutte contre la maltraitance, 33 inspections ont été réalisées, dont 27 à titre préventif et 6 à la suite de plaintes.

Modernisation des services de la DRASS

Le comité technique régional et interdépartemental a structuré et formalisé ses modes de fonctionnement. Il s'est engagé de façon très volontaire sur la mutualisation des moyens, au niveau régional et interdépartemental, mais aussi dans le cadre du projet de regroupement des services DRASS/DDASS de Haute-Garonne :

- le programme de formation a mis l'accent sur la délocalisation des stages ;
- l'appui juridique a développé la fonction de conseil et d'expertise, en réponse à la demande grandissante des DDASS en charge de l'instruction de dossiers de contentieux, de plus en plus nombreux ;
- le site documentaire a été installé dès le début de 2002 ; sa dimension interdépartementale est en cours de concrétisation ;
- le développement du site Internet est effectif ; le thème santé est en ligne et sera rénové après évaluation.

Schéma régional de l'organisation sanitaire : bilan à mi-parcours

Les hôpitaux, établissements publics et cliniques se sont engagés dans un fonctionnement de plus en plus intégré. Conventions, mises en réseau et complémentarités se sont développées. La dynamique des rapprochements a pris de l'ampleur.

Le secteur de la naissance a connu le plus de changements. Des mouvements de regroupement via le secteur public ont été constatés. D'importants moyens supplémentaires ont également été affectés aux urgences, afin de conforter l'organisation régionale. Enfin, des efforts importants ont permis de renforcer la médicalisation des structures de soins de suite et de réadaptation. Les patients sortent donc de plus en plus tôt des services de court séjour.

En psychiatrie, la première année d'application du schéma, adopté en juillet 2001, a été perturbée par les conséquences de l'explosion d'AZF. Tout le dispositif régional a été mobilisé. L'accident a prouvé la nécessaire réorganisation du dispositif départemental de psychiatrie en Haute-Garonne. La Mission nationale

d'appui en santé mentale a aidé à redéfinir des orientations fortes : dispositif d'urgence intégré et gradué, développement de l'ambulatoire, meilleure répartition des pôles d'hospitalisation, ouverture sur le champ médico-social et social. Tous les opérateurs sont concernés par ces évolutions : le centre hospitalier Marchant, le centre hospitalier universitaire, l'ensemble des cliniques, les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et le secteur associatif. Un plan quinquennal retrace les perspectives attendues.

Équipements médicaux lourds

Les indices de besoins régionaux de cinq équipements médicaux lourds (scanners, IRM, caméras à scintillation non munies de détecteurs d'émissions de positons à coïncidence, appareils de destruction transpariétale) ont été fixés par une décision du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). La région comptera ainsi 28 scanners, 18 IRM et 20 caméras à scintillation.

Contractualisation des établissements de soins

Cette procédure, désormais bien connue des établissements hospitaliers, permet de décliner le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) et de gérer des objectifs pluriannuels dans la transparence. En 2002 l'ARH s'est attachée à :

- rapprocher et harmoniser les procédures de négociation des contrats publics et privés ;
- développer les procédures d'avenants pour intégrer les projets sociaux ;
- alléger les procédures de négociation ;
- élaborer une méthode adaptée pour les contrats avec les hôpitaux locaux.

Soutien aux réseaux de soins

La consolidation de réseaux existants a été privilégiée sur la constitution de nouveaux réseaux. À la suite des audits externes menés en 2001, des engagements financiers ont été dégagés conjointement par l'ARH et sur le Fonds d'aide à la qualité des soins de vie (FAQSV) pour les réseaux diabète, oncologie et périnatalité.

Dans la région, l'organisation des réseaux soins palliatifs/lutte contre la douleur repose sur différents secteurs : ambulatoire, hospitalier, médico-social et social. Le fonctionnement repose sur un dispositif à trois niveaux :

- une activité de soins de proximité assurée par des équipes ambulatoires ou hospitalières. Dans les établissements, elle est identifiée car elle suppose des moyens renforcés avec des personnels formés à ce type de prise en charge ;
- une activité d'aide, de soutien et de conseil assurée par l'unité mobile de soins palliatifs. Celle-ci intervient en appui des équipes de proximité ;
- une activité de coordination générale du réseau.

Le deuxième plan triennal 2002-2004 et les moyens d'accompagnement financiers dépendent du respect de ces principes.

Mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail

Dans la région, des accords ont été signés dans plus de 80 % des établissements hospitaliers. Des modifications sensibles des organisations seront nécessaires pour garantir la qualité des soins. La réduction du temps de travail médical accentuera encore cette nécessité.

Lutte contre les violences faites aux femmes

Dans le cadre des travaux de la commission départementale d'actions contre les violences faites aux femmes du Tarn, animée par la chargée de mission départementale, une sous-commission traite, depuis 2002, de tous les problèmes de harcèlement - sexuel ou moral - sur le lieu de travail. Des médecins du travail et des représentants syndicaux participent aux travaux de cette sous-commission, dont l'un des objectifs est de repérer et de former des personnes susceptibles de devenir médiateurs au sein de leur entreprise.

Par ailleurs, des formations des professionnels sur l'accueil et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales sont organisées depuis l'année 2002 pour un public mixte : gendarmes, policiers, intervenants sociaux et sanitaires. Elles ont été animées par des psychiatres, spécialistes en victimologie. Ces derniers travaillent avec des pédopsychiatres spécialistes de la maltraitance sur les mineurs, afin de sensibiliser les stagiaires aux violences intra-familiales, dans leur totalité et leur complexité. Ces journées de formation sont conclues par des procureurs.

EMPLOI

Favoriser l'égalité des filles dans le système éducatif

La convention signée le 17 septembre 2002 entre le préfet de la région Midi-Pyrénées et la rectrice de l'académie de Toulouse comprend quatre axes :

- favoriser auprès des filles et des garçons une conception plus large des représentations sexuées ;
- promouvoir et développer l'acceptation des différences, le respect mutuel et l'égalité des deux sexes, qui sont les fondements essentiels de la construction de la citoyenneté ;
- améliorer l'orientation scolaire et professionnelle des filles et des garçons et veiller à l'adaptation de l'offre de formation aux perspectives d'emploi et de développement économique ;
- renforcer les outils de promotion de l'égalité par l'information et la formation des acteurs.

Les services de l'académie de Toulouse et la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) sont chargés de co-piloter la mise en œuvre des axes d'action de cette convention.

Accès de tous à l'activité et à l'Emploi

La Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) a mis en œuvre le programme territorialisé 2002 de prévention et de lutte contre le chômage de longue durée et les exclusions.

Celui-ci a permis de faire bénéficier les demandeurs d'emploi de la région de :

- 15 256 contrats dans le secteur non marchand (contrat emploi-solidarité et contrat emploi consolidé) ;
- 3 388 contrats dans le secteur marchand (contrat initiative emploi) ;
- 879 stages d'accès à l'emploi dans les entreprises ;
- 4 829 places de stages collectifs et individuels.

Les objectifs fixés à la région ont été réalisés à 104 % (24 352 places attribuées / 25 250 bénéficiaires entrés sur les mesures). Le chômage de longue durée de plus de 2 ans a baissé de 16,7 % (objectif 15 %) et celui des jeunes de 12, 2 %, alors que la tendance nationale est à l'augmentation (+ 4 %).

La poursuite, par l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), du PAP-ND (projet d'action personnalisé pour un nouveau départ) a permis d'utiliser différentes prestations d'accompagnement. De nouvelles possibilités d'activation des dépenses passives du chômage ont également été mises en place, grâce aux cofinancements dégagés par l'Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC) Midi-Pyrénées, dans le cadre du plan d'aide au retour à l'emploi (PARE). Le volet formations conventionnées établi par l'ASSEDIC sur le 2^e semestre a aidé certaines entreprises qui rencontraient des difficultés de recrutement.

Enfin, le nombre de places attribuées pour la région au programme TRACE (trajet d'accès à l'emploi) a été fortement accru, passant de 2 400 à 3 600 (les missions locales prenant en charge 80 % de ce plan, les organismes extérieurs 20 %). Pour les publics les plus en difficulté, une partie des places réservées aux opérateurs externes a été consacrée à une première étape, d'une durée de 6 mois, préalable à l'entrée dans le programme TRACE classique. En décembre 2002, le programme a pu être réalisé à environ 90 %.

Développement économique d'activités et d'entreprises

L'objectif initial du programme emplois jeunes est de favoriser l'avenir des nouveaux services, de former les jeunes et de pérenniser leur emploi. La plate-forme de professionnalisation a réuni les correspondants pour coordonner les interventions locales. Elle apporte en outre un appui méthodologique aux DDTEFP dans l'analyse et l'exploitation des dossiers transmis par les employeurs, en vue d'attribuer les aides prévues par l'épargne consolidée ou la convention pluriannuelle.

Au 31 décembre 2002, sur 3 509 postes créés dans les associations entre 1997 et 2000, 1 088 avenants « épargne consolidée » ont été signés, soit 31 % des postes éligibles. Parmi ces postes occupés depuis 1998, 37 % ont obtenu l'épargne consolidée, et 408 postes sont budgétés en convention pluriannuelle au 31 décembre 2002, soit 38 % des postes éligibles.

Un bilan au 31/12/02 du contrat jeune en entreprise montre un développement régulier, avec 1 190 dossiers de demandes pour 970 demandes validées. Les embauches ont surtout concerné les activités suivantes : services (28 %), commerce (26,5 %), bâtiment-travaux publics (27,3 %) et industrie (18,2 %). Y ont surtout recours les très petites entreprises (2/3 environ) et petites entreprises. Le contrat jeune profite majoritairement aux jeunes hommes (75 %).

Malgré un nombre relativement important de demandeurs d'emploi en Midi-Pyrénées, certains secteurs professionnels continuent à faire valoir des difficultés croissantes de recrutement pour pourvoir des postes vacants. Une étude a été commanditée par la DRTEFP et l'ANPE de Midi-Pyrénées auprès du Centre d'animation et de ressources de l'information sur la formation-Observatoire régional emploi formation (Carif-Oref) en vue d'examiner les possibilités de transferts entre métiers de nature voisine. Une dizaine de métiers industriels n'ayant pas *a priori* de problème d'image et connaissant des difficultés de recrutement a ainsi été sélectionnée. Les compétences communes ont d'abord été repérées, au besoin en organisant des actions de formation courtes ou des stages en entreprise. L'étude a ensuite déterminé les éléments favorisant un transfert de compétences et, par conséquent, une reconversion de demandeurs vers les métiers recherchés par les entreprises. Ses conclusions vérifient l'hypothèse de départ. Pour chacun des métiers sélectionnés, les transferts potentiels ont été identifiés au niveau régional mais aussi à celui des bassins d'emploi, à partir du détail des demandeurs inscrits et des offres d'emploi déposées à l'ANPE. La méthode ainsi expérimentée semble donc constituer une réponse - ou au moins un outil d'élargissement du champ d'investigation - pour le demandeur et l'offreur d'emploi. Dans certains cas, elle améliore le volume des débouchés des bénéficiaires d'actions de formation rencontrant des difficultés d'insertion.

Valorisation du potentiel humain

La DRTEFP a porté une attention particulière à la validation des acquis. La démarche de recherche de validation des actions financées par l'État a été amplifiée et les expérimentations déjà initiées les années antérieures ont été poursuivies. Ce fut notamment le cas dans les industries agroalimentaires, où la majorité des actions visaient l'obtention d'un CQP (certificat de qualification professionnelle de branche), et dans les maisons de retraite.

Par ailleurs, un échantillon de 10 entreprises a expérimenté un système de validation fondé sur les compétences des salariés.

L'accord territorial du Ségala (12) a permis d'inciter des entreprises à faire évaluer leurs salariés avant et après la formation, au moyen d'une prestation spécifique confiée au Centre inter-institutionnel de bilans de compétence (CIBC 12), dans le cadre du contrat de plan État/région.

Enfin, une action spécifique de lutte contre l'illettrisme a été engagée dans la branche propreté. Des salariés possédant de faibles niveaux de qualification et d'origine non européenne pourront acquérir la maîtrise des écrits professionnels. Cette opération de-

vrait être démultipliée en 2003 auprès de l'ensemble des entreprises du secteur, avec un cofinancement État-Fonds social européen.

Au sein de la région ont été conclus en 2002 :

- 2 accords de branche (métallurgie et transports) ;
- 1 accord spécifique avec les ambulanciers visant à assurer la formation de conducteurs de véhicules sanitaires ;
- 1 appui technique (sur des crédits CEP). Celui-ci a été réalisé à la demande de l'interprofession bois/forêt, afin d'étudier la faisabilité d'un accord pour le secteur des scieries.

La mise en œuvre effective du plan Administration en réseau (ADER) s'est traduite par des demandes individuelles d'entreprises de la métallurgie, souhaitant se diversifier soit pour accéder aux marchés de sous-traitance liés à l'assemblage de l'A380 soit, au contraire, pour rechercher de nouveaux créneaux en dehors des donneurs d'ordre de l'aéronautique.

Au total, en 2002, 534 entreprises ont bénéficié d'une aide de l'État pour assurer la formation de 3 034 salariés, soit 1 960 840 € engagés pour 167 242 heures de formation.

Protection des salariés

L'inspection du travail a orienté son action sur :

- la poursuite de l'évaluation des risques professionnels, à partir des enseignements tirés de trois années d'expérimentations départementales. Le travail a porté en particulier sur l'extension de la démarche au plus grand nombre possible d'entreprises. Tous les acteurs de la prévention ont été mobilisés. Les relais (organisations professionnelles, chambres consulaires) permettant des interventions au plus près du terrain ont été activés. Plusieurs milliers d'entreprises ont ainsi bénéficié d'une sensibilisation, d'une information, voire d'un appui technique ;
- le renforcement de la prévention des nouveaux risques en matière de santé, notamment ceux liés à la conception, à l'organisation et à la gestion du travail. Sur le terrain ont eu lieu des actions de sensibilisation, d'échange et de mobilisation de l'ensemble des acteurs de la prévention. Un séminaire régional, rassemblant plus de 300 personnes sur la question des risques psychosociaux (stress au travail), a été organisé et financé par l'Agence européenne de Bilbao ;
- la continuité de l'opération menée en direction des membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et des délégués du personnel. Afin d'aider les représentants du personnel à analyser les risques professionnels dans les situations de travail, cette action a été plus particulièrement orientée sur l'amélioration du dispositif des formations dispensées par les organismes agréés.

Enfin, en dehors de son action régulière (29 870 observations, 132 arrêts de chantiers, 238 mises en demeure, 375 infractions relevées par procès-verbaux, 225 enquêtes de maladies professionnelles...), l'inspection du travail a émis 66 avis sur des projets de contrats de prévention ou des demandes de minoration du taux « accidents de travail/trajet ». Elle a instruit 6 dossiers de demande de subvention au titre

du Fonds d'amélioration des conditions de travail (FACT), vérifié 10 bilans de stages de formation dispensée aux représentants du personnel au CHSCT et étudié 10 nouveaux dossiers de demande d'octroi d'agrément pour la formation des membres de CHSCT. En matière de contestations de décisions prises par les inspecteurs du travail, ont été instruits :

- 32 recours hiérarchiques, dont 23 concernent des licenciements de salariés protégés, 2 des mises en demeure en hygiène et sécurité, 2 des contestations électorales, 2 des règlements intérieurs et 3 des contestations d'inaptitude médicale ;
- 5 recours contentieux.

Par ailleurs, une démarche d'animation régionale a été engagée afin que chaque section d'inspection réalise un diagnostic territorial. Celui-ci servira à élaborer des plans d'actions permettant de suivre la politique du travail définie par l'administration centrale. Il s'agissait, dans un premier temps, d'établir un diagnostic des principales caractéristiques des territoires d'intervention des services d'inspection.

Le dialogue social

L'année 2002 a été marquée par une très forte baisse du nombre d'accords « négociation collective » transmis à la DRTEFP. Cela s'explique par la fin des accords sur l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT). Au titre de la négociation collective, le volume global des accords reçus est ainsi passé de 1995 en 2001 à 495 en 2002 (accords et avenants). L'examen des accords sur l'épargne salariale représente, en revanche, un volume constant. La nouvelle loi sur l'épargne salariale de 2001 provoque toujours une forte sollicitation du service. Tous thèmes confondus, 984 accords ou avenants ont été examinés contre 2 472 en 2000. L'examen de ces accords a permis l'élaboration de notes trimestrielles sur la réduction du temps de travail et son suivi statistique.

Hors de la négociation collective, le volume des dossiers traités est sensiblement identique à celui de l'année précédente, avec 489 dossiers relatifs à l'épargne salariale (384 au titre de l'intéressement et 105 pour la participation) contre 477 en 2001.

Enfin, 62 304 € ont été engagés au titre de l'aide au conseil, afin d'accompagner des petites et moyennes entreprises (effectif compris entre 18 et 63 personnes), situées dans 4 départements différents et présentant des contextes économiques diversifiés. Ce financement a permis de conduire des projets définissant une organisation nouvelle et innovante, reposant sur une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans une perspective à long terme.

Perspectives

Malgré les difficultés liées à la régulation budgétaire intervenue dans le courant de l'année, les services de la DRTRPF se sont mobilisés tout au long de l'année sur l'ensemble de ses missions. La nécessité de développer, dans la lutte pour l'emploi et contre les exclusions, le partenariat le plus large possible avec les autres membres du service public pour l'emploi n'a pas été perdue de vue, notamment vis-à-vis du conseil régional, en raison de ses compétences en matière de formation professionnelle, et des partenaires sociaux, qui représentent les entreprises. La conjoncture économique, porteuse jusqu'au dernier trimestre 2002, a permis de développer avec succès une sensible baisse du taux de chômage dans la région. La dégradation observée en fin d'année 2002 et les perspectives bien moins favorables pour les mois à venir doivent inciter tous les acteurs de la relation emploi-formation à resserrer leurs liens et leurs échanges, et à bâtir, à partir des expériences passées ou en cours, des actions partenariales encore plus fortes.

D'autre part, les premières incidences de la loi organique ont amené à commencer à réfléchir sur de nouvelles méthodes de travail pour l'ensemble des services.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	2 585 439 (8)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	69 624
Nombre de naissances domiciliées en 2001	29 429
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	10,1
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	81
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	10 309
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	132
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	105
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	43,7
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	16,2
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	12,2
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	4,9
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,6
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	46 697

NORD-PAS-DE-CALAIS

SANTÉ / SOCIAL

Six programmes régionaux de santé

Six thèmes ont été retenus au titre des programmes régionaux de santé (PRS) : cancers, santé des jeunes, consommations à risque, maladies cardiovasculaires, accès aux soins des personnes démunies, et santé-environnement.

La progression continue du nombre des dossiers (980 en 2002) - ainsi que celle de leur qualité (+ 16 % des projets retenus) - témoignent de la dynamique de la procédure régionalisée. Toutefois, la prépondérance de deux PRS (santé des jeunes, consommations à risque) et la variation du simple au double du nombre d'actions, rapportée à la population de chaque arrondissement, montre qu'il faut passer à une gestion des PRS plus ciblée et plus déconcentrée par territoire. Cette année, la contribution de l'État s'est élevée à 4 M€, dont 1,8 M€ au titre du contrat de plan État-région (CPER).

Plan cancer

Dans le Pas-de-Calais, la gestion du dépistage du cancer du sein est assurée par la structure OPA-LINE 62, qui sera opérationnelle à partir de 2003. Depuis 1998, ce dépistage est géré dans le Nord par l'Association pour le dépistage des cancers dans le Nord (ADCN), également responsable du dépistage du colon rectum.

Par ailleurs, 11 réseaux de soins palliatifs à domicile s'organisent pour la prise en charge des malades.

Santé et environnement

Après un état des lieux quantitatif et qualitatif, le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) est en cours de finalisation.

Dans le cadre du programme régional d'action en santé environnement, l'État a apporté une aide de 0,6 M€ au titre du CPER pour le dépistage du saturnisme infantile, l'intoxication au monoxyde de carbone, le logement insalubre et l'évaluation des risques sanitaires à proximité des sites et sols pollués.

Par ailleurs, les projets en cours ont été poursuivis dans plusieurs domaines : recherche d'amiante dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, plan régional de la qualité de l'air, logement indigne, élimination des déchets de soins et qualité de l'eau.

Qualité de l'offre de soins

Dans le cadre de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et en application des schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS) et des contrats d'objectifs et de moyens (COM) en cours,

142 dossiers d'autorisation ont été présentés au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) en 2002.

Au-delà des mesures d'amélioration d'accueil, d'information et de suivi individuel des 1 300 internes et résidents, le plan régional pour le développement des ressources médicales a permis à 34 praticiens de s'installer dans la région après l'internat.

Une école d'ambulanciers et deux écoles de cadres se sont ajoutées aux 40 écoles paramédicales déjà existantes. Outre la délivrance des diplômes d'État, 267 autorisations d'exercice pour des titulaires de diplômes de l'Union européenne et 135 dossiers de validation des acquis de l'expérience (VAE) ont été examinés. Les capacités de formation des aides soignants sont passées de 689 à 1 175 places, sans oublier la création de quatre écoles d'aides soignants par l'Éducation nationale.

Par ailleurs, au terme de l'année 2002, l'ARH Nord-Pas-de-Calais présente un bilan d'activité substantiel : Les derniers contrats d'objectifs et de moyens des centres hospitaliers ont été signés. La démarche de contractualisation a donné les résultats escomptés : la production de soins s'est accrue d'environ 25 %. Elle est mieux répartie dans la région.

La modernisation du système hospitalier se poursuit depuis 1997. En 2002, plus de 270 opérations significatives de modernisation, coopération, restructuration et création de nouvelles activités ont été recensées, dont une grande partie est achevée ou en cours de réalisation.

L'année a, par ailleurs, été marquée par la signature de nombreux volets sociaux des contrats d'objectifs et de moyens. Aujourd'hui, chaque hôpital public du Nord-Pas-de-Calais a signé un tel contrat. Ceci a permis de développer une politique sociale dynamique, avec un accroissement de l'effectif hospitalier de 2 569,39 postes en équivalent temps plein (ETP) entre 1997 et 2001 (soit une hausse supérieure à 6 %). Ces nouveaux postes comprennent 2 219,78 ETP non médicaux (+ 5,62 %) et 349,61 ETP médicaux (+12,81 %). Durant cette période, l'augmentation de l'effectif non médical correspond à l'ensemble des créations prévues au titre de l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT). Pour sa part, la hausse de l'effectif médical représente deux fois le nombre de créations prévues au titre de l'ARTT.

En 2002, la démarche contractuelle a également été très fructueuse dans le domaine de la politique sociale : 46 volets sociaux ont été signés, soit la majeure partie des volets sociaux signés en France, grâce à l'allocation de 14 M€ aux établissements de santé du service public. Plus du tiers de ces ressources (plus de 5 M€) a été affecté à la promotion professionnelle, le second tiers (4,1 M€) étant consacré à la santé au travail et à la prévention des risques professionnels.

Autre événement majeur : l'instauration, dans le cadre

de la mise en œuvre de l'ARTT du personnel non médical, d'une nouvelle politique sociale dans les établissements du service public. À ce titre, les établissements du Nord-Pas-de-Calais ont procédé à 974 embauches de personnel non médical, soit une augmentation d'environ 2,5 % du personnel hospitalier non médical et un dépassement de plus de 50 % de l'objectif de recrutement 2002. La composition de la population embauchée montre un effort particulier en faveur du recrutement du personnel soignant, qui représente 79 % des nouveaux arrivants, contre 3 % de personnel médico-technique, 9 % de personnel technique et 9 % de personnel administratif.

Sécurité sanitaire et sécurité civile

L'astreinte des médecins inspecteurs de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), organisée chaque week-end pour la région, a permis de faire face à 49 incidents, dont 40 cas de méningite.

La cellule régionale d'hémovigilance a inspecté 10 dépôts de sang, participé à 81 comités de sécurité transfusionnelle et examiné 406 déclarations d'incidents transfusionnels.

Pour sa part, la coordination régionale des infections nosocomiales a mené des investigations sur six sites hospitaliers. Elle a apporté son soutien au dossier des légionelloses nosocomiales et, en collaboration avec l'Union régionale des médecins exerçant à titre libéral (URMEL), à celui de la prescription des antibiotiques.

L'appui scientifique de la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) pour la gestion des crises a par ailleurs été très important, notamment pour le dossier Métaleurop.

Dans le cadre de la mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE), différents contrôles ont été effectués : 152 en matière de sécurité sanitaire, 126 dans la distribution des médicaments et 105 dans le secteur médico-social et social.

Enfin, sous l'autorité du préfet de zone, la cellule défense civile de la DRASS a mis en œuvre les instructions relatives à la lutte contre le bioterrorisme.

Affaires européennes

Les crédits inscrits dans le cadre des objectifs 1 et 2 ont co-financé des actions relevant des programmes régionaux de santé sur les zones éligibles, malgré la lourdeur des procédures d'instruction.

Les projets sanitaires et sociaux entrant dans le programme Interreg III franco-wallon et dans le programme franco-britannique ont été également instruits.

Handicap : une politique dynamique

Dans ce domaine, l'équipement de la région est supérieur à la moyenne nationale. Depuis 2001, le plan triennal a en effet permis la création de 262 places pour les handicapés spécifiques et d'une cen-

taine de places en services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Entre 1999 et 2003, le plan quinquennal a également donné le jour à 526 places de centres d'aide par le travail (CAT), 121 places de maisons d'accueil spécialisées (MAS) et 146 places de foyers d'accueil médicalisés. Toutefois, malgré cette situation, les listes d'attente demeurent importantes.

Le schéma régional des jeunes déficients auditifs a en outre été présenté au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS).

Dans le cadre de la loi rénovant l'action sociale, un recensement des initiatives en matière d'évaluation de la qualité des prestations des établissements médico-sociaux a été réalisé.

Les efforts en faveur des personnes âgées

Cette année, 105 conventions tripartites ont été signées, sur 531 établissements d'hébergement accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) potentiellement concernés.

Autre nouveauté 2002 : la création de 81 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de 116 places d'accueil temporaire pour les malades d'Alzheimer.

Renforcement de la lutte contre l'exclusion

En 2002, la Région a mobilisé 5 156 places, dont 40 supplémentaires, en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et 395 supplémentaires en accueil d'urgence dans le Nord, notamment à Lille. La ville est en effet confrontée à l'émergence de bidonvilles, dont les occupants ont dû être relogés. Par ailleurs, dans le Pas-de-Calais, le centre de la Croix-Rouge de Sangatte a été fermé en décembre 2002.

Formations sociales

Les acteurs du schéma régional des formations sociales ont lancé différents travaux sur la base des trois axes définis par ce document :

- la charte qualité des organismes formateurs ;
- les besoins en formations supérieures ;
- la régulation de l'offre de formation.

Les organismes de formation au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) ont également été agréés. L'expérimentation de la validation des acquis de l'expérience pour le DEAVS, menée pour 20 candidats en 2002, sera généralisée en 2003.

Observation sociale

Dans le cadre du CPER, un prestataire a été retenu pour recenser les détenteurs de données dans les domaines du handicap, des personnes âgées, de l'enfance et de l'exclusion. Il assurera le partage des informations et construira un outil d'accès et d'exploitation commun.

Protection sociale

Trente-cinq organismes ont été contrôlés par le comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2002-2003, passée entre l'État et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), a donné lieu à une évaluation à mi-parcours sur trois sites.

La mise en œuvre du nouveau code de la mutualité a abouti à 107 immatriculations et 56 dissolutions.

Un bilan de l'activité des commissions de recours amiable a été effectué dans les 13 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et au sein de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM).

Les membres de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux ont été nommés en décembre 2002.

En 2002, la couverture maladie universelle a bénéficié à 417 468 personnes (soit une diminution de 4 %), tandis que 2 539 personnes ont perçu l'aide à la mutualisation.

Pour assurer la permanence des soins de ville, des discussions ont par ailleurs été ouvertes entre la Sécurité sociale des mines (SSM) et le régime général. La réforme de l'allocation d'éducation spéciale dans les caisses d'allocations familiales (CAF) a fait l'objet d'un suivi régulier.

Enfin, la procédure de conventionnement des établissements belges accueillant des handicapés français a été recadrée.

Lutte contre la prostitution

En décembre 2002, la déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) a organisé un forum sur la prostitution. Une première table ronde a invité l'ensemble des acteurs institutionnels (police, mairies, départements et État) à dresser un bilan de la situation régionale. Celui-ci a mis en évidence une forte augmentation de la prostitution depuis deux ans et une montée en puissance d'organisations mafieuses. Les participants ont également insisté sur la situation sanitaire et sociale découlant du phénomène.

Au cours de la seconde table ronde, un officier norvégien travaillant au sein d'Interpol a présenté un dispositif suédois, consistant à faire prendre conscience aux plus jeunes que le sexe ne s'achète pas.

À l'issue de cette journée, les intervenants ont décidé de créer des groupes de travail et d'organiser une séance plénière de restitution de leurs travaux.

EMPLOI

Cette année, la directive nationale d'orientation (DNO) 2002 a défini un certain nombre d'orientations stratégiques, qui ont donné lieu à de nombreuses actions.

Favoriser l'accès de tous à l'activité et à l'Emploi

Le 23 juillet 2002, l'État, la Région Nord-Pas-de-Calais et les ASSEDIC des Pays du Nord et du Pas-de-Calais ont signé une convention sur le financement de la formation des demandeurs d'emploi. Celle-ci définit un certain nombre d'objectifs partagés et de moyens à mettre en place, en termes d'analyse des besoins, d'orientation, d'évaluation des compétences, de mise en place des formations, de prise en charge des coûts, de suivi et d'évaluation. Le but est d'assurer l'accès aux prestations pour les personnes les plus exposées aux risques d'exclusion.

Par ailleurs, une démarche d'accompagnement des acteurs locaux du service public de l'emploi (SPE) a été mise en œuvre dans le cadre de la production des diagnostics territoriaux. Elle repose sur :

- la production d'indicateurs commentés par zones, avec une comparaison départementale, régionale, voire nationale ;
- une séance d'animation par regroupement de zones, avec présentation des indicateurs et échanges autour d'un thème fédérateur.

Pour sa part, le dispositif trajet d'accès à l'emploi (TRACE) a atteint 93,5 % de l'objectif 2002 et des reports 2001, ce qui représente 9 984 entrées à la fin de décembre 2002.

Accélérer le développement économique

Dans son domaine de compétences (ressources humaines, formation professionnelle, conditions de travail), la DRTEFP a contribué aux négociations entre l'État, la Région, les professions et les syndicats pour l'élaboration de quatre plans régionaux sectoriels (PRS) :

- mécanique et biens d'équipement industriel ;
- bâtiment-travaux publics ;
- imprimerie-conception graphique ;
- hôtellerie-restauration.

Ces programmes ont vocation à définir, sur une durée de trois ans, les orientations stratégiques de la branche. La consolidation des activités nouveaux services emplois jeunes (NSEJ) a également constitué une priorité en 2002. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, le programme NSEJ a permis d'embaucher 27 000 salariés depuis 1997 : 18 000 d'entre eux sont encore en poste, 56 % relèvent du droit commun (associations, collectivités locales ou établissements publics), 34 % de l'Éducation nationale et 10 % du ministère de l'Intérieur.

Pour consolider les activités et les emplois dans le cadre d'une approche inter-institutionnelle, les DDTEFP se sont par ailleurs attachées à :

- mener l'instruction des demandes d'épargne consolidée et de conventions pluriannuelles déposées par les associations ;
- réaliser un diagnostic d'ancrage territorial sur chaque zone d'emploi, afin d'identifier les potentiels économiques et d'éclairer les politiques publiques ;
- engager des démarches destinées à la consolidation financière des postes ;
- financer des actions d'appui-conseil et mettre en place quatre dispositifs locaux d'accompagnement, dans le cadre des accords avec la Caisse des Dépôts et Consignations ;
- organiser l'accompagnement des jeunes dont les postes arrivent à terme.

Enfin, dans le cadre de la plate-forme de professionnalisation, et en collaboration étroite avec les DDTEFP et la Région, la DRTEFP s'est mobilisée pour :

- informer les porteurs de projets sur la formation (rencontres locales et plaquette de communication) ;
- accompagner des structures dans le montage du plan de formation ;
- élaborer des programmes de formation adaptés aux secteurs et aux structures, afin de permettre la professionnalisation des activités et des salariés et l'insertion professionnelle des jeunes.

Développer les emplois de qualité et valoriser les potentiels humains

Pour accompagner la réduction du temps du travail dans les très petites entreprises (TPE), treize conventions ont été signées avec les branches professionnelles. Deux autres ont été conclues avec la Chambre régionale du commerce et de l'industrie et la Chambre régionale des métiers. Les entreprises se sont toutefois mobilisées plus difficilement que l'an dernier.

Autre objectif de l'année : donner toute leur efficacité aux plans de sauvegarde de l'emploi. À la demande du comité de pilotage de l'accord social du plan régional textile habillement (PRTH), la DRTEFP, la DDTEFP, l'ANPE et plusieurs consultants ont constitué un groupe de travail pour élaborer un cahier des charges destiné aux opérateurs des cellules de reclassement. Ce document est désormais utilisé dans toute la région. Dans le département du Nord, une cellule de veille a également été mise en place, afin que les institutions puissent mieux résoudre, ensemble, les problèmes des entreprises et des salariés licenciés.

Pour sa part, la promotion de la validation des acquis de l'expérience (VAE) a fait l'objet d'efforts particuliers : 85 points relais-conseil de la validation des acquis ont été créés dans la région. Des espaces de valorisation et d'information sur les métiers ont été mis en place par l'association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA). L'ensemble des bassins d'emploi est désormais couvert par ce dispositif, qui reçoit les demandeurs d'emploi et les informe sur

les métiers les plus demandés en région et sur les formations adéquates. Avec la participation de l'ANPE, plus de 7 600 demandeurs d'emploi ont été accueillis dans les manifestations organisées par ces espaces. Enfin, le contrôle de la formation professionnelle a été renforcé.

Au niveau des employeurs, des contrôles ciblés ont été instaurés dans deux branches professionnelles de la grande distribution spécialisée (commerce de détail d'habillement et vente par correspondance) et dans la branche d'activité « services auxiliaires des transports ».

Les contrôles des organismes de formation réalisant plus de 152 450 € de chiffre d'affaires se sont poursuivis. Ceux des contrats en alternance, et plus particulièrement des contrats de qualification, ont été amplifiés.

Le contrôle des bénéficiaires du fonds social européen (FSE), réalisé par sondages, est prévu dans des opérations de la programmation 2000-2006.

Favoriser le dialogue social et garantir la protection des salariés

L'année a été consacrée à la mise en œuvre de programmes d'actions coordonnées. Les actions menées ont porté sur la prévention du risque amiante et du risque chimique dans les garages, avec 108 contrôles spécifiques. Les risques liés au secteur du BTP et des chantiers ont été soumis à coordination (160 contrôles spécifiques).

Le rôle des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a été renforcé. La prévention des risques à effets différés, liés à l'utilisation de produits cancérigènes ou toxiques pour la reproduction (fibres céramiques réfractaires, éthers de glycol), a également été développée, tout comme la surveillance du marché des équipements de travail. Les entreprises ont, pour leur part, été fortement sensibilisées à l'évaluation des risques.

En outre, les services ont mené ou été à l'origine de nombreuses actions en 2002 :

- l'organisation de sept réunions décentralisées en direction des présidents et secrétaires de CHSCT (400 participants) ;
- la tenue d'un colloque «Évaluation des risques, enjeux et démarches » au Grand Palais de Lille, qui a réuni 500 participants ;
- la mise en place d'actions de sensibilisation et d'accompagnement avec différentes organisations professionnelles (CGPME, Union Patronale Textile, Union des industries métallurgiques et minières Lille Métallurgie, Union professionnelle Artisanat...) ;
- l'édition de nombreuses publications, dont un guide « Évaluer les risques et programmer les actions de prévention », qui constitue un mode d'emploi largement diffusé dans les entreprises ;
- la passation d'une convention avec l'Institut de santé du travail du Nord de la France, pour la mise en place d'une plate-forme d'échanges sur les expérimentations en santé-travail.

Enfin, une coordination s'est mise en place avec les services de la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE), afin de conduire des actions de contrôle des entreprises à risques. L'appui aux services s'organise autour des ingénieurs de prévention de la DRTEFP. Cinquante-deux contrôles ont été effectués dans 25 établissements classés Seveso (seuil haut). Quinze d'entre eux se sont concentrés sur les conditions d'intervention des entreprises sous-traitantes.

Accroître le recrutement des femmes

À l'initiative de la DRDFE du Nord-Pas-de-Calais, trois entreprises de la région, confrontées à une forte croissance de leur activité, ont décidé d'élargir leur recrutement aux femmes :

La Française de Mécanique de Douvrin (fabrication de moteurs) a embauché 15 caristes et 15 conductrices d'installations automatisées. Sensibilisées par les missions locales et sélectionnées selon les méthodes de l'ANPE (tests par habileté), les candidates retenues ont suivi une formation comprenant une période de pré-qualification, avant d'entrer en contrat de qualification et d'être définitivement embauchée en contrat à durée indéterminée (CDI).

L'entreprise Faurecia de Noyelles-Godault (équipementier automobile), encouragée par la réussite de l'action menée avec la Française de Mécanique, a souhaité recruter 10 femmes pour des postes d'opératrices d'assemblage. Après avoir passé les tests de sélection du MEDEF, 10 femmes ont suivi une formation pré-qualifiante à l'automne 2001. Après un abandon et un échec, les 8 femmes restantes sont entrées en contrat de qualification en janvier 2002. Elles devraient être embauchées en CDI en janvier 2003, après obtention du certificat de qualification paritaire de la métallurgie (CQPM).

Les compagnies d'autocars « Les voyages Inglard et ID voyages » (ramassage scolaire) ont sollicité la DRDFE pour former 14 conductrices-receveuses. Les candidates, sélectionnées six semaines après la demande des entreprises, sont entrées en formation à la mi-juillet 2002 et ont obtenu un permis D-FIMO (formation initiale minimum obligatoire), titre homologué « conducteur-receveur ».

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	4 013 837 (4)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	58 428
Nombre de naissances domiciliées en 2001	57 163
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	8,9
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	93
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	15 216
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	115
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	58
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	45,2
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	19,9
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	8,8
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	2,8
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	4,3
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	93 509

BASSE-NORMANDIE

SANTÉ, SOCIAL

Lutte contre l'exclusion et pour le développement social

En ce domaine, les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales ont travaillé sur quatre points importants en 2002 :

- La mise en perspective régionale des schémas départementaux de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion : chaque année, l'Etat consacre plus de 7 M€ pour faire vivre ce dispositif dans la région. Depuis deux ans, la Basse-Normandie - et plus particulièrement le Calvados - sont confrontés à une arrivée importante de demandeurs d'asile : 792 répertoriés en 2002 par la préfecture et au moins encore autant résidant sur Caen et ses environs. Ces personnes appartiennent à 43 nationalités différentes, mais huit d'entre elles totalisent 75 % des demandes : Moldaves, Yougoslaves, Turcs, Géorgiens, Russes, Ukrainiens, Nigériens et Congolais. Ce phénomène a saturé le dispositif d'hébergement d'urgence, qui compte 600 places dans le Calvados. L'évolution devient préoccupante dans les hôtels, avec plus de 500 personnes hébergées au 31 décembre, dont les besoins courants (alimentaire et sanitaire) ne sont pas toujours satisfaits. Une plate-forme d'accueil a donc été ouverte en juillet 2002. Les capacités d'hébergement en hôtel ont également été renforcées, les projets de création de centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) s'étant heurtés à l'hostilité des élus.

- La création, en février 2002, d'un comité de coordination régionale de l'action sociale : il élaborera une synthèse des données disponibles, afin d'améliorer la connaissance des phénomènes sociaux bas-normands et de mieux définir les actions coordonnées de développement social. Sa base sera constituée de 116 indicateurs clés, autour de cinq thèmes : lutte contre les exclusions, accès aux soins, enfance, personnes âgées, handicapés. Pour les produire, 43 établissements ou services ont été mobilisés.

- La poursuite du plan triennal en faveur des personnes handicapées, qui comprend deux grands volets : l'ouverture de places dans les établissements spécialisés et le soutien des dispositifs d'intégration. Ont déjà été créées 61 places de centre d'aide par le travail (CAT), 33 en maison d'accueil spécialisée (MAS), 48 en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), 22 réservés aux polyhandicapés et 30 places de SESSAD spécialisées pour les autistes et les traumatisés crâniens. À ce dispositif, il convient d'ajouter 13 places d'hébergement complet pour ces mêmes populations.

- L'essor, grâce à la réforme de leur tarification, des établissements pour personnes âgées dépendantes et la promotion d'une démarche qualité dans ces institutions. En 2002, 41 conventions ont été signées, portant

à 60 les établissements conventionnés sur la région à la fin de l'année (350 environ sont potentiellement concernés). Plus de 11 M€ de crédits nouveaux ont déjà été engagés pour la mise en œuvre de cette réforme en Basse-Normandie.

Prévention primaire et programmes de santé publique

À la suite des préconisations du Haut comité de la santé publique et de différentes manifestations régionales (conférence de santé le 21 janvier 2002, consultation du 8 novembre 2002 pour l'élaboration de la loi quinquennale en santé publique), les acteurs locaux ont souligné le trop faible développement des actions de prévention primaire. Des efforts soutenus dans ce domaine doivent donc être engagés. L'objectif est de rendre chaque citoyen davantage acteur de sa propre santé.

Le bilan d'exécution des différents programmes régionaux (lutte contre le suicide, l'alcool, la maltraitance, accès aux soins et à la prévention...) a également été dressé. Les jurys de ces conférences, conduites par le président du comité économique et social de Basse-Normandie, ont décidé d'en poursuivre certains (programme régional d'accès aux soins et à la prévention des plus démunis, etc.) et d'entamer de nouvelles actions :

- le programme régional de prévention des cancers (publié le 24 février 2003) ;

- le schéma régional d'éducation pour la santé. Sa finalité est l'installation d'un véritable service public dans ce domaine, à travers la création d'un pôle régional de compétences au service de tous les acteurs de l'éducation sanitaire et de promotion de la santé.

Réseaux de soins et restructurations hospitalières

Les actions déjà entamées en matière de réseaux de soins ont été poursuivies. Des soutiens financiers complémentaires ont été apportés notamment aux réseaux suivants :

- hygiène hospitalière ;
- lutte contre la douleur et développement des soins palliatifs ;
- cancérologie ;
- périnatalité ;
- télé-médecine et imagerie médicale.

En septembre 2002, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) relatif à la chirurgie et la cardiologie, à l'imagerie médicale et à la cancérologie a été publié. Par ailleurs le regroupement sur le site de l'hôpital d'Alençon des maternités publique et privée de la ville a été mené à bien. L'année a également été marquée par le début des négociations des contrats d'objectifs et de moyens avec les hôpitaux : le premier

a été signé à la fin décembre, au profit du centre hospitalier de Mortagne. Les dispositions relatives à la fermeture de son service de chirurgie et au redéploiement des moyens sur les autres services ont ainsi été prévues. Le projet d'établissement commun des centres hospitaliers de Cherbourg et Valognes a également été élaboré.

Enfin la question difficile de la permanence des soins a mobilisé les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) tout au long de l'année. La poursuite du mouvement des médecins généralistes jusqu'au 5 juillet dans le Calvados a notamment obligé la DDASS à procéder à des réquisitions afin d'assurer la permanence des soins. La direction a animé de nombreuses réunions du comité départemental de l'aide médicale urgente pour définir les secteurs de garde et travailler au projet de la mise en place d'une régulation médicale.

Missions d'inspection et de contrôle

Un plan pluriannuel (2002-2006) d'inspection et de contrôle pour le secteur sanitaire et médico-social a été élaboré à la fin du premier trimestre 2002, à la suite de la concertation menée au sein des services des DDASS et de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Il a pour objet d'engager une action programmée de réduction des risques et d'amélioration de la qualité des prestations servies par les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales de Basse-Normandie. Il s'appuie pour cela sur une mutualisation des ressources régionales, avec la constitution d'équipes pluridisciplinaires adaptées à l'objet des inspections. Celles-ci mettent en œuvre une procédure contradictoire, à l'issue de laquelle des préconisations sont notifiées aux gestionnaires. Ce plan met l'accent sur deux priorités : la sécurité sanitaire et la lutte contre les maltraitances dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Ainsi, trois sites ont été inspectés sur la sécurité anesthésique (2 dans la Manche, 1 dans l'Orne - 2 publics, 1 privé), ce qui porte à une dizaine les inspections réalisées sur ce thème ; 31 sites au total sont concernés sur la région. L'inspection régionale de la pharmacie a également instruit toutes les demandes à usage intérieur des établissements publics et privés de la région ; 50 demandes ont été reçues dont 37 (relatives à l'activité de stérilisation) ont fait l'objet de décisions préfectorales explicites. Dans 7 cas, ces enquêtes ont abouti à cesser l'activité de préparation de dispositifs médicaux stériles.

Enfin, en matière de lutte contre la maltraitance, deux catégories d'établissements ont été retenues : les instituts de rééducation accueillant des jeunes avec des troubles du comportement et les établissements pour personnes âgées dépendantes. À ce titre, et au-delà de l'instruction des plaintes, 8 établissements ont été contrôlés en 2002 (3 dans le Calvados, 2 dans la Manche, 3 dans l'Orne).

Renforcement de la protection sociale

Outre les contrôles annuels et les évaluations menées au sein des organismes de sécurité sociale, l'année 2002 a été marquée par deux éléments conséquents :

- La mise en œuvre du nouveau Code de la mutualité. Les services ont appuyé la nouvelle organisation (élections au Conseil supérieur de la mutualité et au comité régional de coordination, premières réunions du comité régional) et inscrit les mutuelles locales au registre national (36 organismes concernés). Cette action a favorisé, à travers des regroupements ou des dissolutions, la recomposition du paysage mutualiste sur la région.

- La réforme du tribunal du contentieux de l'incapacité. Sa présidence sera exercée au début du 2^e trimestre 2003 par un magistrat. Ce changement s'accompagnera de nouvelles procédures destinées à garantir au mieux les droits des justiciables. La préparation de cette réforme s'est effectuée notamment par la préservation, voire l'amélioration, des délais d'instruction des procédures contentieuses (délai inférieur à 6 mois) et de notification des jugements (moins de 21 jours).

Politiques hospitalières

En 2002, les hôpitaux ont fait l'objet de deux grands chantiers prioritaires mis en œuvre par l'ARH : l'état des finances des établissements et la Télésanté.

En vue d'éclairer les choix budgétaires des établissements, l'agence a mis l'accent, en 2002, sur l'analyse économique et financière et sur les investissements hospitaliers. Les besoins ont été recensés, afin d'élaborer un plan budgétaire pluriannuel. Ce véritable tableau de bord permettra d'établir les priorités en fonction de la politique de planification. Cet outil est aujourd'hui essentiel pour la mise en œuvre du plan Hôpital 2007.

Autre chantier : la Télésanté. Au cours du premier semestre, le bilan des réalisations et des projets en cours a été dressé. Une évaluation de l'état d'avancement et des besoins d'accompagnement pour chaque projet a permis d'identifier ceux pour lesquels un support ou un suivi particulier étaient requis (Cœur 2000, TOP-NORM...). Des rencontres avec les principaux établissements et quelques acteurs d'autres régions ont été organisées sur le thème. Les premières orientations régionales en matière de Télésanté ont ensuite été arrêtées et présentées à l'ensemble des acteurs hospitaliers de la région.

Ces orientations ont été formalisées dans une charte couvrant la période 2003-2006. Y sont développés les axes prioritaires de développement. L'organisation régionale y est détaillée et les diverses sources de financement possibles recensées. Cette charte a permis de fédérer non seulement les établissements hospitaliers, mais aussi la médecine de ville à travers l'union régionale des caisses d'assurance maladie

(URCAM), l'union régionale des médecins libéraux (URML) et les élus par l'intermédiaire du conseil régional.

Les deux projets soutenus par l'ARH dans le cadre de l'appel à projets e-santé 2002, s'intègrent parfaitement dans cette démarche.

Insertion sociale des femmes en difficulté

La délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) soutient l'action de l'association La Voix des femmes, qui se veut un lieu de médiation sociale et culturelle dans une cité. L'association constitue un espace privilégié de rencontres et d'échanges et permet aux femmes de multiples nationalités de sortir de leur isolement et de développer leurs compétences.

Des cours d'alphabétisation leur sont proposés, ainsi que des ateliers thématiques (code de la route, travaux d'aiguille, anglais, écriture, danse, gymnastique et modelage) favorisant l'apprentissage de la langue française. Ainsi, l'atelier code de la route, animé par un ancien moniteur professionnel, permet une première approche de l'apprentissage pour faciliter l'accès à l'auto-école. La mobilité est en effet indispensable à une meilleure intégration sociale et professionnelle. Par ailleurs, l'association édite le journal interculturel *Que dire ?*, dans lequel les femmes s'expriment dans plusieurs langues.

EMPLOI

Un réseau pour l'égalité professionnelle

À l'initiative de la DRDFE, le réseau « égalité professionnelle » s'est constitué en Basse-Normandie en juillet 2000. Il regroupe les organismes et les services mobilisés sur l'égalité professionnelle. Son objectif est de favoriser des rencontres inter-institutionnelles, ainsi que d'améliorer la complémentarité et la synergie des porteurs de projets, d'élaborer des actions en commun, d'échanger sur les pratiques et d'optimiser les possibilités offertes dans le contrat de plan État/Région 2000/2006 et dans le document unique de programmation (DOCUP) objectifs 2 et 3.

Ce réseau s'est réuni à plusieurs reprises en 2002 et a dressé au cours d'une réunion de février 2003 le bilan des actions conduites l'année précédente.

Ses membres y ont notamment exposé les actions menées en matière d'information et de communication. À titre d'exemple, la DRDFE a organisé, le 4 juillet 2002, une journée régionale pour l'égalité professionnelle. Deux numéros du journal du réseau intitulé *Égalité en marche* ont été édités et une exposition du Centre académique de formation continue (CAFOC) - « En Basse-Normandie, l'égalité professionnelle en action » - a été empruntée 257 jours par des organismes de formation, des structures d'ac-

cueil, des entreprises et des organisateurs de manifestations publiques. Enfin, l'Office national d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP) a réalisé différents outils pédagogiques : un site Web « L'égalité en genre », le magazine d'information *Phare-Ouest* et le quatre pages *Mixité-Égalité des chances*.

Poursuite de la hausse du chômage en 2002

Avec 54 240 demandeurs d'emploi de catégorie 1 Ainscrits à la fin du mois de décembre 2002, la Basse-Normandie compte 1 900 chômeurs de plus que l'année précédente, soit une croissance relative de + 3,6 %, inférieure au chiffre national (+ 4,8 %). Ainsi l'année 2002 s'inscrit-elle dans le prolongement de 2001 c'est-à-dire un retour de la croissance du chômage (dans des proportions d'ailleurs comparables : + 2 000 chômeurs, + 4,0 %). Ce mouvement succède lui-même à une forte baisse au cours des quatre années précédentes (-27 300 chômeurs entre 1997 et 2000).

La hausse du chômage en 2002 a été plus forte dans le Calvados (+ 4,8 %) et dans l'Orne (+ 6,3 %) que dans la Manche, où il s'est maintenu à son niveau de 2001 (+ 0,1 %).

Le taux de chômage s'établit donc à 8,7 % à la fin de l'année 2002 pour la Basse-Normandie, soit quatre dixièmes de point de moins que la moyenne nationale (9,1 %).

Forte mobilisation sur le dossier Moulinex

Comme en 2001, l'intervention en direction des Entreprises aura été marquée, en 2002 par la forte mobilisation du Service public de l'emploi régional en faveur des 2 900 salariés de Moulinex licenciés le 20 novembre 2001, après la reprise partielle de l'entreprise par SEB. La défaillance de l'entreprise a conduit l'État à financer totalement le plan social (à hauteur de 100 M€), ce chiffre comprenant des congés de conversion, des cellules de reclassement, des allocations spéciales du Fonds national de l'emploi (FNE) et des allocations temporaires dégressives. Outre l'octroi d'une prime additionnelle de licenciement, pour un montant total de 30 M€, les salariés licenciés ont pu, dès la fin de l'année 2001, opter soit pour la convention de conversion d'une durée de six mois (1 400 y ont adhéré), soit pour le congé de conversion d'une durée de dix mois pour les personnes âgées de moins de 50 ans et de seize pour les plus de 50 ans (1 000 bénéficiaires). Les cellules de reclassement, mises en place pour 2002, ont été prolongées pour les six premiers mois de 2003 en faveur des personnes en difficulté, notamment les plus de 50 ans. À la fin mars 2003, 1 638 personnes sur les 2 880 à reclasser avaient trouvé une solution : emploi pour 795 d'entre elles, préretraite pour 866 et formation longue qualifiante pour 177. 1 042 personnes sont donc restées sans projet, soit 36 % du total ; parmi elles, 186 étaient en difficulté majeure.

Si l'objectif final, conformément au plan social, consiste à trouver une solution pour chaque salarié concerné, celui fixé par le préfet de région, au terme de la prolongation de l'activité des cellules de reclassement (soit au mois de juillet 2003), est d'atteindre 75 % de solutions pérennes.

Insertion par l'activité économique des personnes fragiles

Le programme de lutte contre le chômage de longue durée est coordonné par la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) du Calvados. Il est défini et mis en œuvre dans le cadre du Service public de l'emploi (SPE) et décliné au sein de chaque équipe locale d'action. Il a permis d'affecter une partie des moyens de la politique de l'emploi vers les chômeurs les plus éloignés du travail.

6 089 personnes ont bénéficié des mesures globalisées, dont 3 711 en contrat emploi solidarité et 412 en contrat consolidé.

Les entrées des personnes sur les mesures ont concerné :

- 44,49 % de chômeurs de longue durée (+ de 2 ans) ;
- 35,44 % d'allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI) ;
- 8,29 % de jeunes chômeurs de longue durée (CLD) de moins de 26 ans ;
- 21,37 % de travailleurs handicapés ;
- 54,25 % de femmes.

Le programme a permis la diminution de :

- 14,7 % du nombre de personnes au chômage depuis plus de deux ans ;
- la baisse du nombre de femmes CLD de - 9,5 % ;
- la sortie du chômage de 6 222 Rmistes.

Par ailleurs, la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), en lien avec les trois DDTEFP et les trois conseils généraux, a lancé une démarche qualité auprès des structures support de chantiers d'insertion. Celle-ci est engagée avec le concours de la délégation régionale de l'AFPA (DRAFPA). À terme, plus de 40 structures bénéficieront de ce soutien pédagogique et d'ingénierie de projet.

Emploi des jeunes

L'année a été marquée par l'arrêt du programme « nouveaux services-emplois jeunes » (NS-EJ) dans sa phase d'aide à la création de services et par le plan de consolidation pour les activités créées en 1998, 1999 et 2000 par le secteur associatif. Ce dernier a permis, à travers l'épargne consolidée, de prolonger de trois ans l'aide initiale de l'État pour près de 600 postes sur les 2 500 créés dans la région. De plus, un programme d'appui aux employeurs, initié en 2001, a été renouvelé en 2002. Ce dispositif a accueilli 335 représentants d'associations impliquées dans le projet.

Parallèlement, en 2002, la DRTEFP a confié à la plate-forme régionale « nouveaux services » une mission d'aide à la sortie des jeunes dont le poste ne serait pas consolidé. Elle s'appuie sur une nouvelle gamme de services mise en place avec le concours du conseil régional, de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et de l'Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC). De juin à décembre 2002, une cinquantaine de jeunes ont ainsi bénéficié d'un entretien technique approfondi, suivi d'une ou de plusieurs prestations. Parmi eux, 13 ont souhaité engager une démarche « validation des acquis de l'expérience » (VAE). Ils ont alors bénéficié de conseils et d'un accompagnement de la part des conseillers techniques de la plate-forme.

Formation

Concernant la VAE, l'année 2002 a été l'occasion d'initier la réflexion entre les services valideurs déconcentrés. Les partenaires sociaux ont été informés des enjeux de cette expérience et du dispositif de conseil qui allait se mettre en place dans la région.

Huit points d'accès à la télé-formation ont également été installés dans les trois départements. Ce projet répond à un appel à proposition de la DGEFP, dans le cadre du programme national FORE II. Ces points, ouverts à tous les publics, obéissent à un double objectif :

- faciliter l'accès à la formation des publics qui en sont éloignés, soit pour des raisons géographiques, soit pour des raisons de disponibilité (notamment pour les salariés et les dirigeants des très petites, petites et moyennes entreprises) ;
- développer la formation tout au long de la vie.

Ces bornes complètent le programme de modernisation de l'appareil de formation développé dans le cadre du contrat de plan État-Région 2000/2006 (CPER).

Dialogue social et protection des salariés

L'activité quotidienne des agents de l'inspection du travail répond à diverses orientations de la politique de l'emploi : par exemple, la lutte contre les différentes formes de discrimination.

Dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail, des actions coordonnées au niveau régional et local ont été définies en fonction des orientations nationales. Ainsi, dans le Calvados, une campagne, assortie de contrôles, a été menée sur la prévention des risques liés aux produits toxiques - notamment l'amiante - dans les garages.

Priorité a également été donnée aux dangers liés aux agents cancérigènes.

Enfin, le contrôle des entreprises à risque a été organisé, de concert avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE). Une réunion rassemblant l'ensemble des agents des deux services s'est tenue le 18 juin 2002. Des informations ont pu y être échangées sur les modes d'intervention respectifs et la recherche d'une synergie d'action.

Enfin, la notion d'entreprise à risque a été élargie à l'ensemble des installations classées soumises à autorisation (soit 137 entreprises). Celles-ci ont reçu une lettre circulaire, mettant l'accent sur leurs obligations en matière d'évaluation des dangers, de consultation des représentants du personnel et de recours au travail temporaire et à la sous-traitance. Y était joint un questionnaire, qui devrait permettre d'apprécier la situation desdites entreprises au regard de ces différentes règles et d'orienter ensuite les missions de contrôle.

Renforcer le pilotage pour mieux répondre aux usagers

Des visio-guichets ont été installés dans différentes communes de la Manche.

L'objectif de ce dispositif est de permettre aux personnes peu mobiles d'accéder à des prestations de services. Les intéressés peuvent voir leur interlocuteur (webcam) et dialoguer avec lui. Dans chaque commune concernée, des animatrices accueillent et orientent les usagers.

La palette de service des visio-guichets a été complétée par ceux de la DDTEFP, qui a rejoint à la rentrée 2002 les trois partenaires pionniers que sont l'ASSEDIC, la direction départementale de l'agriculture et de la forêt (DDAF) et l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). Celui de la direction départementale permet d'accéder aux prestations offertes par la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) - renseignements concernant la reconnaissance de travailleur handicapé, l'attribution d'aides financières... - et par le service de renseignements en droit du travail (contrat de travail, institutions représentatives du personnel, etc.).

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	1 431 764 (17)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	29 590
Nombre de naissances domiciliées en 2001	17 584
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	9,4
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	45
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	6 251
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	99
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	57
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	54,5
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	14,4
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	11,0
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	4,5
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	5,4
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	17 776

H AUTE-NORMANDIE

SANTÉ / SOCIAL

Une région marquée par une forte présence industrielle

Région industrielle, constituée par les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime, la Haute-Normandie regroupe 74 installations classées Seveso et 85 autres établissements à risques. Elle abrite aussi trois centrales de production d'électricité - dont deux nucléaires -, quatre raffineries et deux ports d'importance nationale.

La Seine-Maritime compte de grandes agglomérations (activité portuaire) et accueille les deux tiers des 1 780 439 habitants de la région, tandis que l'Eure est plus rurale.

Les jeunes et les travailleurs les plus âgés sont les plus touchés par le chômage, qui affecte 10 % de la population active.

La lutte contre les exclusions

En matière d'hébergement, l'augmentation des flux de demandeurs d'asile et de déboutés du droit d'asile - 25 à 30 % de l'occupation des CHRS - et le nombre croissant de familles marginalisées ont rendu indispensables une modernisation et une adaptation des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

À ce titre, une expérience d'accueil spécifique pour les personnes les plus vulnérables a été menée, pendant la campagne d'hiver, au Foyer de l'Abbé Bazire à Rouen, tandis que les travaux de reconstruction du CHRS Aurore ont été engagés.

Par ailleurs, la capacité des structures d'accueil spécifiques pour les demandeurs d'asile a été considérablement accrue : 550 places supplémentaires ouvertes en Seine-Maritime - dont 170 en centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) - et 60 places dans l'Eure (toutes en CADA).

La Haute-Normandie compte près de 30 000 allocataires du RMI. Ceux-ci ont bénéficié, en 2002, de la poursuite des efforts d'amélioration de la gestion et du suivi du dispositif. Une attention similaire a été portée aux dispositifs d'insertion des jeunes, aux fonds solidarité, ainsi qu'à la mise en œuvre expérimentale du fonds territorial pour l'habitat sur l'arrondissement du Havre.

Enfin, l'accueil et l'intégration des populations d'origine étrangère ont été marqués par l'actualisation du plan départemental d'accueil de la Seine-Maritime, mais aussi par le renforcement du partenariat avec le Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (FASILD), au bénéfice des associations.

Les personnes âgées

La région dispose de 21 600 places pour personnes âgées - y compris les foyers logements - réparties entre 350 établissements. La moitié d'entre eux est à médicaliser et moins de 2 % sont, pour l'instant, engagés dans la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les efforts en matière de coordination gérontologique se sont poursuivis en 2002, avec la mise en place de neuf nouveaux centres d'information et de coordination gérontologique (CLIC) : trois dans l'Eure et six en Seine-Maritime. Ce dernier département a, par ailleurs, adopté un schéma départemental en faveur des personnes âgées.

La prévention de la maltraitance

Pour prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes vulnérables, trois inspections ont été menées à bien en 2002 : une en CHRS et deux en instituts de rééducation.

Par ailleurs, quatre réunions de sensibilisation ont été organisées, notamment dans les établissements d'accueil pour enfants, et deux grilles d'auto-évaluation ont été élaborées à l'attention des établissements sociaux. Au total, 64 plaintes ont été enregistrées, dont 40 ont donné lieu à une inspection.

La lutte contre les addictions

En matière de réduction des risques et de prise en charge des addictions, la Seine-Maritime a validé son plan départemental de prévention des dépendances et assuré le financement de 85 actions.

Deux centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ont été créés à Dieppe et à Elbeuf et quatre automates de programmes d'échange de seringues (PES) ont été installés au Havre.

Dans l'Eure, six appartements thérapeutiques et deux centres de soins pour toxicomanes ont été financés respectivement à Evreux et aux Andelys.

Enfin, un plan départemental de prévention des dépendances aux substances psycho-actives a été élaboré en Seine-Maritime et une charte des acteurs de prévention en milieu scolaire a été adoptée dans les deux départements haut-normands.

Une démographie médicale insuffisante

Déficitaire en ce domaine, la Haute-Normandie manque de médecins généralistes, de spécialistes - notamment en anesthésie-réanimation et en psychiatrie - mais aussi de kinésithérapeutes, d'infirmières et d'aides-soignants. La pénurie est plus marquée dans les zones rurales et les zones urbaines sensibles que

dans les grandes villes. En termes géographiques, elle est plus forte dans l'Eure qu'en Seine-Maritime. En trois ans, le *numerus clausus* à la faculté de Médecine de Rouen est toutefois passé de 115 - dont 10 en dentaire - à 139, et l'Institut de formation en soins infirmiers d'Evreux a été restructuré pour accueillir les 280 étudiants inscrits.

La création d'une cellule interrégionale d'épidémiologie

En matière de sécurité sanitaire, l'année 2002 a été marquée par la mise en place en Haute-Normandie d'une cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE). Outre la surveillance des maladies infectieuses, la CIRE s'intéresse aux incidences de l'environnement sur la santé et, notamment, aux rejets atmosphériques en basse vallée de Seine.

La lutte contre les cancers

La Haute-Normandie se situe au 21^e et avant-dernier rang des régions françaises métropolitaines en matière de surmortalité due aux tumeurs malignes. L'excès de décès y est en effet de 12 % par rapport à la moyenne nationale. Ceci a conduit à l'adoption d'un programme régional de santé (PRS) consacré aux cancers, qui s'étend jusqu'en 2006.

Première cause de mortalité par cancer chez la femme en Seine-Maritime, le cancer du sein fait désormais l'objet d'une vaste campagne de dépistage dans ce département. Celle-ci est mise en œuvre par l'association EMMA et s'adresse à 165 000 femmes de 50 à 74 ans.

La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics

Au sein de la fonction publique hospitalière - et dans le prolongement du protocole d'accord du 27 septembre 2001 - le comité régional de suivi du protocole et les représentants des établissements ont été consultés, avant que l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) répartisse 149 créations d'emplois pour 2002. Ce contingent représente une partie des 994 créations d'emplois non médicaux prévues sur trois ans, au bénéfice des établissements de soins de Haute-Normandie. Cette répartition a tenu compte des effectifs d'origine (en équivalents temps plein), de l'activité et de la qualité des projets négociés par les établissements.

En matière de mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) pour les personnels médicaux, l'étude de pré-impact territorial a permis d'organiser un premier dialogue sur les évolutions nécessaires. Celui-ci s'est déroulé entre l'ARH et les établissements et, surtout, entre les établissements eux-mêmes.

Le schéma régional d'organisation sanitaire Équipements lourds

À la suite des décrets de novembre 2001 et de la décision du gouvernement de réviser à la hausse

les ratios d'équipements lourds par habitants, l'ARH a engagé l'élaboration d'un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) « Équipements lourds ». Ce travail a été mené dans le cadre d'une large concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

Pour tenir compte de la saturation de la plupart des appareils, ce schéma préconise l'ouverture des indices régionaux au plus haut de la fourchette proposée au plan national : quatre IRM, deux scanners et deux gamma-caméras. Les décisions d'attribution de ces équipements ont été prises en novembre 2002.

L'avenant au SROS cancérologie

La Haute-Normandie est particulièrement touchée par le cancer : avec un risque de mortalité supérieur de 12,2 % à la moyenne nationale, elle se classe juste après le Nord-Pas-de-Calais. Cette situation est due à des facteurs comportementaux, en particulier la consommation de tabac et d'alcool. Aussi le cancer figure-t-il parmi les priorités régionales de santé publique.

À ce titre, il constitue l'un des thèmes majeurs du schéma régional d'organisation sanitaire 1999-2004, arrêté par l'ARH. La création du réseau onco-normand, le 10 juillet 2001, a marqué une avancée importante en ce domaine. En 2002, le premier avenant au SROS 1999-2004 a défini la carte des sites en cancérologie, autour du site de référence régional, en distinguant trois sites orientés en cancérologie et cinq sites de proximité.

Chacun des sites est constitué d'un ou de plusieurs établissements liés par convention et se trouve en prise directe avec les autres composantes du réseau onco-normand. Il s'agit d'une organisation territoriale concertée, équilibrée, garante de la qualité et de la sécurité des soins.

Les soins de suite et de réadaptation

En 2002, l'ARH a autorisé la création, au cours des prochaines années, de 104 lits et places supplémentaires, afin de renforcer les capacités insuffisantes en lits de soins de suite et réadaptation.

Compte tenu des capacités déjà installées dans l'Eure, ces créations concernent des établissements situés en Seine-Maritime.

La mise en place du comité régional des réseaux

Le comité régional des réseaux a été mis en place en 2002, en liaison avec l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). À ce titre, un guichet unique a été mis à la disposition des porteurs de projet, afin de faciliter leurs démarches.

À travers la création et le développement des réseaux, l'ARH vise en effet une meilleure prise en charge des patients, mais aussi une meilleure coordination des praticiens, dans une approche pluridisciplinaire.

Un spectacle-forum pour informer les jeunes sur la contraception

À l'issue de la première campagne nationale d'information sur la contraception conduite par les pouvoirs publics en 2000, il est apparu que la nouvelle campagne 2002-2003 en Haute-Normandie devait avoir pour cible prioritaire le public des jeunes : collégiens et lycéens, mais aussi jeunes adultes des missions locales et des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO).

La stratégie retenue par le Comité de pilotage « Contraception », co-présidé par la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et la DRASS, a donc été de prendre appui sur la compagnie NAJE (Nous n'Abandonnerons Jamais l'Espoir).

Celle-ci présentera sur l'ensemble du territoire régional, de la mi-février au début d'avril 2003, un spectacle de théâtre forum itinérant intitulé « Pour plus d'amour ». Cette méthode, bien adaptée aux jeunes sur un sujet comme la contraception, doit également créer une dynamique et jouer un rôle dans la prévention des IVG.

EMPLOI

Des femmes recrutées dans des filières professionnelles atypiques

Les priorités de l'État en termes d'égalité des chances en Haute-Normandie ont permis de développer une stratégie de partenariat avec les branches professionnelles du transport (UNOSTRA, FNTR, TLF), dans un objectif de féminisation des métiers de ce secteur. En effet, la branche « transports et logistique » est confrontée à une réelle difficulté de recrutement, mais aussi à de fortes perspectives de développement, notamment au Havre dans le cadre de l'opération Port 2000.

Aussi une enquête sur la féminisation du transport a-t-elle été réalisée par la Mission Optique Égalité - mise en place par la DRDFE - en partenariat étroit avec les fédérations professionnelles. Celle-ci a révélé que 86 % des entreprises étaient favorables à l'ouverture de leurs métiers aux femmes. Cette perspective est d'autant plus envisageable que les progrès technologiques permettent une accession aisée des femmes aux métiers du transport. L'enquête a également montré que l'embauche de femmes représentait, pour les entreprises, une image moderne, synonyme d'insertion dans le siècle, de rénovation de l'image du transport, et d'apport de nouvelles compétences dans les relations avec le client. Une démarche inter-régionale de déclinaison de cet accord, couvrant les deux régions normandes, pourrait aboutir dans le courant de l'année 2003.

Par ailleurs, des conventions de formation professionnelle ont été signées en 2002 entre l'État et deux

entreprises de transport en commun. Celles-ci s'engagent à embaucher, en contrat à durée indéterminée (CDI), trois femmes - une conductrice de ramassage scolaire et deux conductrices receveuses - qui auront obtenu, à l'issue de leur formation, le permis de conduire transports en commun.

Lutte contre la sélectivité du marché du travail

En 2002, l'action territorialisée du service public de l'emploi (SPE) a eu pour premier objectif de prévenir et de lutter contre le chômage de longue durée et les exclusions, en répondant aux besoins d'emplois et de qualification des entreprises.

Dans un contexte national de diminution du rythme des créations d'emplois, les objectifs stratégiques définis par le ministère se sont notamment traduits, en Haute-Normandie, par les résultats suivants :

L'objectif d'une diminution de 1 900 unités du nombre de chômeurs de longue durée (CLD) de plus de deux ans a été réalisé à hauteur de 64 % au 31 décembre 2002. Il convient de noter l'évolution positive sur un an : 10,4 % de demandeurs d'emplois de longue durée catégorie 1 de plus de deux ans.

L'objectif consistant à faire sortir du chômage 18 800 allocataires du RMI a été atteint à hauteur de 99 %. Le département de l'Eure affiche un taux de sortie supérieur à l'objectif. Trois zones du département de la Seine-Maritime - Rouen, Yvetot-Barentin et Elbeuf - enregistrent également un flux de sortie des Rmistres supérieur à la moyenne régionale.

Enfin, l'objectif d'une baisse du nombre de CLD femmes supérieure de deux points à celle enregistrée par les hommes a été dépassé, puisqu'il atteint - 4,7 %. Il convient cependant de préciser que cet écart s'est creusé en raison de la diminution sur un an du stock des CLD femmes, contrairement à celui des hommes.

La montée en charge du dispositif

Le programme renforcé de lutte contre le chômage de longue durée et contre l'exclusion a conduit le SPE régional à prendre les mesures nécessaires pour assurer la montée en charge du dispositif globalisé 2002. Cette mobilisation vise plus particulièrement les contrats emploi solidarité (CES), les emplois jeunes et les stages de formation.

Sur le premier semestre, le cadencement des CES s'élevait, pour la Haute-Normandie, à 1 428 contrats mensuels, soit 88 % de l'enveloppe annuelle, les SIFE collectifs représentant pour leur part 76 % de l'enveloppe annuelle à la fin de juin 2002. Ces résultats sont conformes aux prévisions.

Ce cadencement renforcé au premier semestre a toutefois engendré des difficultés de gestion des mesures sur les derniers mois de l'année. En raison des sélections opérées sur les employeurs pour respecter le quota, il a en effet généré des incompréhensions chez les utilisateurs et les bénéficiaires, notamment sur la mesure CES.

Après redéploiement, les enveloppes physiques régionales annuelles se répartissent comme suit :

- stages d'insertion et de formation à l'emploi (SIFE) collectifs : 3 939 ;
- stages d'insertion et de formation à l'emploi (SIFE) individuels : 951 ;
- stages d'accès à l'entreprise (SAE) : 504 ;
- contrats initiative emploi (CIE) : 1 816 ;
- contrats emploi solidarité (CES) : 9 851 ;
- contrats emploi consolidé (CEC) : 1 218.

À la fin du mois de décembre 2002, les taux de réalisation atteignaient 85 % pour les SAE et 89 % pour les SIFE individuels. Ils se situaient au-delà de 97 % pour les autres mesures.

Pour les SIFE collectifs, le taux moyen de participation des co-financiers s'élevait à 22 %, témoignant ainsi du développement des relations partenariales dans la région.

L'entrée des publics prioritaires dans les mesures

La réalisation de l'objectif d'entrée des CLD de plus de deux ans dans les mesures est inférieure aux prévisions - de l'ordre de 4 points - sauf pour les CIE. Ceux-ci atteignent en effet 47 % d'entrées réalisées, pour un objectif de 46,5 %.

Les objectifs d'entrée des jeunes CLD sont atteints à hauteur de 11 % pour les CIE et les CES, pour des prévisions respectives de 15,1 % et 13,5 %.

Les entrées d'allocataires du RMI représentent 32 % de l'ensemble des mesures. Avec un taux de réalisation de 26 %, les SIFE collectifs dépassent l'objectif initial de 25 %.

Les femmes représentent 60 % des entrées dans l'ensemble des mesures globalisées, dont 64 % d'entrées en CES et CEC, et 62 % en SIFE collectifs.

L'entrée des travailleurs handicapés est de 14 % sur l'ensemble des mesures, dont 20 % pour les SIFE collectifs et 21 % pour les CIE.

Les contrats jeunes

Depuis la création des contrats jeunes en juillet 2002, 802 personnes sont entrées dans le programme de soutien à l'emploi des jeunes en entreprise (chiffre à la fin de novembre 2002).

Selon une analyse réalisée sur les 472 premiers dossiers traités, 90 % des bénéficiaires ont entre 18 et 22 ans et les entreprises de moins de 10 salariés représentent 68 % de l'ensemble.

Par ailleurs, depuis la création de cette mesure, on constate une forte demande des employeurs. Il apparaît cependant que près de la moitié des jeunes recrutés étaient déjà salariés sous contrat (dont 25 % de contrats en alternance). Si des effets se font sentir sur le recours aux contrats de qualification (en baisse), l'apprentissage semble en revanche préservé. Ce constat fera l'objet d'une attention particulière.

La situation de l'emploi en Haute-Normandie

Sur l'ensemble de 2002, on constate une relative amélioration de la situation de l'emploi en Haute-Normandie, au regard de l'évolution nationale. En données brutes, le nombre de chômeurs n'a en effet augmenté que de 0,7 %, contre une progression de 4,7 % pour la France entière.

Sur un an, la différence devient spectaculaire entre la Seine-Maritime - qui a enregistré une baisse de 0,7 % - et l'Eure, qui a subi au contraire une hausse de 4,7 %. Ainsi, à la fin de 2002, on comptait - en données brutes - 77 483 demandeurs d'emplois en Haute-Normandie inscrits en catégorie 1, immédiatement disponibles, au lieu de 76 881 un an plus tôt.

Ce bon résultat - malgré les sinistres sociaux qui ont frappé la région voisine de Fécamp - s'explique par le dynamisme des zones d'emploi du Havre et de Lillebonne, comme l'a souligné l'INSEE dans ses dernières notes de conjoncture.

Cette évolution favorable est confirmée par le recul des demandes d'emploi de catégorie 6 (personnes ayant exercé une activité, emplois précaires). Celles-ci reculent de 1,7 % pour toute la Haute-Normandie, contre une progression de 3,6 % pour la France entière. Elles diminuent de 3,4 % en Seine-Maritime, mais augmentent de 3 % dans l'Eure.

La part des moins de 25 ans a progressé de 4,7 % pour atteindre 24,7 % des demandeurs d'emploi (19,6 % au niveau national), soit 19 116 personnes. Celle des chômeurs inscrits depuis plus d'un an est restée stable à 31,8 % (28,9 % au niveau national), soit 24 630 personnes.

Favoriser le dialogue social et garantir la protection des salariés

Confronté à un manque récurrent de moyens humains, le département entreprise a connu une année 2002 très difficile. Il a néanmoins pu lancer quelques actions intéressantes.

Il en est ainsi de la mise en place des « ateliers du travail », dont l'objet est la construction d'outils méthodologiques par les agents de contrôle, sur un sujet donné : loi de modernisation sociale, harcèlement moral, responsabilité pénale des fonctionnaires... Ce travail se fait avec l'aide de spécialistes juridiques internes, de spécialistes praticiens externes et d'avocats. Les partenaires sociaux ont été associés - sur le harcèlement - à la partie théorique de l'atelier.

Autre action à souligner : la mise en place de la Commission régionale élargie d'appui et de coordination, avec la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE).

On peut également citer le début de mise en place du réseau de référence juridique, en association avec les départements.

La DRTEFP s'est inscrite dans l'expérimentation du dispositif « Appui au dialogue social », aux côtés de la direction des relations du travail du ministère (DRT),

de l'Agence nationale et de l'agence régionale pour l'amélioration des conditions des travail (ANACT et ARACT). Cette démarche a engendré une forte mobilisation du service. Elle a aussi entraîné une implication très importante de la plupart des partenaires sociaux régionaux, très attachés au développement de ce dispositif.

Le développement de la politique contractuelle

L'affectation constante d'agents durant l'année et l'élévation en qualité du personnel ont permis de travailler à la réorientation de la gestion de dossiers vers l'animation des politiques :

- travail lourd de préparation ou de suivi de dossiers globaux : démarche compétence chimie, CEP (contrat d'étude prospective) TPE-PME (très petites entreprises, petites et moyennes entreprises) avec le Medef, sur la problématique de l'accès à la formation pour les salariés de ces entreprises ;
- CEP de la pharmacie et de la métallurgie ;
- démarche compétence Medef ;
- travail d'élévation des niveaux de réflexion et de proposition des comités techniques régionaux, en étroite liaison avec le Conseil régional.

Les autres dossiers marquants

En matière de handicap, l'année a été marquée par l'élaboration d'une plate-forme de suivi des personnes handicapées, depuis la demande d'emploi et l'orientation jusqu'à l'insertion en milieu ordinaire de travail, en passant par l'atelier protégé.

Un travail de fond et de longue haleine a été engagé avec la Région sur le développement des groupements d'employeurs régionaux. Il doit déboucher sur des projets dès 2003, avec une perspective réaliste de 30 à 50 créations d'emploi dans un premier temps.

Enfin, en matière de médecine du travail, 2002 a vu la mise en place de l'expérimentation du « suivi post-professionnel amiante ».

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	1 792 244 (13)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	31 787
Nombre de naissances domiciliées en 2001	23 751
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	8,9
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	53
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	6 245
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	101
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	61
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	57,4
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	12,7
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	5,5
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,4
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,3
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	29 745

PAYS DE LA LOIRE

SOCIAL, SANTÉ

Politique de santé

En 2002, les questions de sécurité sanitaire, veille et inspection ont été au cœur des préoccupations de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Différentes missions ont été menées :

- préparation de la future cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) et de la cellule Biotox ;
- réflexion sur la lutte contre l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) ;
- mise en œuvre du programme régional d'inspection de sécurité sanitaire ;
- poursuite des actions engagées en 2001 par l'inspection régionale de la pharmacie (autorisation pour les activités spécifiques des pharmacies à usage intérieur, contrôle des matières premières utilisées par les laboratoires cosmétiques) ;
- prévention des risques liés à l'eau et à ses usages dans les établissements de santé ;
- mise en place de l'évaluation du risque sanitaire dans les études d'impact.

La DRASS a également organisé une consultation régionale sur les priorités de santé, le 20 novembre 2002. Le travail préparatoire a permis de repérer les problèmes sanitaires majeurs, leurs déterminants et facteurs de risque, de dresser un état des lieux des actions en cours et de celles à conduire. Les conclusions de la journée ont débouché sur des propositions concrètes et constituent un outil de référence pertinent pour les années à venir.

De même, le 24 septembre 2002, un colloque interrégional (Basse-Normandie, Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes) sur « la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale » a facilité les échanges sur le phénomène suicidaire et les politiques mises en place pour le combattre.

Par ailleurs, la promotion des cinq programmes régionaux de santé (priorités reconnues par la conférence régionale de santé) a continué de mobiliser les équipes. Enfin, un constat défavorable à la région, en matière de démographie médicale (disparité entre départements, dénuement de nombreuses zones rurales, pyramide des âges alarmante), a conduit les services de la direction à réfléchir sur les stratégies à conduire (relèvement du *numerus clausus*, régulation des filières spécifiques, possibilité de passerelles entre spécialités). Pour les infirmiers, le constat est identique. Le quota régional de formation a donc été augmenté de 330 places supplémentaires (+ 46 %).

Par ailleurs, le régime de réquisition mis en place pendant la grève des médecins libéraux s'est prolongé, en moyenne, jusqu'à l'été. Il a abouti à une réflexion

concertée (médecins, Ordre des médecins, DRASS, directions départementales des affaires sanitaires et sociales – DDASS) sur une organisation optimisée de la permanence des soins. Les acteurs de santé se sont particulièrement investis en Mayenne dans la recherche et la mise en place de nouvelles modalités d'organisation du travail en secteur libéral.

Développement social

L'augmentation, importante, depuis 1991, du nombre de demandeurs d'asile a pesé sur le dispositif d'accueil des personnes en difficulté.

Pour faire face, les DDASS ont dû augmenter le nombre des places dans les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) : ainsi en 2002, 482 places se sont ajoutées aux 101 existantes. Des solutions alternatives provisoires ont complété ce dispositif : accueil organisé dans des hôtels (financement sur crédits d'intervention DDASS), ou dans des locaux associatifs, places conventionnées en allocation de logement temporaire (ALT), en foyers de jeunes travailleurs (FJT), en centres de vacances...

La mise en œuvre des schémas départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion a été perturbée par cet afflux. Cependant, l'année 2002 a été marquée par l'engagement et l'aboutissement de plusieurs actions. Les schémas départementaux ont ainsi été mis en perspective régionale et travaillés collectivement lors d'une même séance du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS), le 12 mars 2002.

Des mesures ont également été prises en direction des publics fragiles. Vis-à-vis des personnes handicapées, l'aide à l'autonomie a été privilégiée :

- soutien à l'intégration scolaire (21 nouveaux postes d'auxiliaires de vie scolaire) ;
- sites pour la vie autonome : opérationnel en Sarthe depuis juin 2002 ; en cours de constitution dans les autres départements ;
- maintien à domicile (46 nouveaux postes d'auxiliaires de vie à domicile), extension des places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Les personnes souffrant de troubles spécifiques n'ont pas été oubliées : un document d'orientation sur les prises en charge des artistes et une étude relative aux enfants et adolescents souffrant de troubles du comportement ont ainsi été élaborés.

Enfin, la qualité de prise en charge des personnes âgées a été améliorée :

- la réforme de la tarification, médicalisation, qualité des soins des établissements d'hébergement a été poursuivie ;
- des moyens spécifiques ont été consacrés à l'amélioration de leur accueil et de leur prise en charge dans les services de médecine et de chirurgie des hôpitaux.

Les efforts ont surtout porté sur le maintien à domicile :

- gestion d'une enveloppe financière relative au maintien des personnes âgées chez elles, aussi longtemps qu'elles le souhaitent ;
- développement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) : 29, dont 6 pour la Vendée, sont labellisés au 31 décembre. À noter, une journée inter-régionale d'échanges en novembre à Nantes.

Gestion des ressources humaines

L'année 2002 a été marquée par la mise en place des 35 heures et l'instauration ou la modernisation des systèmes de contrôle du temps de travail dans les 6 directions de la région. Une réflexion commune a permis de mutualiser des solutions et d'échanger des expériences. Les services ont bénéficié de l'expérience d'un ingénieur en organisation, recruté pour l'occasion.

La formation des personnels a été axée sur :

- le renforcement des techniques d'inspection, de contrôle et d'évaluation ;
- l'accompagnement à la mise en place progressive de nouvelles méthodes de travail (« démarche qualité » et analyse prospective).

Recomposition de l'offre de soins

Au-delà de la poursuite des contractualisations (11 Nouveaux contrats) et la mise en œuvre de l'aménagement et réduction du temps de travail de personnels hospitaliers, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a axé son action en 2002 sur les restructurations d'établissements publics et privés. Cette recomposition des soins obéit à deux principes : répondre aux besoins et garantir la qualité du service au patient.

Dans le secteur public, des rapprochements fonctionnels ou géographiques ont donc amené la création :

- du centre hospitalier départemental multi-sites groupant les établissements de La Roche-sur-Yon, Luçon et Montaigu ;
 - du pôle santé Sarthe et Loir, né de la fusion des centres hospitaliers de La Flèche et de Sablé-sur-Sarthe ;
 - de l'hôpital local intercommunal de la Presqu'île (centre hospitalier de Guérande et hôpital local du Croisic).
- Des coopérations entre établissements publics et privés (rapprochement avec répartition des activités) ont également vu le jour. Ainsi, dans les territoires dits de proximité, des regroupements ont été autorisés :
- dans le bassin saumurois, celui la clinique de Bagneux avec le centre hospitalier de Saumur sur le site de ce dernier ;
 - dans le bassin de Châteaubriant, celui la clinique Sainte-Marie avec le centre hospitalier de Châteaubriant sur le site de ce dernier.

D'autres sont prévus (dans le bassin des Sables-d'Olonne) ou déjà en cours. Ainsi, dans le bassin de Fontenay-le-Comte, la totalité de l'activité de court séjour de l'hôpital s'exerce sur le site de la clinique.

Dans les territoires dits intermédiaires (Cholet, La Roche-sur-Yon, Laval et Saint-Nazaire), l'offre publique

et privée se maintiennent, moyennant une convention organisant leur complémentarité (sauf à Saint-Nazaire, où l'équilibre entre les différents acteurs n'est pas entièrement stabilisé).

Dans les grandes agglomérations, à côté du secteur public, le regroupement des cliniques s'est poursuivi. Des pôles privés sont désormais identifiables et accessibles géographiquement au public :

- à Nantes, quatre grands pôles sont en cours de constitution (pôle Jules-Verne, polyclinique de l'Atlantique, Nouvelles cliniques nantaises et Catherine-de-Sienne). Une offre multidisciplinaire perdure autour de Saint-Augustin, Brétéché-Viaud et Sourdille ;
- à Angers, la réunion des cliniques sur le site de l'Espérance (future clinique de l'Anjou) est en cours de réalisation ;
- au Mans, la concentration de l'offre privée en médecine et chirurgie autour de la clinique du Pré-Pasteur et du centre médico-chirurgical s'est poursuivie.

Bilan du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)

Un bilan du SROS a été dressé en deux étapes. Un premier suivi quantitatif des préconisations du schéma a été effectué par les acteurs du seul système hospitalier en s'appuyant sur des indicateurs prédéfinis dans le SROS. Parallèlement, une étude plus globale et plus qualitative a été demandée à un prestataire extérieur. Les modalités qualitatives de mise en pratique des orientations du SROS ont été étudiées, notamment sous l'angle de la plus-value pour l'utilisateur. Fondamentalement complémentaires, les deux approches offrent un éclairage complet des réalisations opérées et de ce qui reste à effectuer.

Développement des réseaux de soin

Deux réseaux de santé à couverture régionale sont désormais fonctionnels. Le premier, « sécurité naissance », rassemble les professionnels de santé des 26 maternités de la région. Son objectif est de veiller à la complémentarité entre établissements, afin que les grossesses et les accouchements difficiles soient pris en charge dans les structures adaptées. En son sein, le réseau Aval, créé avec l'union régionale des médecins libéraux, organise le suivi postnatal. Le dépistage précoce des incapacités ou limitations sensorielles, motrices ou de développement est amélioré et l'organisation limite l'errance médicale par un encadrement et une aide pertinents. Le second, « Onco-Pays de la Loire », concerne la cancérologie. Il rassemble 63 établissements de santé, des représentants de la médecine libérale et des usagers. Le but est de garantir à tous les patients atteints d'une pathologie cancéreuse la même qualité de soins, préventifs comme curatifs. Des unités de coordination, facilitant la pratique pluridisciplinaire et la diffusion de l'information, permettent d'optimiser les coopérations entre tous les professionnels au service d'un même malade.

Dans une même démarche, le centre de basse vision régional d'Angers centralise l'organisation régionale et pluridisciplinaire au service des déficients visuels de plus de 20 ans. L'accès aux soins et la continuité de la prise en charge y sont favorisés par des réponses graduées, structurées au plan départemental, et un fonctionnement en réseau s'appuyant sur des centres-ressources. La structure délivre informations, diagnostics et soins aux patients et assure la formation des professionnels.

Pour leur part, les réseaux Ville-Hôpital ont été mis en place pour articuler harmonieusement médecine libérale et hospitalière, en réponse aux priorités de santé publique. Un travail commun avec l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) permet de développer une politique partagée de développement des réseaux. Priorité est donnée à la périnatalité, aux personnes âgées, aux soins palliatifs, cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, pratiques addictives et à la santé mentale.

Enfin, les réseaux de proximité inter-établissements ont été mis en place dans le cadre des soins palliatifs, appuyés par une charte régionale.

Hébergement de femmes victimes de violences

Dans le cadre des travaux de la commission départementale d'action contre les violences faites aux femmes de Mayenne, animée par la chargée de mission départementale (CMD), le groupe de travail « L'hébergement et l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales », piloté par la DDASS, a constaté qu'en Mayenne l'offre de logement, notamment d'urgence, est majoritairement concentrée sur Laval.

Deux types de besoins ont été identifiés :

- des logements d'urgence de courte durée ;
- des logements d'urgence pour une période de transition d'environ quatre mois.

Les membres du groupe de travail ont proposé qu'un parc de logements soit développé dans le nord, le sud de la Mayenne et que le parc de Laval soit diversifié. Des solutions ont été proposées :

- l'aménagement de logements d'urgence de courte durée par l'association Revivre, qui gère des appartements sociaux : pour 2002, celui d'un foyer d'accueil d'urgence réservé aux femmes seules ou avec enfant et celui d'un pavillon destiné à devenir centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) de jeunes femmes ;
- l'accès aux logements du parc HLM de Mayenne. Un accord collectif départemental sur les attributions de logement a été signé le 2 octobre 2002, pour la période 2002-2004, entre le préfet de la Mayenne et diverses sociétés gestionnaires de logements HLM. Les publics visés sont des ménages cumulant des difficultés économiques et sociales. Les difficultés sociales sont appréciées selon les situations, notamment lorsqu'elles résultent de comportements violents.

EMPLOI

L'emploi des femmes en Pays de la Loire

En 2002, la délégation régionale des droits des femmes et de l'égalité (DRDFE) a renouvelé l'opération régionale « Pour les femmes, des métiers à portée de mains » en partenariat avec l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), les missions locales, les permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) et les centres d'information et de documentation sur les droits des femmes (CIDF).

Différents outils de communications ont couvert cet événement :

- trois séries d'affiches ont présenté des femmes exerçant les métiers d'ajusteuse, de soudeuse et de peintre en bâtiment ;
- le semestriel *Actives* a été élaboré en partenariat avec les branches professionnelles, les membres du service public de l'emploi (SPE), l'Union régionale des CIDF et l'association Retravailler. Ce journal s'adresse aux entreprises des transports, du bâtiment, des travaux publics et de la métallurgie. Il présente des témoignages de femmes occupant des métiers traditionnellement masculins, des données quantitatives et qualitatives sur l'emploi des femmes en Pays de la Loire et des témoignages de responsables d'entreprises qui ont intégré avec succès des femmes dans leurs équipes.

Chômage et emploi : particularités régionales

Avec un taux de chômage de 7,6 % de la population active, les Pays de la Loire figurent, à la fin du mois de décembre 2002, au nombre des trois régions les mieux classées dans l'ensemble national, après le Limousin et l'Alsace. Ce taux est demeuré stable par rapport à l'année précédente.

Cependant, les jeunes de moins de 25 ans représentent une part des demandeurs d'emploi supérieure à la moyenne nationale, particulièrement forte dans les zones d'emploi de la Mayenne et dans le Choletais. Les Pays de la Loire, réputés « région jeune », comptent en effet près de 26 000 jeunes de moins de 25 ans inscrits à l'ANPE à la fin décembre 2002, soit 23,4 % du total des demandeurs d'emploi de catégorie 1 (France : 19,6 %). Leur niveau de formation est en moyenne relativement faible : plus de la moitié n'ont pas dépassé le niveau V de l'Éducation nationale.

En décembre 2002, le chômage de longue durée (CLD) est orienté à la hausse (+ 7,9 %, contre + 3,6 % pour la moyenne nationale). Ce rebond porte à 30 000 le nombre des personnes inscrites à l'ANPE depuis un an ou plus dans la région. Les évolutions les plus sensibles touchent les hommes âgés de plus de 25 ans inscrits à l'ANPE depuis plus d'un an et moins de deux. Les chômeurs de longue durée représentent 27,1 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi de catégorie 1 de la région, un pourcentage inférieur de

1,8 point à la moyenne nationale (28,9 %). Ainsi, les Pays de la Loire se situent dans les sept régions présentant le pourcentage de CLD le moins élevé.

Lutte contre l'exclusion

Les quatre objectifs de résultats fixés pour l'année 2002 ont été partiellement atteints :

- diminution du nombre de chômeurs de longue durée (plus de 2 ans) de 1 600 (- 13,5 % par rapport à 2001). Cet objectif n'a pas été atteint puisque ce chiffre n'a diminué que de 536 unités ;
- augmentation d'un point du taux de sortie du chômage avant un an. L'objectif a été presque atteint puisqu'il se situe à 78 % (objectif prévisionnel : 79 %) ;
- baisse du stock de chômeurs de longue durée plus forte pour les femmes (écart de 5 points). L'écart entre les femmes et les hommes représente 10,2 points en défaveur des femmes, en décembre 2002 ;
- sortie de 25 300 bénéficiaires du revenu minimal d'insertion (RMI). Cet objectif a été totalement atteint avec un résultat de 26 023 Rmistes.

Les taux de réalisation des contrats emploi-solidarité, contrats emploi consolidé, stages collectifs et individuels d'insertion et de formation à l'emploi sont, pour l'année 2002, respectivement de 112 %, 101 %, 113 % et 50 %. Les entrées des chômeurs de longue durée, des publics féminins bénéficiaires du RMI et des personnes handicapées dans ces dispositifs confirment les objectifs qualitatifs fixés pour chacune de ces catégories pour l'année 2002.

Les recours hiérarchiques

La direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) s'est vue attribuer de nouvelles missions dans le cadre de la déconcentration des recours hiérarchiques :

- insertion par l'alternance et apprentissage (173 dossiers en 2002 contre 177 en 2001) dans le cadre de ses pouvoirs propres ;
- aide à la création d'entreprise (67 dossiers en 2002 contre 82 en 2001) dans le cadre des pouvoirs délégués par le préfet de région.

En matière de libertés publiques, la DRTEFP instruit les recours hiérarchiques formés devant le ministre chargé du travail relatifs aux institutions représentatives du personnel, en particulier ceux portant sur le licenciement des salariés titulaires d'un mandat (29 dossiers en 2002 contre 27 en 2001).

Enfin, la direction assure la défense des décisions relevant de son champ d'intervention devant le tribunal administratif (18 recours contentieux en 2002 contre 15 en 2001).

Ces nouvelles missions, résultant de réformes successives, rapprochent le citoyen de l'administration. Elles contribuent à harmoniser l'action de l'État dans le domaine du travail, de l'emploi, et de la formation professionnelle.

L'évaluation des risques professionnels

Dans la continuité de l'action entamée en 2001 sur la réalisation d'outils d'aide aux partenaires sociaux et à la suite de la parution du décret du 5 novembre 2001 rendant obligatoire la rédaction d'un document unique retraçant la mise en œuvre effective dans les entreprises de l'évaluation des risques, la DRTEFP a mené en 2002 une démarche d'information, de sensibilisation et d'aide aux partenaires sociaux. La philosophie de la prévention des risques professionnels a en effet été radicalement renouvelée sous l'impulsion des directives européennes d'inspiration anglo-saxonne. Sa difficulté d'appréhension justifie à la fois les efforts d'explication et la nécessité d'armer les partenaires sociaux à sa mise en œuvre.

Dans ce but, de nombreuses réunions ont été organisées entre des chefs d'entreprise et des représentants du personnel, certaines à l'initiative des directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP), d'autres par des inspecteurs du travail pour sensibiliser les entreprises présentant des risques importants (Loire-Atlantique). Mais aussi à la demande d'organisations syndicales ou d'organisations professionnelles : Confédération générale des petites et moyennes entreprises, fédération régionale des travaux publics, celle du bâtiment, la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB), union régionale de la coiffure, profession des électriciens (FEDELEC), profession des poseurs d'antenne, Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS), des clubs d'entreprise (Saint-Nazaire et Ancenis).

Au total, 1 500 chefs d'entreprise de la région ont reçu une aide concrète en vue de respecter au mieux leur obligation d'évaluation des risques et de mise en œuvre de mesures de prévention.

800 cédéroms d'aide à la réalisation du document unique d'évaluation ont été demandés par les entreprises. Ce cédérom est par ailleurs téléchargeable sur le site Internet de la DRTEFP.

Service régional de contrôle

L'année 2002 a été marquée par la clôture de la campagne des contrôles des actions cofinancées par le Fonds social européen pour la programmation 1994-1999. Conduites en application des dispositions combinées du Livre IX du Code du travail et de l'article 23 du règlement 2082/93 du Conseil des Communautés européennes, les vérifications ont porté sur un montant de dépenses de 43 M€ (10,60 % des dépenses déclarées).

Entamée en 1997, cette opération a concerné l'ensemble des objectifs 2, 3, 4 et 5b, ainsi que les programmes d'initiatives communautaires. Au total, 35 structures, de statut privé ou public, ont fait l'objet d'investigations sur la région, dans le cadre de près de 100 conventions prévoyant le concours du Fonds social européen.

La DRTEFP a contrôlé la réalisation physique et financière, mais aussi l'éligibilité des actions réalisées et celle des dépenses, au regard du droit français et européen. Le respect des règles relatives à la transparence comptable ainsi qu'à la publicité du financement européen a été analysé. Outre les observations et - parfois - le rappel des règles régissant l'attribution et la gestion des fonds européens, le service a été conduit à notifier des reprises de sommes non ou indûment utilisées, soit 1 332 963 €. Ces sommes ont fait l'objet de reversements au Trésor public.

Alors que s'achevait cette campagne, la direction a procédé à la mise en place des plans de contrôle de la programmation 2000-2006. Parallèlement, elle a poursuivi ses opérations d'inspection auprès des entreprises et organismes de formation de la région, conformément au Livre IX du Code du travail.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	3 267 484 (5)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	71 213
Nombre de naissances domiciliées en 2001	43 248
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	8,8
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	91
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	11 540
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	104
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	62
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	62,8
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	16,7
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	9,1
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,4
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	4,6
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	36 609

PICARDIE

SANTÉ, SOCIAL

Une politique régionale de santé rigoureuse et ambitieuse

La Picardie se caractérise par une surmortalité générale de 15 %, due notamment aux maladies cardio-vasculaires et aux cancers. Cette situation est aggravée par des indicateurs sociaux particulièrement défavorables. La région s'est donc dotée en 2002 d'une politique de santé ambitieuse. Outre l'organisation de l'offre de soins, l'accent a été mis sur le développement de programmes de santé, l'inspection et la sécurité sanitaire.

Pour renforcer cette dernière, la Picardie s'est appuyée sur l'observatoire régional et interdépartemental de sécurité sanitaire (ORISCAN), qui dispose d'une base de données et de référentiels sur les centres préleveurs d'organes et la désinfection des endoscopes.

L'activité s'est concentrée autour d'un programme et de deux schémas régionaux :

- le schéma de stérilisation. Approuvé par la commission exécutive (COMEX), il permettra d'assurer, à terme, la stérilisation des dispositifs médicaux dans cinq sites inter-établissements de santé ;
- le schéma de sécurité sanitaire (en cours d'élaboration). Ses objectifs ont été présentés à la mission d'enquête de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), à la Direction générale de la santé (DGS) et à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Les axes stratégiques seront arrêtés début 2003.
- le programme d'action santé-environnement (PASE). Il organise, dans un cadre interministériel et interdépartemental, diverses opérations de sécurité environnementale : gestion des déchets d'activité de soins, qualité des eaux d'alimentation, qualité de l'air, exposition au plomb dans l'habitat...

De nombreux programmes de santé ont également été poursuivis ou redéfinis. Ainsi, de nouveaux plans d'action ont été établis pour les programmes régionaux de santé (PRS) 2002-2003 : « La Picardie contre le cancer » et « Enfants et jeunes de Picardie en santé ». Les pôles de prévention, créés dans le cadre du PRS « Un cœur pour la vie », ont été organisés en réseau. L'ouverture d'une structure de dépistage du cancer du sein, dans l'Aisne, complète le dispositif régional.

Le développement de la territorialisation, enjeu majeur pour la mise en œuvre des priorités de santé en Picardie, a permis l'émergence de trois programmes locaux de santé : Soissons, Beauvais et Amiens. Plusieurs ateliers santé-ville ont également été financés pour des actions articulées avec la politique de la ville : Saint-Quentin, Laon et Abbeville.

À noter également le choix de la région Picardie, parmi 4 régions, pour la réalisation sur site de l'éva-

luation nationale du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) première génération. Celle-ci servira de base à l'élaboration des PRAPS 2003-2006.

Enfin, le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) a été adopté le 12 décembre 2002. Il devrait, dans son volet planification, constituer un socle homogène pour développer des actions territorialisées d'éducation pour la santé à l'intérieur des différents programmes (PRS, programmes nationaux ou programmes locaux).

Par ailleurs, les directions régionale et départementales à l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS) ont mené nombre d'inspections et de contrôles : 7 inspections sur la maltraitance - sur 13 programmées - et 10 autres hors programmes, réalisées par les DDASS. Sur ce thème, une formation, ouverte aux agents du conseil général, a été organisée par la mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE). Dans le secteur de la protection sociale, des contrôles ont été conduits dans l'esprit du nouveau cadre défini par instructions interministérielles (5 contrôles approfondis, 1 contrôle intermédiaire et 2 contrôles sur des points particuliers). Enfin, une mutuelle a été contrôlée.

Mobilisation pour lutter contre les exclusions

Dans ce domaine, la Picardie dispose d'une structure d'analyse socio-sanitaire unique en France : une maîtrise d'œuvre de l'Observatoire social de Picardie (OSP), confiée à l'observatoire régional de santé (ORS). Ses productions récentes (croisement d'informations régionalisées, diagnostics territoriaux dans les pays du Saint-Quentinois, du Laonnois, du Chaunois et de la Thiérache) ont été particulièrement remarquées. La plupart des informations sont téléchargeables sur son site Internet (www.observatoire-social-de-picardie.org).

L'offre de formation en travail social a également été améliorée. Une augmentation du nombre de places et la mise en place de nouvelles sections ont été planifiées par un schéma régional. En 2002, la région a ainsi obtenu des crédits pour la mise en place d'une formation de travailleurs de l'intervention sociale et familiale (TISF), destinés à participer à la prise en charge à domicile. Ceci complètera les agréments des 10 centres DEAVS (diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale). En outre, la région Picardie a été retenue pour expérimenter l'accompagnement de la validation des acquis de l'expérience des éducateurs spécialisés. Enfin, le centre de formation des assistants de service social de Beauvais a été agréé.

Autre préoccupation : la prise en charge de l'urgence sociale. La DDASS de l'Aisne a arrêté le 25 novembre 2002 son schéma départemental de l'accueil, de

l'hébergement et de l'insertion. Ses deux principales orientations sont :

- de poursuivre l'adaptation de l'offre d'accueil, d'hébergement et d'insertion sur le plan quantitatif et qualitatif ;
- de renforcer la coordination entre les différents acteurs, en vue d'une prise en charge globale et adaptée.

Dans un premier temps, des comités locaux de coordination ont été installés dans chacun des bassins de vie. L'accueil des demandeurs d'asile a également mobilisé la région. Le département de l'Oise a en effet enregistré, en 2002, la plus forte progression des demandes dans les établissements du type centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) : 823 dossiers, contre 308 en 2000-2001, ont été déposés en préfecture, représentant 1 100 personnes (familles et enfants). Des plates-formes d'accueil pour demandeurs d'asile ont également été ouvertes à l'automne 2002 dans la Somme et dans l'Oise.

Soutien aux personnes fragilisées

La fonction parentale a bénéficié d'un acte d'engagement partenarial DRASS/DDASS/Caisse d'allocations familiales, signé le 16 janvier 2002. Un groupe de travail dressera un état des lieux des dispositifs existants en Picardie, puis proposera des orientations interdépartementales favorisant la synergie et la complémentarité entre les deux institutions.

Diverses actions ont également été menées en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Ainsi, la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été poursuivie. Au 31 décembre 2002, 65 conventions étaient signées. La Picardie devient ainsi l'une des régions les mieux placées au niveau national. Les schémas médico-sociaux ont, pour leur part, fait l'objet de plusieurs études. Une étude sur les personnes âgées vieillissantes a été menée par le Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI), afin de compléter l'état des lieux départemental. Enfin, une cellule d'appui régionale et interdépartementale a été constituée entre les DDASS, le CREAI, l'Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS), la caisse régionale d'assurance maladie et l'échelon régional du service médical (ERSM). Sa mission consiste à conseiller les départements et à favoriser les échanges et la cohérence entre les services. Les schémas ont d'ores et déjà été déjà engagés dans les trois départements, en priorité dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées.

Pour sa part, le schéma gérontologie - y compris le suivi des inspections sur la qualité et la sécurité des prises en charge - est géré conjointement par la DDASS et le conseil général de l'Oise.

Enfin, les actions partenariales (par exemple, le centre d'information sur la surdité à vocation régionale, ouvert en juin 2002) et culturelles dans les établissements médico-sociaux (13 projets financés pour 67 000 €) ont été encouragées.

Gestion des ressources au service des agents et des missions

Le taux de vacances des postes des cadres sanitaires et sociaux a légèrement diminué en Picardie, passant de 24 à 22 %. La situation reste toutefois préoccupante dans l'Oise, avec un taux de 41 % pour les médecins inspecteurs de santé publique (MISP). L'important turn-over constaté dans la région complique le fonctionnement des services. La prise en compte de cette situation a cependant permis l'ouverture d'un concours déconcentré en 2002 pour 5 postes de catégorie B (2 dans l'Oise et 3 à la DRASS). Les mouvements d'effectifs se sont accompagnés d'une gestion active des ressources humaines et de cycles de formation ciblés sur les réseaux professionnels ou communs à la DRASS et DDASS de la Somme, dans la perspective d'une gestion regroupée des services. Les deux sites ont été pilotes pour l'expérimentation du nouvel applicatif « Synergie-RH ».

Dans la perspective d'un regroupement géographique DRASS DDASS de la Somme, les services ont élaboré des scénarios d'organisation pour une nouvelle structure. Enfin, des campagnes médiatiques ont soutenu les actions menées dans le domaine de la santé publique, de l'exclusion, du handicap et des personnes âgées. Celles-ci ont également été relayées par des actions de communication interne : journal interne, petits-déjeuners d'information thématiques... La mise en place, en juillet, de la visioconférence est susceptible de faire gagner un temps précieux pour les réunions entre les quatre sites de la région.

Personnel des hôpitaux : mise en œuvre des protocoles nationaux

Les protocoles du 13 mars 2000 et 22 octobre 2001, relatifs au personnel médical, ont été mis en place par l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), qui a également animé le comité régional de suivi. Pour répondre à l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT), l'organisation médicale a été redéfinie et les établissements de santé renforcés. La première phase 2002-2003 a permis d'engager les mesures spécifiques de revalorisation des astreintes, des primes d'engagement des assistants, du paiement des jours RTT non pris et non épargnés, mais aussi de créer 87,6 postes médicaux. En matière de personnel non médical, une dynamique s'est mise en place autour de deux termes clés, « attractivité » (des structures et des métiers de santé) et « fidélisation » (des acteurs de santé) : celle-ci devrait permettre de faire face aux enjeux démographiques - importants dans la région - en incitant les établissements à gérer de façon globale les ressources humaines et à les inscrire dans le volet social du contrat d'objectifs et de moyens (COM). Son lancement s'est appuyé sur un appel à projets, qui a permis :

- l'expertise et le financement en tout ou partie de 49 volets sociaux intégrant, entre autres, de nouveaux contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (4 établissements bénéficiaires : 220 950 €) ;

- une amélioration de l'information aux agents ou des relations interservices (quatre établissements bénéficiaires : 83 537 €) ;
- des programmes d'informatisation de la gestion du temps de travail (13 établissements bénéficiaires : 784 886 €) ;
- 161 prises en charge de promotions professionnelles (31 établissements bénéficiaires : 8 039 445 €) ;
- l'accompagnement de plusieurs mesures d'accès à l'emploi, dont le soutien aux contrats-emplois jeunes (10 établissements bénéficiaires : 170 200 €) et la mise en place du « lien social » (30 établissements bénéficiaires : 37 675 €, dans un partenariat lancé en 2001 avec la plate-forme de professionnalisation des métiers et l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier) ;
- l'aide à l'intégration d'agents espagnols (1 établissement bénéficiaire : 2700 €).

Recomposition et complémentarité de l'offre de soins hospitalière

Les dispositions du schéma régional de l'organisation des soins (SROS) mettent l'accent sur la mise en œuvre de réseaux sanitaire, la gradation des soins et la complémentarité entre les acteurs. L'accès aux soins et à la prévention, notamment secondaire et tertiaire, a aussi été amélioré. Sur cette base, les actions suivantes ont été menées :

- nouvelles activités de rééducation et réadaptation fonctionnelle, de cardiologie, de neurologie, de néonatalogie ;
- développement des plateaux techniques. Des installations supplémentaires prévues par le SROS ont été autorisées : 4 scanographes, 2 IRM et 1 caméra à scintillation ;
- mise en œuvre d'actions de coopération et de complémentarité entre établissements publics ou participants au service public hospitalier (PSPH), entre établissements publics ou PSPH et privés, sous des formes juridiques variées : conventions, fédérations de service... ;
- renforcement des réseaux de soins. En 2002, l'ARH a particulièrement soutenu les projets inter-hospitaliers des réseaux régionaux de périnatalité, d'urgences, d'insuffisance rénale chronique, et les réseaux de proximité « Ville-Hôpital », notamment pour la prise en charge de patients en fin de vie, la gériatrie, les affections cancéreuses, les maladies chroniques ;
- extension de capacités de prise en charge, notamment des insuffisants rénaux en phase terminale, des urgences, de la médecine ;
- appui à une politique régionale d'éducation des patients, par la constitution d'un réseau de 8 pôles de prévention et d'éducation. Elle complète une démarche régionale sur 3 axes représentés par l'hôpital, le système de soins ambulatoire et l'interface des pôles de prévention (Ville-Hôpital) ;
- augmentation des alternatives à l'hospitalisation : près de 100 places supplémentaires d'hospitalisation à domicile (sur 176 prévues en Picardie), des places

d'hospitalisation de jour, d'anesthésie-chirurgie ambulatoire, ainsi qu'en soins de suite et de réadaptation ;

- mise en œuvre d'un observatoire des techniques et thérapies innovantes et coûteuses (ORTIC).

Une politique hospitalière renouvelée

Dès la fin de l'année 1997, des actions ont été engagées par l'ARH de Picardie pour renforcer les démarches qualité engagées dans chaque établissement de santé de la région : formation, mises en commun d'actions, ou encore augmentation de moyens nécessaires à certaines activités de soins (urgences, cancérologie, périnatalité, cardiologie, insuffisance rénale chronique, équipes mobiles de soins palliatifs, cellules d'hygiène inter-hospitalières...).

Les volets complémentaires du SROS 2 relatifs aux soins palliatifs, à la lutte contre la douleur et à l'imagerie médicale (scanographes et IRM) ont également été finalisés.

Enfin, les contrats d'objectifs et de moyens du centre hospitalier universitaire d'Amiens, de l'établissement public de santé mentale (EPSMD) de l'Aisne, des centres hospitaliers de Beauvais, Creil, Senlis, Guise et Chaumont ont été définis.

Pour les travaux de planification, l'ARH a bénéficié de l'aide active des DDASS et de la DRASS, en particulier pour les schémas douleurs/soins palliatifs et imagerie médicale - adoptés le 26 octobre 2002 - le suivi et la mise en œuvre du schéma régional de l'organisation psychiatrique, l'enquête patrimoine et la contractualisation de l'offre de soins.

Allocation de ressources

Pour l'année 2002, les 54 établissements de santé publics et PSPH ont bénéficié de l'apport d'une péréquation régionale encore favorable à la Picardie. La progression moyenne des enveloppes budgétaires des établissements a été d'environ 6,45 % par rapport à l'exercice 2001.

Les grandes orientations de la politique d'allocation de ressources sont de deux ordres :

- réduire les disparités de moyens budgétaires entre les établissements de santé grâce à une allocation différenciée. Celle-ci a été déterminée en fonction des résultats du programme de médicalisation des systèmes d'information, sur un principe de solidarité entre établissements psychiatriques, mais aussi sur la base de l'évolution de l'activité des établissements et de leur situation budgétaire et financière ;
- financer des actions mettant en œuvre les priorités régionales de santé (SROS) et contribuant à réduire les inégalités d'accès aux soins.

Une enveloppe de 29 M€ a été constituée pour répondre à trois objectifs : l'amélioration de la qualité et de la sécurité de suivi des malades, le développement de nouvelles formes de prise en charge des patients (hospitalisation à domicile, douleur, soins palliatifs...) et le renforcement des activités répondant aux priorités régionales du SROS.

Parmi les principales mesures financées en 2002, on peut citer :

- l'aide aux investissements immobiliers de reconstruction et de restructuration, y compris les investissements de sécurité sanitaire : 6,916 M€ ;
- le soutien au progrès médical (molécules, techniques et thérapeutiques innovantes, médicaments coûteux en cancérologie...) : 5,245 M€ ;
- l'amélioration du suivi urgentiste (2,332 M€) et des pathologies cardio-vasculaires : 2,232 M€ ;
- la prévention de la transmission des maladies infectieuses et la lutte contre les infections nosocomiales : 1,743 M€ ;
- la périnatalité : 1,537 M€ ;
- le renforcement des activités de cancérologie (y compris soins palliatifs et douleur) : 1,285 M€.

Accueil des femmes en difficulté

La délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) a soutenu l'action du Service d'accueil des femmes en difficulté (SAFED) à Amiens, en participant financièrement à l'édition d'un dépliant d'information grand public. Cette plaquette comporte deux volets.

Le premier s'adresse aux femmes enceintes qui rencontrent des difficultés sociales, familiales et/ou professionnelles et qui s'interrogent ou sont préoccupées par la poursuite de leur grossesse. Il présente le service - coordonné par une sage-femme du SAFED - proposé à ces femmes : aide aux formalités administratives, ouverture des droits, démarches pour une interruption volontaire de grossesse (IVG), accompagnement de la grossesse, préparation à l'accueil de l'enfant et suivi post-accouchement.

Le second s'adresse aux professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux et éducatifs. Leur sont proposées la participation à un réseau pluridisciplinaire et des actions de préventions et d'accompagnement IVG. Le SAFED travaille avec un réseau constitué d'hôpitaux, de maternités publiques et privées, de centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification et d'éducation familiale, de médecins libéraux, de services de l'État, de la CODES, de l'Inspection académique, de l'Université, des missions locales et des associations du département.

EMPLOI

Des correspondants à l'égalité dans les écoles

Un correspondant « Égalité des chances entre les jeunes filles et les garçons » a été désigné au sein de chaque collège, lycée professionnel et lycée de l'académie d'Amiens, afin d'améliorer l'orientation scolaire et professionnelle des jeunes filles et de veiller à l'adaptation de l'offre de formation initiale aux perspectives d'emploi. Chaque correspondant est chargé de coordonner les actions au niveau local.

Une journée académique de sensibilisation a été organisée à leur intention, au cours du premier trimestre de l'année scolaire 2002-2003, afin d'engager une dynamique de formation. Celle-ci s'appuie sur des temps forts de regroupement et de réflexion commune pour former et soutenir une majorité de personnes-relais au sein de l'Éducation nationale. Le dispositif comprend également la mise à disposition de ressources (achats de cassettes vidéos, exposition...), afin de les accompagner dans leurs projets d'actions.

Accès de tous à l'activité et à l'Emploi

Le 22 octobre 2002, la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) a organisé le forum « insertion-intérim » à Crépy, dans l'Aisne. Près de 200 personnes, pour la plupart acteurs de l'insertion et de l'intérim, y ont participé. Des expériences originales y ont été présentées, dont en particulier :

- la mutualisation des compétences et des moyens de l'agence locale pour l'emploi (ALE) de Laon et de la société Manpower pour servir efficacement une entreprise locale, tout en favorisant l'insertion professionnelle. Cette démarche s'est appuyée sur un programme de formation et sur des stages d'accès à l'emploi ;
- une convention de partenariat entre la mission locale de Soissons et la société Védiorbis, afin d'adapter l'offre à la demande. Chacun des deux partenaires accompagne les candidats, en fonction de ses compétences en matière de conseil et de logistique ;
- l'engagement de la mission locale de Saint-Quentin et de la société Synergie dans le parrainage des jeunes. Une vingtaine de jeunes ont pu avoir ainsi accès à une première expérience professionnelle dans les secteurs de l'industrie ou des transports, ainsi que dans le tertiaire.

Un schéma régional de formation des personnes handicapées a également été mis en place. Ces dernières doivent pouvoir bénéficier d'un parcours professionnel cohérent et facilité. Ceci implique la mise en œuvre d'une dynamique d'expertise des acteurs de l'appareil de droit commun de la formation, qui ont jusqu'ici - consciemment ou non - occulté la question du handicap. Il s'agissait, au-delà d'une optimisation des mesures existantes, d'élaborer un programme de

formation et d'échanges des acteurs non-spécialistes de l'insertion professionnelle, afin de leur permettre de mieux prendre en compte la personne handicapée. Aussi la DRTEFP, la région et l'Association gestionnaire des fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (Agefiph) ont-elles souhaité instaurer un ensemble de correspondants au sein des réseaux d'accueil et d'orientation des jeunes, ainsi qu'un système de référents dans les organismes de formation. Cette mesure s'inscrit dans un schéma régional né d'une convention conclue le 21 décembre 2001. Au total, 115 structures (réseaux d'accueil et d'orientation et organismes de formation) ont adhéré au dispositif. Une charte d'engagement précise le rôle des correspondants et des référents, ainsi que le contenu de l'accompagnement et du suivi. 220 référents ou correspondants ont été désignés et ont reçu, en 2002, une formation de deux journées à la prise en compte du public handicapé dans un processus d'insertion.

Développement d'un emploi de qualité et valorisation du potentiel humain

Àu début de 2002, la société Whirlpool France décidait d'arrêter la fabrication des lave-linge sur son site d'Amiens (Somme) et de développer le pôle sèche-linge. Cette fermeture partielle s'est traduite par la suppression de 225 postes sur un effectif de 865. Un plan de sauvegarde de l'emploi a été décidé, au terme d'une large concertation entre les acteurs. Il a abouti à la signature d'une convention de réactivation entre le préfet de la Somme et l'entreprise Whirlpool. Celle-ci s'engage à contribuer à la création de 200 emplois en contrats à durée indéterminée dans un délai de 2 ans, pouvant éventuellement être porté à 3 ans. Ces aides à l'emploi sont attribuées en partenariat avec les acteurs locaux (collectivités territoriales, chambre de commerce, administrations). Afin de lever l'inquiétude des représentants du personnel à la fin de la procédure dite du Livre IV du Code du travail, syndicats et direction de Whirlpool ont mis sur pied, par l'entremise de la DDTEFP, une méthode de travail. Celle-ci préfigure un peu les accords de méthode et consiste à mener parallèlement la procédure officielle du Livre III et des négociations sur certains thèmes du plan de sauvegarde de l'emploi. Trois groupes de travail (2 personnes par syndicat, l'expert du comité d'entreprise, 4 personnes de la direction) ont ainsi élaboré des propositions sur les thèmes suivants : niveau d'emploi et organisation du travail, reclassement et réindustrialisation, et autres mesures du plan de sauvegarde de l'emploi. Les groupes de travail ont informé le personnel sur l'avancement des négociations à l'issue de chaque réunion. Enfin, deux expériences de validation des acquis de l'expérience (VAE) ont été menées dans la Somme. La municipalité d'Amiens ayant décidé d'externaliser le service d'aide aux personnes âgées, 67 agents contractuels n'avaient pu être reclassés en interne. L'ancienneté de ces derniers était comprise entre vingt et vingt-cinq ans dans des tâches d'aides et de

soins aux personnes âgées, sans qu'aucune qualification ne leur ait été reconnue. La DDTEFP, avec le concours actif de la mairie, de l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) et de la Croix-Rouge, a entrepris de faire passer à ces personnes 3 des 4 certificats de compétence professionnelle (CCP) du titre d'assistante de vie (ADV), dans le cadre de la VAE (le 4^e CCP ne pouvait être passé puisqu'il concernait la garde d'enfants). 98 % des candidates ont obtenu les 3 CCP. À ce jour, la moitié des personnes ont retrouvé du travail.

Autre expérience : dans le cadre des mesures d'accompagnement de la fermeture partielle d'un site d'une grande entreprise - spécialisée dans l'équipement automobile - 38 anciens salariés volontaires ont passé le titre d'agent de fabrication industrielle par le biais de la VAE. Dans cette entreprise, l'ancienneté était également importante, atteignant souvent une vingtaine d'années sans aucun diplôme reconnu. Le processus associant l'AFPA et la Société pour le développement de l'industrie et de l'emploi (SODIE, cellule de reclassement) s'est déroulé de la même façon que précédemment. Cependant, la mise en situation professionnelle exigée par le référentiel du titre a nécessité d'autres moyens matériels, hautement spécialisés, fournis par l'entreprise concernée. En revanche, à la différence du précédent dossier, l'opération a failli être annulée faute de personnes volontaires pour former les jurys, la branche professionnelle ne s'étant pas mobilisée. Une association de retraités actifs (Echanges et consultations techniques internationaux - ECTI) est finalement venue fournir l'ensemble des professionnels nécessaires. Les résultats sont, là encore, à la hauteur de l'investissement, puisque 92 % des candidats ont obtenu le titre.

Dialogue social et protection des salariés

L'évaluation et la prévention des risques professionnels ont été promues par un plan d'action en deux parties.

À l'intention des entreprises et des représentants du personnel, la DRTEFP de Picardie et le Centre d'ergonomie et de sécurité du travail de Picardie (CESTP) de l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) ont organisé une manifestation, le jeudi 24 octobre 2002, jour du 20^e anniversaire de la création des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Les présidents et les secrétaires des CHSCT constituaient la principale cible de cette journée, dont le thème était « Évaluer et prévenir les risques professionnels ». Ce colloque a réuni plus de 400 personnes, venues écouter les témoignages des acteurs clefs de la prévention, des chefs d'entreprise, des représentants du personnel et des partenaires sociaux.

Des actions ont également été développées à destination des chefs d'entreprise et de leurs relais, en partenariat avec trois branches professionnelles (propriété, bâtiment et interprofessionnel). Trois thèmes ont été abordés : information (diffusion d'une plaquette

réalisée par la DRTEFP), formation (opération collective dans le cadre des engagements de développement de la formation – EDDF – appuyée par une convention conclue avec l’organisme paritaire collecteur agréé de la branche) et action d’accompagnement de 3 jours par un consultant dans les petites et moyennes entreprises ou les très petites entreprises ne pouvant bénéficier de l’action collective de formation.

Enfin, les premières Assises de l’inspection du travail dans le département de l’Aisne ont eu lieu le 26 mars 2002. Auparavant avaient été remis en interne les bilans d’ateliers de travail relatifs au fonctionnement des sections. La table ronde a été élargie aux personnalités suivantes :

- présidents, vice-présidents des conseils de prud’hommes, accompagnés des greffiers en chef ;
- représentants des unions départementales des syndicats de salariés ;
- représentants du Mouvement des entreprises de France (MEDEF) Aisne, MEDEF Sud-Aisne, de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises et du patronat réel (CGPME), de l’artisanat ;
- représentants d’organisations syndicales du milieu agricole.

Deux sujets ont été successivement abordés :

- quelles sont les attentes des organisations syndicales vis-à-vis de l’inspection du travail ?
- l’articulation entre l’action de l’inspection du travail et celle des conseils de prud’hommes.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	1 868 046 (12)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	30 644
Nombre de naissances domiciliées en 2001	25 488
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	9,0
Nombre d’établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d’obstétrique (au 31/12/01)	50
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d’obstétrique public+privé (au 01/01/02)	6 673
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	98
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	47
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	55,1
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	21,3
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	8,4
Nombre de lits ou places d’hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,4
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	4,1
Nombre d’allocataires du RMI (au 01/01/02)	25 607

P OITOU-CHARENTES

SANTÉ, SOCIAL

Organiser l'offre de soins

En 2002, les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales ont poursuivi, en collaboration avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), la réduction des inégalités entre les établissements publics de santé. Cette redistribution des moyens a permis de financer certaines priorités, définies par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) : périnatalité, soins de suite et de réadaptation, soins palliatifs, cardiologie aiguë et psychiatrie. Par ailleurs, au vu des résultats du programme de médicalisation des systèmes d'information, les budgets de plusieurs établissements (centre hospitalier universitaire de Poitiers, centre hospitalier de Châtelleraut) ont été sensiblement renforcés.

Le personnel non médical des hôpitaux bénéficie des 35 heures depuis le 1^{er} janvier 2002. Le passage est intervenu par le biais des protocoles négociés dans chaque établissement avec les organisations syndicales, dans un bon climat social d'ensemble. Pour le personnel médical, l'attribution des postes sera établie jusqu'en 2005.

Toujours en matière hospitalière, la politique de contractualisation a été poursuivie (voir infra, « Contrats d'objectifs... »). En outre, à la suite de la déconcentration des procédures d'autorisation pour l'imagerie et la radiothérapie, les conférences sanitaires régionales de secteur ont établi les cartes et schémas afférents (voir ci-dessous « Équipements lourds hospitaliers... »).

Politiques de santé publique

En Poitou-Charentes, le comité régional des politiques de santé, présidé par le préfet de région et animé par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), constitue le principal outil de pilotage des politiques de santé. Il s'appuie sur une concertation permanente avec l'ensemble des acteurs (union régionale des caisses d'assurance maladie – URCAM –, union régionale des médecins libéraux – URML –, conseils généraux, conseil régional, associations...). La mobilisation, rapide et efficace, de tous ces intervenants, lors de la consultation régionale de novembre 2002 autour de la loi quinquennale en santé publique, a été, à ce titre, exemplaire.

Les programmes de santé, définis par la région, ont tous obéi aux priorités régionales et nationales. Si le programme régional d'accès aux soins et à la prévention des plus démunis (PRAPS) s'est poursuivi, deux autres se sont consacrés à la prévention des suicides et à celle des accidents de la voie publique. Enfin, le programme nutrition santé (PNNS) a été lancé, avec le concours d'un chef de projet du CHU de Poitiers. En juillet 2002, les professionnels de santé se sont

réunis pour dresser l'état des lieux du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS). Les débats ont souligné la nécessité de clarifier les procédures d'appels d'offres des actions de santé : par exemple, ne plus disposer à terme que d'un seul dossier d'appel d'offres et d'un guichet unique des financeurs. En outre, tous estiment indispensable la tenue d'un tableau de suivi des actions financées dans le cadre des programmes de santé.

Les services déconcentrés de l'action sanitaire et sociale ont également travaillé sur le programme d'éducation et de promotion de la santé (PEPS), dont la population générale reste la cible prioritaire. L'appel à projets est ici permanent, grâce à un financement spécifique dans le cadre du contrat de plan État-Région.

Par ailleurs, il est apparu urgent de mieux coordonner l'observation de la santé en région, comme l'a souligné la conférence réunie pour préparer la loi quinquennale en novembre 2002. L'éparpillement des lieux d'analyse est en effet à regretter. Toute commande passée à l'observatoire régional de la santé (ORS) devra désormais être définie dans le cadre d'un étroit partenariat.

Enfin, si le comité régional des politiques de santé a désigné l'URCAM comme chef de projet du SREPS, les services déconcentrés - DRASS et directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) - ont participé activement au comité de pilotage et à la rédaction du document final. Après ce partenariat réussi, la mise en place d'un véritable service public d'éducation pour la santé et d'un pôle régional de compétence est apparue particulièrement pertinente.

Les risques environnementaux sur la santé

Lutter contre les risques environnementaux est l'un des axes majeurs de l'action des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales. Ainsi, des programmes de prévention des risques auditifs ont-ils été engagés par différents acteurs dans le cadre de travaux interministériels coordonnés par les projets territoriaux de l'État. D'autres ont permis de constituer des pôles de compétence pilotés par les DDASS, afin d'améliorer la sécurité sanitaire des aliments.

Les risques industriels ont également été pris en compte. Des ingénieurs, médecins et pharmaciens ont activement participé à diverses mesures :

- dépistage et lutte contre le saturnisme ;
- prévention des risques nucléaires et distribution d'iode aux populations exposées (centrale de Civaux dans la Vienne) ;
- aide au comité de suivi des amibes.

En décembre 2002, la DRASS a accepté de piloter un plan régional pour l'élimination des déchets de soins à risques infectieux, qui sera mis en oeuvre progressivement.

En matière de surveillance et de protection des eaux, les DDASS participent activement aux travaux de la Mission inter-services de l'eau (MISE), notamment au développement du système d'informations géographiques destiné à protéger et améliorer les ressources (numérisation des plans d'épandage et mise à jour des captages d'eau potable). Outre les contrôles de la qualité des eaux d'alimentation et de baignade, une vigilance particulière est sollicitée des distributeurs d'eau dans le cadre des plans Biotox et Vigipirate renforcés. L'action dans ce secteur est exemplaire en termes de partenariat puisqu'un programme pluriannuel d'actions associe la direction régionale de l'environnement (DIREN), la DRASS, la direction régionale de l'agriculture et de la forêt (DRAF), le conseil régional, les agences de l'eau et la chambre d'agriculture, ainsi que les MISE.

Lutter contre les exclusions

L'action conduite en 2002 en faveur de l'urgence sociale répond aux schémas départementaux « accueil, hébergement, insertion » (AHI), adoptés en 2001 par les préfets de départements. L'objectif est de réaliser une charte qualité pouvant servir de référence aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) de la région et permettant à terme une évaluation homogène de leurs prestations.

Les personnes handicapées ont également bénéficié de plusieurs mesures. Ainsi le besoin d'un accueil spécifique dans la Vienne pour les traumatisés crâniens a-t-il été souligné (maison d'accueil spécialisée-foyer à double tarification – MAS-FDT – à Saint-Julien-l'Arçay). En attendant, les enveloppes dédiées inscrites au plan triennal ont permis de répondre à une partie des besoins dans chacun des départements concernés.

En dépit d'un développement régulier et cohérent de l'offre depuis plusieurs années, les autistes restent en revanche confrontés aux difficultés de financement de nouvelles structures. Afin de tenter de dépasser cette contradiction, deux études ont été lancées en 2001 et 2002 : l'une pour analyser le vécu des parents et des professionnels ; l'autre pour cerner les nouveaux cas d'autisme chez les 4-8 ans à partir d'un outil commun au réseau des médecins référents, validé par le centre de ressources de Tours (professeur Sauvage).

Par ailleurs, en matière de demandeurs d'asile, la région a apporté sa contribution au dispositif national visant à leur répartition équitable sur le territoire : ainsi, au seul centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) existant en 2001 (Charente, 56 places) sont venus s'ajouter en 2002 un centre de 60 places en Charente-Maritime et un autre de 65 places dans la Vienne.

La tarification des établissements

Autre mission importante des services : la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La montée en charge des conventions tripartites a continué en 2002 sur sa lancée, avec une accélération notable du processus : au 31 décembre 2002, 104 conventions étaient signées, soit 31 % des places de la région.

L'accélération de ce processus se traduit, pour le montant de l'enveloppe régionale, par un solde négatif de plus 5,4 M€. Dans ces conditions, les difficultés de poursuite de la réforme et l'absence d'informations précises à ce sujet rendent délicat le positionnement des services de l'État vis-à-vis de leurs partenaires. Parallèlement, la mise en œuvre du schéma régional des formations sociales, lié aux EHPAD et adopté en juillet 2001, a commencé à produire ses effets (6 actions réalisées sur 19 programmées), en dépit de l'importance des besoins des personnes âgées et des niveaux de qualification souvent inadaptés à la demande.

Adapter l'organisation à l'évolution des besoins

L'été essentiellement marqué en 2002 par deux événements : le passage aux 35 heures et la pose de la première pierre de la maison commune DRASS-DDASS de la Vienne par la ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées.

Le temps dégagé par la mise en place de l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) représente une diminution moyenne de 6,16 % des ressources humaines. Les services doivent donc plus que jamais rationaliser leurs méthodes de travail.

Enfin, la préparation du regroupement des services de la DRASS et de la DDASS de la Vienne dans de nouveaux locaux dès l'automne 2003 a nécessité une vaste opération de tri et d'archivage, en liaison étroite avec les archives départementales. Différents groupes de travail se sont d'ailleurs penchés sur la mutualisation et la rationalisation du fonctionnement du futur pôle DRASS-DDASS de la Vienne.

Équipements lourds hospitaliers et radiothérapie

En partenariat avec les radiologues et radiothérapeutes hospitaliers et libéraux de la région, les travaux d'élaboration du volet « équipements lourds et radiothérapie » du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ont été entamés au printemps 2002. Le récent assouplissement des indices et le transfert de compétence aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) en matière d'autorisation pour ces appareils justifiait qu'une ligne directrice soit tracée pour les années à venir.

Sur la base d'un constat partagé par l'Agence et les professionnels, les orientations adoptées vont permettre l'installation dans la région Poitou-Charentes des équipements suivants :

- 5 scanners supplémentaires (dont 3 répondant à des besoins exceptionnels au-delà de l'indice maximum), portant le total à 21 appareils ;
- 4 nouveaux IRM (indice maximum), soit 11 machines ;
- 1 nouvelle gamma-caméra, pour un total de 11 appareils ;
- 2 appareils supplémentaires de radiothérapie (dont 1 correspond à un besoin exceptionnel). Cela permettra de passer de 10 à 12 appareils dans un proche avenir avec, si nécessaire, la possibilité d'un troisième

appareil supplémentaire à moyen terme pour répondre aux besoins spécifiques du CHU de Poitiers.

Contrats d'objectifs et de moyens avec les hôpitaux

À la fin de l'année 2002, 12 des 39 établissements financés par la dotation globale régionale ont conclu un contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH. L'Agence a notamment conclu un contrat avec les quatre principaux établissements hospitaliers de la région : pour deux d'entre eux (CHU de Poitiers et centre hospitalier d'Angoulême), il s'agit même du deuxième contrat. À la fin de 2002, les 12 contrats concernaient des établissements représentant, en « poids budgétaire », près de 70 % de la dotation régionale.

Recomposition hospitalière

À Cognac, ville moyenne de 20 000 habitants, un hôpital et une clinique se partageaient l'activité chirurgicale tandis que l'hôpital assurait seul la médecine, la maternité et les urgences. L'Agence a donc engagé un rapprochement entre les deux établissements dans les conditions suivantes :

- transfert de la totalité de la chirurgie à la clinique, qui s'engage à une concession de service public ;
- reconstruction de la médecine, de la maternité et des urgences de l'hôpital sur un terrain accolé à celui de la clinique.

Un contrat d'objectifs et de moyens, fondé sur ces principes, a été conclu entre l'Agence et l'hôpital au printemps 2002.

Les hôpitaux publics et les cliniques privées du Poitou-Charentes ont bénéficié, en 2002, de l'effort national de réduction des inégalités de ressources entre régions. Cet effort, assorti d'une politique régionale elle-même fondée sur une priorité de réduction des inégalités, contribue à un fort développement de l'activité hospitalière régionale. Celui-ci est particulièrement marqué dans le domaine de la cancérologie et de la néonatalogie, domaine où la région restait dépendante des régions limitrophes. Cet accroissement de l'activité permet aux établissements du Poitou-Charentes de rester parmi les plus productifs, donnant ainsi tout son sens à la politique nationale de réduction des inégalités.

Une action de santé globale pour les jeunes filles d'un quartier sensible

Une action intitulée « Projet Fitness pour les adolescentes et jeunes majeures, scolarisées ou pas, résidant sur le quartier sensible de Châteauneuf à Châtelleraut dans la Vienne » a permis à des jeunes filles de restaurer leur confiance en elles et d'apprendre à se mettre en valeur pour rétablir le lien social à l'intérieur d'un quartier. Cette action a consisté à intervenir sur la crise identitaire en travaillant sur le corps et l'image de soi. Les jeunes filles sont aidées à « mieux être », sans recourir à des conduites déviantes

de type alimentaire ou pharmacomanie, afin de réduire le processus de non-acceptation et d'estime de soi, d'échec, voire de marginalisation.

Les activités proposées, pilotées par une chargée de la coordination du projet et du suivi éducatif, avec le soutien d'une éducatrice spécialisée et d'une professeuse de sport, comportaient :

- des cours de fitness ;
- un travail sur le comportement (confiance en soi, image de soi, découverte et ouverture aux autres, rétablissement de la communication familiale, acquisition de l'autonomie, et ouverture culturelle), l'hygiène de vie (nutrition, connaissance du corps et de la sexualité) ;
- un travail sur la prévention de la dépression et des conduites à risque, dont le suicide.

Trois groupes de trente jeunes filles ont pu participer à cette action financée ou soutenue par de nombreux partenaires, dont la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), la DRASS, le conseil régional, le conseil général, la caisse primaire d'assurance maladie de Vienne, le centre social d'Ozon, la municipalité de Châtelleraut et l'Office public d'aménagement et de construction (OPAC).

EMPLOI

Aider les femmes à créer leur entreprise

Un certain nombre de femmes reculent devant les obstacles liés à la création d'entreprise et finissent par renoncer. Face à ce constat, une action intitulée « Femme, j'entreprends » s'est mise en place dans les quatre départements de la région Poitou-Charentes. Les conseillers de l'association EGEE (Entente des générations pour l'emploi et l'entreprise) et du CEPAC (centre de parrainage et d'accompagnement pour les créateurs d'entreprises) conjuguent leurs compétences techniques et d'écoute pour appuyer les créatrices et les conseiller au sein de chaque centre d'information et de documentation sur les droits des femmes (CIDF) de la région. Toute femme ayant un projet peut ainsi être aidée dans sa recherche de financement - avec le Fonds de garantie à l'initiative des femmes (FGIF) par exemple - ou encore dans la définition de son plan d'affaire et être suivie dans ses deux premières années d'exploitation.

Accès de tous à l'activité et à l'emploi

La direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) de la Charente, dans le cadre d'un programme d'intérêt communautaire (PIC) EQUAL, a initié une démarche d'adaptation individualisée des parcours d'insertion socioprofessionnelle pour des personnes - essentiellement des femmes - en contrat emploi consolidé (CEC). Les DDTEFP de la région ont poursuivi l'installation de chantiers d'insertion, en général dans un cadre ter-

ritorial. Ces derniers apparaissent comme l'outil le plus accessible pour les personnes en grande difficulté, notamment en milieu rural.

En Charente-Maritime, le service public de l'emploi (SPE) et la communauté de communes de Haute-Saintonge se sont engagés dans le développement d'un outil territorial de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Il répondra aux besoins de main-d'œuvre des entreprises. Une démarche similaire de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) sur le bassin de Thouars est accompagnée par un contrat d'études prévisionnelles (CEP).

Dans le cadre du partenariat État-Région-Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Assedic) sur le plan d'aide au retour à l'emploi (PARE), la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) a participé, le 7 juin, à l'organisation d'une journée régionale « construire ensemble le retour à l'emploi ». Celle-ci a réuni le personnel des agences locales pour l'emploi (ALE), des missions locales, des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), de l'ASSEDIC et de Cap Emploi, pour un échange fondé sur des situations vécues.

Afin d'approfondir les pratiques en matière de territorialisation des politiques publiques, la DRTEFP a également organisé des séances de travail « diagnostic plan d'action pour l'emploi ». Destinées aux agents des services intervenant dans ce champ, elles ont associé d'autres services, dont l'inspection du travail. L'objet était, en effet, à la fois de renforcer le management local de l'animation de la territorialisation et d'enrichir les diagnostics par des apports extérieurs, afin d'en faire des outils d'interpellation des partenaires sur le développement durable des territoires.

Développement des activités sur les territoires

La DRTEFP a été à l'origine d'un accord régional d'engagement de la formation avec les grandes associations d'aide à domicile de Poitou-Charentes, ainsi qu'avec les maisons de retraite. Elle a d'ailleurs mené ce projet à son terme. Ainsi, le 5 juillet, a-t-elle organisé, avec le SPE, une rencontre entre l'ensemble des prescripteurs de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), de l'ASSEDIC et de l'association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) chargés de recevoir les demandeurs d'emploi de cette branche.

La direction départementale de Charente a parallèlement construit un parcours complet de professionnalisation des aides à domicile : fiabilisation du fichier des demandeurs d'emploi, communication spécifique sur ces métiers, organisation de rencontres délocalisées entre employeurs et demandeurs d'emploi, mise en place d'évaluations en milieu de travail, de stages d'insertion et de formation à l'emploi (SIFE) collectifs, validation des acquis de l'expérience par le titre d'assistante de vie. Enfin, une charte de développement avec l'Association d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) a été signée. Une démarche similaire, marquée par le souci de favoriser l'emploi direct par les associations, a été initiée par la direction de la Vienne.

Cette dernière a également constitué un réseau d'ac-

teurs intervenant dans la création d'entreprises, « Ressources 86 ». Son objet est de diffuser l'information sur l'offre disponible du département et de faciliter l'émergence des projets (dont une couveuse de métiers d'art). Enfin, les contrats d'objectifs composent un autre levier puissant de l'État, à côté des engagements de développement de la formation (EDDF), pour favoriser l'essor d'activités sur les territoires. Ainsi, les contrats concernant les bâtiments-travaux publics (BTP), les industries agroalimentaires, les transports routiers et les services automobiles peuvent, par leur vitalité, répondre aux difficultés actuelles de recrutement et explorer les perspectives de ces branches.

Un nouveau contrat, suite à un CEP, est en cours de gestation dans le secteur du nautisme, très présent en Charente-Maritime : des actions préparatoires sont d'ores et déjà engagées dans les domaines de l'alternance, de la gestion prévisionnelle des emplois et de l'information sur les métiers. Il s'accompagne de la mise en œuvre d'une action de l'inspection du travail dans ce secteur (cf. infra), illustrant la démarche de décloisonnement des actions.

Des études ont également été lancées pour étudier la faisabilité d'un nouveau contrat dans la boulangerie-pâtisserie artisanale.

Formation et potentiel humain

Afin de préparer les schémas concertés en matière de conseil et d'orientation de la valorisation des acquis de l'expérience (VAE), la DRTEFP a organisé une journée interrégionale le 16 mai à Poitiers. La création d'une mission régionale en septembre, auprès du centre d'animation et de ressources de l'information sur la formation (CARIF), a permis d'organiser des points relais et de les professionnaliser. Les contrôles de la formation professionnelle ont ciblé des branches professionnelles dont les pratiques dans ce domaine n'avaient pas fait jusqu'alors l'objet d'investigations systématiques (sécurité et gardiennage). Ils ont abouti à des régularisations financières de plus de 0,5 M€.

Dialogue social et protection des salariés

En Charente, la lutte contre les discriminations dans l'emploi a pris la forme d'une opération de promotion de l'emploi féminin dans le bâtiment, menée avec la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB) et l'AFPA (43 mises en relations).

Parmi les actions visant à promouvoir l'accès des femmes à des métiers traditionnellement masculins, peuvent être soulignées :

- l'organisation de deux formations destinées à sensibiliser les agents ayant en charge l'accueil de femmes (agences locales pour l'emploi, missions locales, AFPA, formateurs) ;
- celle d'une journée de partage d'expérience à Jonzac, entre chefs d'entreprise et femmes salariées dans des métiers techniques ;
- l'intégration dans un stage de soudure de modules

spécifiquement destinés à faciliter l'accès des femmes à ce métier encore très masculin ;

- dans la Vienne, la mise en place d'un stage de taille de pierre.

Dans le domaine de la santé-sécurité au travail, la DRTEFP a organisé un colloque, le 7 mars 2002. L'accent a été mis sur le rôle des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans l'évaluation des risques. Des partenariats ont été noués sur ce dernier thème avec la CAPEB ou des organismes de prévention, comme la GRAM et l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPBTP).

Ce travail a été prolongé par diverses actions des DDTEFP : création ou réactivation de plusieurs CHSCT en Charente-Maritime, réunions sur ce même thème de l'évaluation des risques dans les entreprises dotées de délégués du personnel, les 27 et 28 novembre, avec la GRAMCO. Dans la Vienne, une convention a été conclue avec un cabinet proche du Mouvement des entreprises de France (MEDEF), afin d'accompagner 100 petites et moyennes entreprises dans ce domaine. En Charente-Maritime, les sections d'inspection ont réalisé un diagnostic sur le nombre important d'accidents du travail dans le nautisme et élaboré un plan d'action.

En matière de dialogue social, la DRTEFP soutient activement - financièrement et par sa participation - le Carrefour d'innovation sociale du travail et de l'emploi. Cette structure, propre à la région, est un lieu de concertation entre les organisations syndicales d'employeurs et de salariés. Elle soutient le programme EQUAL, intitulé « À tout âge » sur l'emploi des travailleurs vieillissants.

À noter également l'accord conclu à la fin de 2002, avec la participation active de la direction des Deux-Sèvres, entre l'Union professionnelle artisanale (UPA)

et les organisations syndicales, sur le développement du dialogue social dans les très petites entreprises.

Pilotage et gestion de la ressource

Le souci d'améliorer la qualité de l'accueil du public a conduit la DDTEFP de la Charente à refondre ses services. L'objectif clairement affiché devient la satisfaction de l'utilisateur, à travers l'orientation, l'accompagnement et la simplification des démarches. La mise en place d'un pré-accueil et le réaménagement matériel des locaux parachèveront cette action.

Le comité technique régional et interrégional (CTRI) a par ailleurs organisé deux séminaires internes, les 14 mars et 21 juin. Les agents de la région se sont ainsi réunis sur les thèmes de « l'identification des complémentarités au sein de nos missions » (cadres A et B, 140 participants) et des « échanges de pratiques professionnelles » (cadres C, 120 participants). L'objet commun de ces séminaires, que l'on retrouve en filigrane dans nombre d'actions décrites dans le présent document, est la recherche du décloisonnement des services. Celui-ci est conçu comme un préalable à la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et à la structuration des actions autour des programmes.

Dans de ce même objectif ont été menés, sur chaque site, une campagne active de discussion autour de la mise en place de la directive nationale d'orientation (DNO) et un travail de répartition, à titre d'essai, des effectifs selon les orientations stratégiques de cette dernière.

Enfin, la forte relance de la programmation du Fonds social européen (FSE), après les mesures arrêtées au début de l'année, a permis d'atteindre un niveau de 75 % fin 2002, grâce notamment aux 13 conventions-cadres signées avec les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA).

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	1 654 674 (15)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	46 489
Nombre de naissances domiciliées en 2001	18 474
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	10,7
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	46
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	5 728
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	116
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	65
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	14,7
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	13,1
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	10,1
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,9
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,8
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	26 040

P ROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

SANTÉ, SOCIAL

Les chiffres clés régionaux

Dans la région PACA, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent une proportion plus importante de la population (9,15 %) que dans l'ensemble du territoire métropolitain (7,70 %).

De façon générale, les données sociales se caractérisent par des niveaux supérieurs à la moyenne nationale (les chiffres suivants concernent la France métropolitaine).

Ainsi, le taux de chômage est-il ici de 11,5 % pour 9,1 % en France. Celui des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ou RMI (124 286 en PACA) est de 5,29 % (France : 3,05 %). On compte 197 456 personnes relevant des minima sociaux (taux : 8,47 %, France : 5,71) et 381 373 personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), soit un taux de 10,86 % (France : 9,35 %).

Les dotations régionales dans le secteur social (budget de l'État) ont évolué comme suit :

- pour les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), elles sont passées de 34 794 411 € à 35 872 044 € de 2001 à 2002 (+ 3,10 %) ;
- pour les centres d'aide par le travail (CAT), l'enveloppe de 63 972 464 € est montée à 66 171 437 € (+ 3,42 %).

Celles du secteur médico-social (assurance maladie) se résument ainsi :

- concernant les établissements pour enfants et adultes handicapés et les centres de consultation ambulatoire en alcoologie, les dotations ont été augmentées de 3,24 % (351 626 332 € en 2001 pour 363 034 301 € en 2002) ;
- les dotations en faveur des personnes âgées (section de cure, soins infirmiers à domicile, réforme de la tarification) progressent de 14,41 % (177 339 539 € en 2001 et 202 904 980 € en 2002).

Aide aux plus démunis

Dans les établissements et services pour personnes handicapées des différents départements de la région, la mise en œuvre des plans pluriannuel et triennal a permis, en 2002, le financement de nouvelles mesures :

- création de 113 places en centres d'aide par le travail (CAT), de 54 places en maisons d'accueil spécialisées (MAS), de 62 places en foyers d'accueil médicalisés ;
- ouverture de 47 places dans les établissements et services pour enfants handicapés.

Dans le secteur des personnes âgées, la poursuite du plan de développement des services de soins infir-

miers à domicile (SSIAD) 2001-2005 a permis de financer 477 places supplémentaires en 2002.

Par ailleurs, une brochure sur les schémas départementaux de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, tirée à 300 exemplaires, rassemble les propositions d'amélioration dégagées à partir des besoins recensés pour la période 1999-2002.

Une journée d'échanges entre les services ministériels et les acteurs locaux, consacrée au fonctionnement des centres locaux d'information et de communication (CLIC), s'est déroulée le 27 novembre 2002. Des propositions de réorganisation y ont été émises. Et six nouveaux centres ont été financés dans le département des Bouches-du-Rhône au cours de l'année.

Dans le domaine de la lutte contre les exclusions, chaque direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de la région s'est efforcée de créer ou de mobiliser les moyens disponibles des centres d'accueil de demandeurs d'asile, afin de faire face à l'accroissement des demandes (à titre d'exemple, 323 places ont été mobilisées par la direction des Bouches-du-Rhône et 75 par celle des Alpes-Maritimes...).

Par ailleurs, la mise en œuvre de la réforme - initiée en 2000 - de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'est poursuivie. Une enveloppe supplémentaire de 7 014 039 € (hors extensions en année pleine) a ainsi été notifiée à la région au titre de l'année 2002. Elle a permis la signature de 48 nouvelles conventions tripartites en cours d'année. Au 31 décembre 2002, 69 conventions (dont 3 pour les Hautes-Alpes, 1 pour les Alpes-de-Haute-Provence, 19 pour les Bouches-du-Rhône) ont été signées, représentant 13 % de la capacité installée des établissements ayant vocation à entrer dans la réforme.

Enfin, l'élaboration du schéma régional des formations sociales (2002-2006) a fait l'objet d'un travail partenarial entre les différents acteurs de la région. La brochure élaborée à cette occasion a été diffusée à 400 exemplaires.

Promotion de la santé

La mise en œuvre de la généralisation du dépistage du cancer du sein en région PACA a été poursuivie. Les structures départementales ou interdépartementales de gestion sont constituées pour chacun des six départements. Un plan de communication portant une attention particulière aux femmes précaires et/ou isolées, afin qu'elles participent réellement à ce dépistage, est en cours. Pour sa part, le dépistage du cancer colo-rectal a débuté, à titre expérimental, dans les Bouches-du-Rhône, de même que celui du col de l'utérus.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan national d'éducation pour la santé, un séminaire de travail a rassemblé environ 200 personnes autour des concepts,

enjeux, méthodes et outils de l'éducation pour la santé. Ces réflexions préparent à l'élaboration du schéma régional d'éducation pour la santé.

Enfin, le 8 novembre 2002, une consultation a été organisée, afin de préparer la loi de programmation quinquennale en santé publique, avec la participation des principaux acteurs régionaux et la présence de monsieur le ministre de la Santé.

Sécurité sanitaire

Mérite d'être signalé tout particulièrement le contrôle effectué par l'inspection régionale de la pharmacie sur les activités optionnelles (notamment la stérilisation hospitalière, rattachée aux pharmacies à usage intérieur des hôpitaux publics) : 80 sites ont en effet été concernés. Diverses mesures d'amélioration de la sécurité sanitaire ont été proposées par les établissements hospitaliers.

Dans le secteur « santé-environnement », les actions des services ont touché les domaines suivants :

- risque « légionelles » : une plaquette régionale de sensibilisation a été élaborée et diffusée à titre prioritaire aux professionnels. Elle a également été mise à disposition sur le site Internet du Comité régional pour la santé (CRES). Les DDASS ont déclenché ou relancé des enquêtes auprès des établissements de leur ressort ;
- à partir des données issues du contrôle sanitaire, des bilans régionaux ont été dressés sur l'arsenic et le sélénium dans les eaux destinées à la consommation humaine et sur la qualité des eaux de baignade (saison 2001). En 2002, la DDASS des Bouches-du-Rhône a effectué plus de 2 000 contrôles en mer et en piscine ;
- un protocole relatif à l'analyse des effets sur la santé dans les études d'impact a été établi conjointement par la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) et les DDASS ;
- l'enquête nationale sur l'exposition à l'amiante dans les établissements sanitaires et sociaux a été achevée ;
- les actions des départements ont également concerné la lutte contre le saturnisme, l'habitat insalubre et le bruit.

En matière de gestion des risques exceptionnels (GRE), une cellule GRE a été créée à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), en application de la circulaire du 03/04/2002 (Biotox). Cette cellule a pour mission d'organiser, contrôler, animer et mettre en place tous les dispositifs dans ce domaine : plan Biotox zonal, plan blanc, dossier variole, iode, etc. Elle est animée par un coordonnateur zonal, et comprend actuellement trois médecins, un ingénieur d'études et le chargé de mission « Défense ». Elle sera renforcée prochainement par l'arrivée de trois ingénieurs d'études. Les DDASS de la région participent également au plan Biotox, en collaboration avec la cellule régionale.

En cours d'année 2002, les ressources humaines de la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) ont égale-

ment été consolidées. Ainsi, alors que celle-ci comptait deux épidémiologistes (médecin et ingénieur) au début de l'année, quatre épidémiologistes à temps plein sont venus rejoindre l'équipe. Cet accroissement permettra une plus grande réactivité de réponse et d'intervention de la CIRE Sud auprès des services déconcentrés.

Protection sociale

Dans le cadre de la fonction de contrôle et d'évaluation du fonctionnement administratif et financier des organismes de Sécurité sociale, la DRASS a examiné, au titre du contrôle de légalité :

- 1 183 décisions de conseils d'administration ;
- 12 725 décisions de commissions de recours amiable ;
- 15 589 décisions de commissions diverses (marchés, affaires sanitaires et sociales...).

Au titre du contrôle *a posteriori*, la DRASS a réalisé 33 inspections COREC (comité régional d'examen des comptes des organismes de Sécurité sociale), pilotées par la Cour des comptes. Elle a également procédé, en liaison avec la Corse, à l'évaluation interrégionale de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

En application des nouvelles missions confiées aux DRASS, il a été procédé à 346 immatriculations de mutuelles au registre national de la mutualité, et à l'instruction de 63 demandes d'agrément.

Modernisation des outils et des méthodes de travail

Les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales (DRASS-DDASS) ont été choisis pour être site pilote expérimental du nouveau réseau national de Bureautique, infrastructure, messagerie, stockage (BIMS), choisi par le ministère des Affaires sociales. Cette opération importante se poursuivra en 2003 et permettra une meilleure synergie d'information et de communication entre tous les services départementaux et régionaux.

L'application informatique de gestion des dossiers étudiés par le comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) concerne tous les organismes qui participent à la procédure d'instruction et de suivi des autorisations.

En 2002, le logiciel de gestion automatisée des tribunaux des affaires de Sécurité sociale, réalisé et diffusé par la DRASS dans la région, a été choisi comme application nationale pour être installée dans les autres régions.

Enfin, une journée de communication interne sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) a été organisée le 25 novembre 2002, à destination des personnels des directions et services déconcentrés de la région. À la suite de cette journée, la mise en place d'un site Internet dédié aux informations et actions spécifiques du secteur sanitaire et social a été entreprise (décembre 2002). Elle se poursuivra au cours de l'année 2003.

Recomposition de l'offre de soins

Sur ce thème, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a mené de nombreuses réflexions. Celles-ci ont permis de mettre en place un suivi du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) de court séjour et d'élaborer plusieurs annexes opposables :

- insuffisance rénale chronique : nouvelle annexe arrêtée en avril 2002 ; travail poursuivi ensuite par un groupe d'experts pour la mise en œuvre de la nouvelle réglementation relative à la prise en charge de cette maladie ;
- imagerie et médecine nucléaire en septembre 2002, à la suite des textes modifiant les indices de besoins et déconcentrant les décisions d'autorisation ;
- radiothérapie en octobre 2002, faisant suite à l'annexe cancérologie de février 2001.

Les travaux menés en 2002 ont également permis d'arrêter le SROS soins palliatifs en février 2003. Ont été soumises à la concertation une annexe cardiologie et la révision du SROS soins de suite.

Par ailleurs, au-delà de la poursuite des opérations de reconstitution, l'ARH a entamé le processus de fusion de plusieurs établissements publics. Celle du centre hospitalier de Cavaillon et du Centre de convalescence de Lauris (84) a pris effet au 1^{er} janvier 2003. Les fusions des établissements d'Aix-en-Provence (13) et de Pertuis, de Gap et Sisteron ainsi que de Cannes et Grasse ont été engagées en 2002-début 2003 (la mise en œuvre devrait intervenir au 1^{er} janvier 2004).

Politique de contractualisation avec les hôpitaux

L'agence a affirmé son souci de développer la contractualisation avec les établissements de santé. Ainsi, le rapport entre enveloppes ciblées et enveloppes de contractualisation a-t-il évolué en faveur de ces dernières.

Le nombre d'établissements pour lesquels des contrats sont achevés est de 15 au 1^{er} avril 2003 ; à la même date, 10 sont en cours d'instruction. Les dépôts supplémentaires attendus dans l'année sont de l'ordre d'une dizaine.

Lutte contre les violences faites aux femmes

Le 11 mars 2002 s'est tenue la commission départementale d'actions contre les violences faites aux femmes des Alpes-de-Haute-Provence. Un plan d'action triennal y a été proposé.

Il comprend quatre volets :

- prévention des violences ;
- prise en charge et traitement de la violence à l'encontre des femmes ;
- accompagnement des femmes victimes de violences et réparation ;
- accueil d'urgence, hébergement et accès au logement des femmes confrontées à la violence sexiste.

Dans le cadre du premier volet, les membres de la commission départementale ont décidé de réfléchir à la création d'un centre-ressource pour les femmes en difficulté et les intervenants confrontés aux problèmes de violences.

Pour les femmes, le centre aura pour vocation :

- d'être un lieu d'écoute et de soutien ;
- de disposer d'un service d'accompagnement ;
- d'animer des groupes de paroles.

Pour les intervenants, il constituera un lieu d'information, d'échange et de formation.

EMPLOI

Validation des acquis de l'expérience (VAE) pour les conjointes d'artisans

Une action partenariale avec le syndicat des bouchers, charcutiers, traiteurs, alimentation générale des Bouches-du-Rhône a été conduite en 2002, afin de favoriser la validation des acquis de l'expérience des conjointes d'artisans. Cette collaboration doit leur permettre de faire valider leurs compétences. La commission « conjoints », créée en 2001, a examiné, avec la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle, les cursus de formation. Des propositions ont été également étudiées pour faciliter l'aménagement de la vie professionnelle et de la vie personnelle, afin de placer les conjointes dans des conditions optimales de réussite pour cette démarche de VAE. Des rencontres sont prévues - trois au minimum - avec au moins quinze conjointes.

Les chiffres du chômage

L'activité des services déconcentrés du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle s'inscrit dans un contexte de baisse continue du nombre des demandeurs d'emploi (- 3,5 % entre décembre 2001 et décembre 2002). Ces chiffres corroborent la tendance observée dans la région au cours des 5 dernières années. Ce recul contraste avec la progression enregistrée au plan national (+ 4,8 % sur la même période), et profite en particulier aux chômeurs de longue durée, dont la part est désormais moins importante que sur l'ensemble du territoire (27,3 % contre 28,9 % à la fin du mois de décembre). Cette dynamique reflète notamment la bonne tenue des créations d'emplois (+ 29 800), qui continuent de progresser plus vite que sur la France entière (+ 2,8 % contre + 1,1 % entre septembre 2001 et septembre 2002), bien qu'à un rythme moins soutenu qu'en 2001.

Emploi et marché du travail

Les services se sont attachés à organiser, en cohérence avec les objectifs nationaux de lutte contre l'exclusion, une réponse adaptée aux situations des

différents territoires. L'année 2002 a ainsi été marquée par la mise en place de partenariats, notamment via la signature d'une convention avec la Région et l'Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC). Parallèlement, l'implication de l'État dans la mise en œuvre du plan d'aide au retour à l'emploi-projet d'action personnalisée (PARE-PAP) s'est traduite par une collaboration accrue entre les services, l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et les ASSEDIC dans le contrôle de la recherche d'emploi. Le dispositif emplois jeunes a permis la création de 1 898 nouveaux postes. L'accent a été mis sur la pérennisation des activités. Il a donc fallu distinguer les structures susceptibles de solvabiliser leur activité de celles dont la pérennisation nécessite une prolongation de l'intervention de l'État.

Enfin, la mise en place d'un dispositif d'information a été engagée dès le 3^e trimestre 2002 sur la VAE, notamment par la labellisation d'une première vague de points relais-conseils

Développement des compétences

Dans un contexte régional marqué par la coexistence d'un taux de chômage élevé et de difficultés de recrutement (le tissu économique est constitué essentiellement de petites entreprises), la formation continue et le développement de bonnes pratiques en ressources humaines constituent un enjeu essentiel pour la compétitivité des entreprises et la pérennité des emplois.

Plusieurs dispositifs d'aide animés, gérés et mis en œuvre par la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), parfois co-financés par le Fonds social européen (FSE) ou la Région, visent l'amélioration de la qualification des salariés par la formation continue. L'objectif, en lien avec la dynamisation des territoires, mais aussi avec les difficultés de recrutement et les risques d'exclusion, est d'encourager la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Plus largement, la démarche consiste à favoriser le développement d'une gestion dynamique des ressources humaines.

Dans cette logique, la DRTEFP a poursuivi la mise en œuvre des engagements de développement de la formation, ou EDDF (18 accords à caractères sectoriels ou interprofessionnels ciblant la validation des acquis et l'anticipation des besoins en compétences comme une priorité centrale). La nouveauté de la programmation 2002 consiste à généraliser les actions collectives de formation à destination des salariés. Celles-ci sont établies à partir de besoins identifiés par les branches et doivent déboucher sur des objectifs quantifiés : transports, tourisme-hôtellerie, secteur sanitaire et social, entreprises artisanales du bâtiment figurent ainsi au premier rang des accords. Plus de 2,8 M€ ont déjà été attribués à des actions de formation en direction des salariés les moins qualifiés ou les plus fragilisés, avec une attention particulière portée à l'égalité des chances.

La DRTEFP s'est également chargée de plusieurs des lignes du contrat de plan État-Région (CPER) sur la

formation des salariés, l'organisation du travail et l'action en faveur de la professionnalisation des acteurs du tourisme (29 projets soutenus, pour un volume de subvention de 721 300 €). Elle a également mené à son terme la gestion de l'appui conseil régional pour la mise en œuvre de la réduction du temps de travail (RTT) dans les branches.

Politique du travail

Dans la continuité des orientations 2001, la politique régionale 2002 a privilégié l'animation et l'appui à l'inspection du travail et aux médecins du travail, et plus particulièrement :

- la réflexion sur le dialogue social, les relations avec les partenaires sociaux, l'investissement dans la formation des agents et la formation des représentants du personnel, avec la perspective de déboucher en 2003 sur la définition d'actions concrètes de l'inspection et l'organisation de relations plus construites avec les partenaires sociaux ;
- les élections prud'homales ;
- la réflexion sur les conditions d'emploi et de travail dans l'hôtellerie-restauration, les métiers du tourisme et l'agroalimentaire ;
- la poursuite des actions sur la prévention des risques, et notamment le rapprochement avec la DRIRE sur les entreprises Seveso, la formation des agents et des médecins du travail sur l'évaluation, les agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction ;
- la mise en place progressive des services de santé au travail ;
- le développement des réseaux de veille et de prévention, associant préventeurs, inspection du travail, partenaires sociaux et chercheurs. Leurs travaux ont porté notamment sur la prévention des cancers, les facteurs psychosociaux, l'évaluation, la gestion des informations relatives aux expositions, l'information et la formation.

De manière globale, l'année 2002 a permis d'engager une réflexion méthodologique, afin d'établir des diagnostics sur les territoires en vue de la mise en œuvre de plans d'action par les sections.

Politique communautaire

Le FSE intervient en Paca dans le cadre de ses objectifs 2 (33 M€) et 3 (224 M€). En intégrant le programme Equal (53 M€ pour l'appel à projet 2000-2004), les crédits FSE déconcentrés en Paca sur la période 2000-2006 représentent 261,3 M€. Si l'objectif 2 a connu un démarrage difficile (18 % de crédits programmés sur 2000-2002), le 3 a progressé de façon encourageante (75 % de l'enveloppe annuelle programmée). Un certain nombre de facteurs (simplification des règles de gestion, meilleure implication des acteurs, opérations de communication d'envergure, actions de formation des acteurs) devraient concourir à dynamiser l'ensemble des fonds structurels, dont le FSE, en 2003 et au-delà.

Contrôle de la formation professionnelle

En 2002, l'objectif quantitatif de contrôle - calculé sur le montant annuel de la masse financière contrôlable, soit 702 M€ - était de 10,6 M€.

L'activité a été fortement marquée par la mise en application de la loi de modernisation sociale et ses incidences (transformation de la déclaration d'existence en déclaration d'activité, extension du champ de contrôle à la collecte de la taxe d'apprentissage et à la VAE).

Les principaux axes de contrôle ont ciblé l'activité de formation, l'imputabilité des dépenses, l'alternance, le développement personnel et le FSE (objectif 3).

En tout, 117 inspections ont été réalisées. Les contrôles financiers ont porté sur 10,5 M€, 124 décisions administratives ont été prises (montant des redressements : 360 508 €). Enfin, 280 demandes de déclaration d'activité ont été traitées entre octobre et décembre 2002.

Modernisation des services

La DRTEFP a été retenue comme région expérimentale sur la fonction « RH » (ressources humaines). L'étude des métiers, déjà réalisée, sera complétée par un référentiel de compétences. Il s'agit en effet d'accompagner, par l'acquisition ou le développement des compétences, les mutations engendrées dans le travail des services par la déconcentration et la mise en place de la direction nationale d'orienta-

tion (DNO). L'objectif central sera de structurer la fonction « RH » par une professionnalisation accrue du service. L'encadrement devra également s'impliquer fortement dans l'animation et l'organisation des ressources.

La mise en œuvre des 35 heures a, pour sa part, nécessité l'installation d'un système informatisé de gestion des congés et de la RTT. Enfin, deux projets s'appuyant sur les NTIC ont vu le jour. Ils favoriseront le rapprochement entre administration et usagers : mise en place d'un serveur vocal à la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnels (COTOREP) dans les Alpes-Maritimes (Bouches-du-Rhône et Var prévus pour 2003), mise en chantier de télé-procédures sur le FSE (première exploitation en 2003).

Communication

L'année 2002 a vu se poursuivre une politique éditoriale active : collection « Conjonctures » sur le champ statistique, la *Lettre de la Professionnalisation* sur le dispositif emplois jeunes. Une nouvelle publication consacrée à la prévention des risques (*Résonances*) est venue compléter ce panel. Enfin, le site Internet régional (sdtefp-paca.travail.gouv.fr) met à disposition une information enrichie à destination du grand public. L'année a également été marquée par la 4^e édition du Salon Génération Entreprendre, consacré à la création d'entreprise, et par le forum Europemploi sur le champ du FSE.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	4 568 975 (3)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	113 101
Nombre de naissances domiciliées en 2001	55 561
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	9,8
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	155
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	19 100
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	142
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	135
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	32,7
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	13,6
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	6,7
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	2,3
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	2,5
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	124 286

SANTÉ, SOCIAL

Politique sociale

L'année 2002 a été marquée, à la Réunion, par le passage du cyclone Dina, qui a dévasté le département. Le pôle social de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) a été fortement mobilisé, par l'entremise de la Commission de l'action sociale d'urgence (CASU), pour coordonner les aides d'urgences (1 500 dossiers de personnes sinistrées). Toujours sur la thématique de l'urgence et à la suite de l'adoption du schéma régional de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, un dispositif de veille sociale a été mis en place sur le plan départemental. Il fonctionne 7 jours sur 7 grâce à un numéro d'appel gratuit, le 115. La DRASS s'est aussi investie dans la politique de la ville et le développement local. À ce titre, elle s'est particulièrement impliquée dans le grand projet de ville de Saint-Denis et le projet social de territoire de l'ouest du département. La problématique des Ateliers Santé Ville (ASV) a été développée. Il a enfin été procédé à l'évaluation des contrats de ville. Des actions ont également été menées en faveur de la famille :

- sous l'égide de la DRASS, le carrefour « Femmes et violences dans une société multiculturelle » s'est tenu durant deux jours. Il a rassemblé plus de 400 personnes (voir ci-dessous « Lutte contre les violences à l'encontre des femmes ») ;
- après constitution d'un groupe de réflexion piloté par la DRASS - dans le cadre du plan régional d'accès aux soins et à la prévention, ou PRAPS -, un « point accueil écoute jeunes » a été ouvert à Saint-Pierre ;
- les services ont participé à l'enquête de l'Inspection générale des affaires sociales sur le dossier des « enfants de la Creuse ».

Politiques de santé publique

Dans le cadre de la loi de programmation en santé publique, une large consultation des partenaires, des institutions et des élus est intervenue en novembre 2002. Elle a permis de définir cinq objectifs de prévention et d'éducation pour la santé :

- endiguer la progression du diabète ;
- prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale ;
- généraliser le dépistage du cancer ;
- limiter le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les mineures ;
- définir et accompagner une politique d'ouverture en santé mentale.

Par ailleurs, la persistance de moustiques vecteurs à la Réunion et l'augmentation du nombre de cas de paludisme importés des zones voisines imposent le maintien d'un programme de lutte contre la réintroduction de la maladie. La stratégie repose sur le

contrôle sanitaire aux frontières, la surveillance entomologique, un suivi des voyageurs à risque et l'éducation sanitaire des populations. Ces différentes actions permettent de cibler le programme de lutte anti-larvaire et la démoustication.

En décembre 2002, le professeur Le Bras, directeur du Centre national de référence pour le paludisme, a mené une mission sur l'île. À cette occasion, quatre conférences ont été organisées à l'attention des professionnels de santé, afin que l'amélioration de l'information prophylactique et du diagnostic renforce l'efficacité du système de surveillance épidémiologique de la maladie.

Enfin, les efforts en matière d'offre sanitaire (avec l'agence régionale d'hospitalisation, ou ARH) ont été accrus. L'année 2002 a ainsi permis de consolider la politique de contractualisation des objectifs et des moyens avec les établissements de soins publics et privés. Les affectations de moyens nouveaux au titre de ces contrats, rendues possibles par des taux directeurs d'évolution des dépenses favorables (+ 9,5 % pour le public et + 7,44 % pour le privé), ont conforté les actions de santé publique et la qualité et la sécurité des prises en charge des patients (voir *infra* « Allocation de ressources »).

Cette démarche doit être poursuivie, compte tenu des besoins sanitaires présents et à venir, amplifiés par l'évolution démographique de la Réunion.

L'activité des services de la DRASS, outre les missions de planification et d'allocation budgétaire qui lui sont dévolues, s'est plus particulièrement caractérisée en 2002 par :

- l'élaboration d'un programme pluriannuel d'investissement des établissements de santé ;
- la réalisation d'audits des bases médicales du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI).

Par ailleurs, le plan de rattrapage sur le secteur médico-social, mis en place par l'État, a permis de créer en deux ans (2001-2002) 300 nouvelles places et 140 postes budgétaires qualifiés.

Ces créations de places, pour importantes qu'elles soient, ne permettent cependant pas de réduire le nombre de personnes en attente d'un placement (1 800 au 31 décembre 2002). Les taux d'équipement de l'île demeurent inférieurs à ceux de la métropole (4,7 % contre 8,6 % pour les enfants et 1,91 contre 5,10 pour les adultes). Ce constat a été présenté à la Secrétaire d'État aux personnes handicapées lors de sa visite en 2002.

L'année 2002 a également été marquée par la réalisation d'une mission d'enquête conjointe État-Département sur une importante association, gestionnaire d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. Les autorités de tarification ont démontré, par cette inspection, leur souci de développer une approche qualitative du secteur, nonobstant ses enjeux quantitatifs.

Protection sociale

La mise en place par la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) en novembre 2001, sous l'égide d'un groupe de travail animé par la DRASS, d'un dispositif local d'aide à la mutualisation des sortants de la couverture maladie universelle (CMU) a eu des effets positifs : elle permis l'adhésion à une complémentaire santé de 26 000 personnes (assurés et ayants-droits) en 2002, sur un nombre total de bénéficiaires potentiels de 54 600, soit un taux de 48 %.

Au cours de l'année 2002, le même groupe de travail a eu pour mission de définir, de façon partenariale, les conditions de mise en œuvre du dispositif national d'aide élaboré par le ministre de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Si à la fin de l'année 2002, la CGSS avait terminé les consultations des opérateurs de complémentaire santé, l'insuffisance de moyens humains ainsi que l'absence d'outil national informatique ne lui ont pas permis de rendre effective cette nouvelle politique.

Un effort très important a été fait en 2002 pour solder toutes les dettes d'aide médicale au titre des années antérieures. L'ordonnance Protection sociale relative à Mayotte publiée en avril 2002 (son décret d'application est attendu) modifiera de manière substantielle les conditions de prise en charge du coût des évacuations sanitaires : l'objectif de la DRASS est de faire valoir la dimension sociale du séjour à la Réunion des patients en provenance de Mayotte.

Enfin, la mise en œuvre de la réforme du Code de la mutualité s'est traduite par l'installation du comité régional consultatif de la mutualité et par l'instruction des dossiers de demandes d'immatriculation au nouveau répertoire national.

Allocation de ressources

L'allocation des ressources aux établissements publics et privés participant au service public s'est poursuivie en 2002, dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens (COM) conclus entre l'ARH de la Réunion et chacun des établissements de santé sous dotation globale de financement.

Pendant toute l'année 2000 et le début de l'année 2001, après une phase de diagnostic, des réunions d'échange entre la tutelle et les établissements ont permis de définir, pour chacun de ces derniers, une série d'objectifs répondant à la fois aux priorités de santé publique et à celle du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) II. De nombreux progrès en termes sanitaires et d'organisation de l'offre de soins sont attendus de la réalisation régulière de cette démarche pluriannuelle.

Cette politique de contractualisation repose sur la poursuite de l'effort de solidarité nationale. Ainsi en 2002, les établissements de santé sous dotation globale ont bénéficié - pour la cinquième année consécutive - d'un taux de progression de l'enveloppe de plus de 9,45 % (de 407,73 M€ à 446,28 M€). Cet effort s'explique notamment par un taux d'équipement et d'encadrement médical inférieur à celui de la métropole.

Les établissements privés ont pu bénéficier eux aussi

de taux d'évolution des tarifs plus élevés qu'en métropole. Les écarts de moyens observables devraient ainsi être réduits et les surcoûts spécifiques à la Réunion compensés.

En 2002, grâce aux COM ou à des crédits fléchés, les nouveaux moyens alloués ont permis :

- d'améliorer la sécurité et la qualité - principalement dans le domaine des urgences, de la périnatalité - et de renforcer les moyens en personnels ;
- de financer les priorités de santé publique, retenues par les conférences régionales de santé et le SROS : lutte contre le diabète et ses conséquences (affections cardiovasculaires, insuffisance rénale chronique...) et les dépendances (alcool, tabac...). La psychiatrie est également une priorité qui a bénéficié de plus de 3 300 000 €.

En outre, une reconnaissance particulière a été accordée en fin d'exercice aux activités liées à la situation ultrapériphérique de la Réunion par l'abondement d'une enveloppe spécifique en crédits reconductibles de 2,1 M€. Elle permettra le financement de l'hémophilie, des grands brûlés et, pour partie, de la chirurgie cardiaque et de la neuroradiologie.

Cette politique de redéploiement national au bénéfice de la Réunion concerne également le secteur privé qui a pu bénéficier d'un apport de péréquation tarifaire et d'une dotation favorable au titre du Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP).

Restructuration de l'offre de soins

À l'Est, le projet médical partagé entre le centre hospitalier intercommunal Saint-André-Saint-Benoît, la clinique Saint-Benoît, un établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH), et la délocalisation d'un secteur psychiatrique de l'établissement public de santé mentale de Saint-Paul, adopté en 2000, avait défini les lignes stratégiques et le contenu fonctionnel d'un futur pôle sanitaire. Celui-ci tracera une organisation fonctionnelle des activités mettant chaque entité juridique en totale complémentarité. La structure juridique nécessaire à la création de ce pôle Est, qui a longtemps constitué une difficulté, a finalement été menée à bien, à la fin de 2001. Un syndicat inter-hospitalier (SIH), rassemblant le centre hospitalier intercommunal Saint-André-Saint-Benoît et le PSPH « clinique Saint-Benoît », a été créé en 2001. En 2002, le SIH s'est porté acquéreur du terrain de la future implantation du pôle Est.

Une communauté d'établissements a également été réalisée entre le centre hospitalier (CH) Félix-Guyon et l'Hôpital d'Enfants, également PSPH. Celle-ci a permis de délocaliser les urgences pédiatriques vers le pôle de référence, le CH Félix-Guyon. Cette communauté d'établissements a aussi permis de rapprocher les plateaux techniques de ces deux établissements et de transférer des personnels.

Ressources humaines et formation des personnels hospitaliers

En matière d'aménagement et de réduction du temps de travail (ARTT) pour les personnels non

médicaux, les travaux du comité régional de suivi et la dynamique de réorganisation dont ont fait preuve tous les établissements, ont permis la conclusion d'accords sur tous les sites. Dès le mois d'avril 2002, la réflexion s'est portée sur la mise en œuvre de l'ARTT pour les personnels médicaux. Le comité de suivi s'est réuni trois fois au cours de l'année. L'objectif principal reste d'assurer la continuité et la permanence des soins dans les établissements publics, dans le cadre des directives européennes et de l'impact du repos de sécurité. Au total, un besoin de 89 postes médicaux supplémentaires est apparu.

L'effort spécifique en matière de formation et de promotion professionnelle, entamé dès l'année 2000, a été poursuivi en 2002.

Ainsi l'école régionale d'infirmières aide-anesthésistes (IADE) a pu ouvrir ses portes en avril, succédant ainsi aux écoles d'infirmières (IDE) et de puéricultrices créées en 2001.

En outre, une aide exceptionnelle, d'un montant total de 410 000 €, a été accordée en fin d'exercice pour maintenir à un niveau élevé l'effort des établissements publics et PSPH en faveur de la prise en charge des formations professionnelles.

Lutte contre les violences à l'encontre des femmes

Un carrefour intitulé « Femmes et violences dans une société multiculturelle » a été organisé les 24 et 25 octobre 2002 à Saint-Denis de la Réunion, afin de relayer localement la campagne nationale de lutte contre les violences faites aux femmes.

Sous l'impulsion de la DRASS de la Réunion, ces rencontres ont été organisées par la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et la fédération régionale de solidarité contre les violences (FRSCV).

L'originalité de cette manifestation fut d'aborder la question des violences à l'encontre des femmes sous deux angles : la violence conjugale et le phénomène prostitutionnel.

Ainsi, la première journée fut consacrée à l'approche générale de la problématique, tandis que la seconde abordait le phénomène prostitutionnel avec la présentation par un psychosociologue des spécificités locales. Celui-ci a exposé les perspectives d'insertion pour une population déjà fragilisée. Trois ateliers ont ensuite traité de la prévention, du rapport à la loi ainsi que de l'accompagnement et de l'insertion. Des conférences-débats ont ensuite évoqué les problématiques suivantes :

- viol, de l'inceste à la prostitution ;
- système de la prostitution, une violence à l'encontre des femmes. État des lieux des enjeux au niveau national, européen et international ;
- regards sur l'action sociale en direction des personnes prostituées au plan national.

À l'issue de ce colloque, les acteurs ont décidé d'instaurer un réseau local, qui pourrait s'étendre à l'Océan Indien dès 2003 afin de reconnaître la gravité des faits dans cette zone.

EMPLOI

Une agence pour l'intégration de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes

À l'initiative de la DRDFE, l'agence pour l'intégration de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes, « CHANCEGAL », a été ouverte en 2002 à la Réunion. Elle a été créée par deux demandeuses d'emploi, à la suite d'un stage de formation à l'approche globale d'égalité. Son objectif est :

- de promouvoir une culture de l'égalité entre les femmes et les hommes par la sensibilisation et de constituer un relais d'information ;
- d'intégrer et de conforter la notion d'égalité des chances dans le monde économique ;
- d'assurer la formation et la mise en réseau d'acteurs ;
- d'accompagner les actions en faveur de l'égalité des chances.

Elle réalise notamment des études et participe à la préparation de programmes de formations sur la question de la mixité des emplois à l'adresse des agents de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et des missions locales. Des prestations auprès de femmes Rmistes sont également confiées à « CHANCEGAL », afin d'encourager ces dernières dans une nouvelle démarche en matière de recherche d'emploi de diversification de leur orientation.

Chômage

La direction du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DTEFP) de la Réunion exerce ses missions au sein d'une région monodépartementale et cumule à ce titre les attributions d'une direction régionale (DRTEFP) et d'une direction départementale (DDTEFP). Son effectif théorique est de 116 personnes et elle intervient dans un contexte particulièrement tendu. Malgré tout son dynamisme, le problème démographique continuera de peser sur la situation de l'île. On a cependant pu constater des évolutions encourageantes pour les demandeurs d'emploi de catégorie 1. En effet, si, en décembre 2001, leur nombre était de 88 692 (taux : 31,2 %), il était descendu à 81 852 en décembre 2002 (taux : 28 %).

Malgré une nouvelle hausse de ces chômeurs sur le mois de décembre, la baisse se confirme pour 2002 avec une diminution de 7,7 %. Cette amélioration est particulièrement sensible pour les femmes (- 12 %) et pour les 25 à 49 ans (- 9 %).

Affermir l'ancrage territorial

Grâce à une coordination des politiques sur un plan territorial, les contrats aidés ont été recentrés. 27 128 personnes ont ainsi pu bénéficier d'un contrat emploi solidarité (CES). Les intéressés sont à 58,22 % des femmes et à 23 % des Rmistes. 2 018 personnes sont entrées en contrat emploi consolidé (CEC).

Une convention 2002-2004 a été conclue avec la chambre régionale de l'économie solidaire et le conseil général. Celle-ci se structure avec l'embauche de deux

chargés de mission. À noter également la tenue d'une journée de l'économie sociale et solidaire, le 7 décembre 2002.

Enfin, 10 000 jeunes ont été touchés cette année par les missions locales (35 000 en fichier). Le programme Trajet d'accès à l'emploi (TRACE) a bénéficié à 2 111 d'entre eux : 50 % sont placés en situation de travail et 40 % en recherche accompagnée.

Les 6 plans locaux pour l'insertion et l'emploi (PLIE) ont bénéficié d'une programmation de 3 925 277 €.

Contribuer au développement économique

L'enjeu représenté par les emplois jeunes est important à la Réunion. À la fin de 2002, 6 703 postes étaient pourvus. Le problème de la fin des conventions s'est donc posé au quatrième trimestre 2002. Dès octobre était créée la mission d'appui pour la pérennisation et le reclassement des emplois jeunes (MAPREJ). À la fin de 2002, 497 postes avaient reçu un avis favorable pour une épargne consolidée ou une convention pluriannuelle. La Mission intervient également pour apporter un appui individualisé à ceux dont l'emploi ne peut être maintenu.

Le dispositif « Projet initiative jeune création d'entreprise » a connu un franc succès : près de 700 dossiers ont été recensés.

Enfin, les organismes de formation ont été incités à mettre en œuvre des actions d'initiation aux nouvelles techniques de l'information et de la communication (initiation à l'Internet).

Développer un emploi de qualité et valoriser les potentiels

La DTEFP a poursuivi ses actions, notamment en faveur des petites entreprises. Elle a constaté

qu'après le dispositif 35 heures, un appui était nécessaire pour la définition d'actions de formation et de qualification. Cette situation explique l'augmentation significative des crédits « politique contractuelle » (1 191 514 €). La Réunion n'a pas connu de nombre significatif de plans de licenciement de plus de 10 salariés pour motif économique.

La validation des acquis de l'expérience (VAE) est entrée dans une phase active, avec la mise en place d'une cellule technique de validation et d'une autre, inter-services, d'information et de conseils.

Le service régional de contrôle a engagé 5 contrôles, pour un montant de dépenses de 14 138 000 €. Ces actions sont cofinancées au titre du document unique de programmation (DOCUP) par le Fonds social européen (FSE).

Dans le cadre du « projet initiative jeune formation », 1 473 jeunes sont partis se former, pour l'essentiel en métropole.

Favoriser le dialogue social et garantir la protection des salariés

L'action prioritaire vis-à-vis des délégués du personnel s'est poursuivie. On note que 6 278 journées de travail ont été perdues, à la suite de 35 conflits collectifs. Dans ces circonstances, la commission départementale de conciliation a été d'une aide précieuse, unanimement soulignée par les partenaires sociaux.

Renforcer la capacité de pilotage et optimiser la gestion des ressources

La DTEFP a mis en place un contrôle de gestion. Des états de situation sont transmis mensuellement. Un bilan annuel a été réalisé.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	728 193 (21)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	3 950
Nombre de naissances domiciliées en 2001	14 747
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	5,1
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	12
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	2 048
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	103
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	54
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	35,1
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	12,7
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	5,3
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	1,3
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	1,3
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	63 483

SANTÉ, SOCIAL

Programmes et schémas de santé

Ceux-ci ont été au centre du travail des directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS). Ainsi, le programme national nutrition santé a été mis en œuvre dans la région, y compris dans le cadre du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS). Les actions initiées ont été suivies en partenariat avec l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Le plan cancer 2000-2005 a fait l'objet d'une stratégie de communication. Les dossiers portant sur l'installation de centres de gestion ont été instruits.

Le programme régional de santé (PRS) suicide a donné lieu à un bilan d'étape, avec définition d'un programme de travail jusqu'en 2003.

Les efforts ont également porté sur le programme régional d'accès aux soins et la prévention (PRAPS) des plus démunis. Une synthèse du PRAPS I a été réalisée. Le chantier préparatoire du PRAPS II a été lancé, avec l'organisation de GTR et de sous-groupes thématiques, ainsi que le recensement des éléments diagnostics.

Afin de poursuivre la réflexion sur le SREPS, entamée en 2001, une méthodologie a été élaborée avec le concours du Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé (CRAES). Celui-ci a mené une enquête auprès des têtes de réseaux et organisé un séminaire régional sur cette question. Par ailleurs, un comité de pilotage a été monté avec l'Éducation nationale et des groupes techniques régionaux définis.

La sécurité sanitaire

Les outils de lutte contre le bio-terrorisme se mettent en place (plans Biotox et Piratox). En matière de sécurité sanitaire dans les établissements de santé, une démarche d'inspection portant sur les risques liés aux agents transmissibles non conventionnels, ainsi que sur la légionellose, lancée en 2002, sera poursuivie en 2003.

Pour prévenir les dangers liés à l'exposition au plomb, quel qu'en soit le facteur (eau, habitat ou industrie), des zones à risque ont été identifiées et une campagne d'information organisée.

L'offre de soins

Dans le cadre du programme de travail de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), le schéma régional de l'orientation sanitaire (SROS) fait l'objet de bilans annuels de suivi, dont des bilans thématiques. Parmi les axes de réflexion définis en 2002 figurent l'hospitalisation à domicile (HAD) et la coopération inter-hospitalière.

Dans la perspective de la révision du SROS II et pour

préparer l'élaboration du SROSS III, un état des lieux a été commandé. Il évalue la pertinence des secteurs médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), au regard des bassins de santé.

Des outils de programmation et de suivi pluriannuel ont également été mis en place pour mesurer l'impact des autorisations sur l'allocation de ressources. Des procédures améliorées (calendrier, planification des travaux, diffusion de l'information) favorisent aujourd'hui une meilleure coordination entre les services.

Par ailleurs, les contrôles des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ont été renforcés : les établissements seront accompagnés pour la montée en charge du PMSI soins de suite et réadaptation (SSR).

La mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ainsi que l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) des professions hospitalières, ont constitué les deux principaux chantiers dans le domaine médico-social.

Enfin, les services se sont associés pour parfaire l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur social. Ainsi, une procédure de suivi du conventionnement tripartite des établissements publics de santé (enquête, comité technique EHPAD), associant l'ARH et les DDASS, a été mise sur pied. Elle sera élargie en 2003 au champ du handicap, afin de disposer d'une consigne formalisée sur les transferts d'enveloppes en lien avec l'ARH.

Lutte contre les exclusions

La formalisation et la mise en œuvre des schémas de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion ont été poursuivies en 2002.

De nouvelles procédures régionales devraient améliorer l'accueil des demandeurs d'asile :

- un tableau de bord permettant une mise à jour mensuelle des places disponibles ;
- un plan infra-régional d'accueil de ce public (répartition dans les départements de Rhône-Alpes des arrivées massives sur le département du Rhône). Ce plan a été activé deux fois en 2002.

En matière d'insertion, deux actions méritent d'être soulignées :

- l'accès à l'emploi et à la formation des plus démunis a été favorisé par une étude-action territorialisée sur la contribution des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) -centre d'adaptation à la vie active (CAVA) comme chantiers d'insertion, dans le cadre des politiques de l'emploi ;
- des journées régionales de communication ont été organisées en juin 2002 pour appuyer le développement des propositions incluses dans les études action RMI-ASI (revenu minimum d'insertion-appui social individualisé).

Les formations sanitaires et sociales

Suivant le programme « nouveaux emplois nouveaux services », les deux délégations de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) de la région Rhône-Alpes ont déposé des demandes auprès du Fonds social européen (FSE) pour les projets de professionnalisation de jeunes présentés par les établissements sanitaires et médico-sociaux publics.

Des dossiers ont donc été préparés à la suite d'une réflexion engagée dès novembre 2001 entre la direction régionale de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle (DRTEFP) - qui anime la plate-forme régionale de professionnalisation des emplois jeunes - la DRASS, l'ARH et les deux délégations régionales de l'ANFH. Dans un premier temps, les types d'activités confiées aux jeunes et la plus-value apportée ont été identifiées, notamment grâce à une enquête diligentée auprès des établissements sanitaires et médico-sociaux de la région. Les besoins en formation, leurs coûts et leurs financements ont ensuite été recensés. Les axes retenus sont les suivants :

- préparation à des examens professionnels pour intégrer la fonction publique hospitalière (emplois administratifs, standardiste, emplois techniques, agent d'entretien...) et à des concours susceptibles d'être élargis à la fonction publique d'État ou territoriale (agent administratif, adjoint administratif, attaché d'administration hospitalière) ;
- formations diplômantes ou qualifiantes, organisées sous forme collective ou gérées en parcours de formations individuelles : 21 demandes pour le brevet d'État d'animateur technicien de l'éducation populaire (BEATEP) sur les deux régions, notamment dans le secteur médico-social ;
- formations promotionnelles dispensées en alternance à titre dérogatoire, comme il a été confirmé par les ANFH après renseignements auprès des DRTEFP (aide médico-psychologique – AMP – et par extension, selon les ANFH, diplôme d'État aux fonctions d'animateur – DEFA).

La DRASS Rhône-Alpes a également été retenue comme site expérimental pour la mise en œuvre de l'accès au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) par la voie de la validation des acquis de l'expérience (VAE). L'expérimentation a été suivie avec deux centres de formation, en mai et juin 2002. Elle a permis une mobilisation des centres, ainsi qu'une appropriation des documents supports de la validation par les agents de la DRASS et par les jurys. Au total, 22 personnes ont passé l'examen. 9 avaient demandé une validation totale : 8 l'ont réussie.

Par ailleurs, 95 % des actions prévues par le schéma régional des formations sociales ont été réalisées :

- estimation affinée des besoins et amélioration des systèmes d'information ;
- étude sur l'insertion des jeunes ;
- expérimentation du GESTE ;
- mise en place des instances. Celle de coordination des porteurs de projets a été constituée et réunie à deux reprises ; celle de suivi s'est réunie en octobre

2002. L'instance politique « Comité de coordination de l'emploi et de la formation professionnelle », instituée dans le cadre de la loi de modernisation sociale, relève de la compétence conjointe du préfet (DRTEFP) et du conseil régional. Sa composition a été arrêtée en fin d'année 2002 :

- approche qualifiante des intervenants sociaux : outre la qualification des acteurs de l'aide à domicile, la DRASS participe à la promotion des dispositifs de qualification des intervenants, dans le cadre de la plate-forme Rhône-Alpes de professionnalisation des emplois-jeunes (PRAPEJ), du groupe de travail du Secrétariat général pour les affaires régionales (SGAR) sur les adultes-relais et des travaux avec les établissements de santé ;
- accompagnement de la démarche d'évaluation : le référentiel d'évaluation des centres de formation sociale a été testé par le Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations (CREAHI) à l'Institut du travail social (ITS), et présenté lors d'une réunion de restitution en octobre 2002 ;
- agrément des structures : cette procédure a été menée dans des délais particulièrement serrés, les places supplémentaires devant être opérationnelles à la rentrée de septembre 2002. Elle a permis d'introduire de nouvelles méthodes de travail, et d'atteindre les objectifs de planification souhaités. Un calendrier de suivi de la montée en charge des nouvelles filières a été élaboré ;
- parallèlement, une mise à plat des agréments des AMP a été effectuée, certains d'entre eux étant caducs et non renouvelés juridiquement.

Protection sociale

Afin de répondre au mieux aux besoins des personnes les plus démunies, les actions suivantes ont été réalisées :

- accompagnement à la réalisation de statistiques sur la couverture maladie universelle (CMU) ;
- contribution à la production d'une note de conjoncture sociale ;
- contribution à l'évaluation du dispositif CMU dans le cadre du PRAPS ;
- mesure de la contribution de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et organismes assimilés à la mise en œuvre des conventions techniques de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- analyse de la contribution des organismes sanitaires et sociaux à l'action sociale en faveur des personnes âgées.

D'autres actions ont été conduites pour améliorer le dispositif de protection sociale :

- évaluation de la 2^e convention d'objectifs et de gestion (COG) État-Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- organisation de l'élection du CRC Mutualité ;
- mise en œuvre de l'immatriculation et de l'agrément des mutuelles ;
- réalisation de la campagne de contrôle 2002 du comité régional d'examen des comptes des organismes de Sécurité sociale (COREC) ;

- évaluation des agents de direction candidats pour l'inscription sur la liste de 2003 ;
- recensement des actions coordonnées de prévention des entreprises en difficulté par les organismes de recouvrement ;
- production d'une étude sur la politique d'exonération des charges sociales.

Essor du comité technique régional et interrégional (CTRI)

L'année 2002 est marquée par la progression remarquable du niveau de fonctionnement du CTRI en Rhône-Alpes.

Les critères de répartition des enveloppes ont ainsi pu être affinés dans plusieurs domaines, parfois avec difficulté. Pour le handicap, par exemple, la réflexion a permis de dépasser la logique de répartition d'enveloppe pour atteindre une logique de programmation de projet, tenant compte des conséquences de la loi du 2 janvier 2002.

En matière de fonctionnement interdépartemental, l'ensemble des critères retenus pour les listes d'aptitude et de promotions au choix ont été revus et rendus objectifs. La solidarité interdépartementale s'est exprimée aussi à travers le double plan de distribution infra-régional des demandeurs d'asile et la poursuite du rééquilibrage interdépartemental des crédits de fonctionnement, en l'étendant cette année aux EBA.

Les relations avec les collectivités territoriales ont également été améliorées, notamment avec les conseils généraux : parution d'un certain nombre de schémas départementaux, édition conjointe par la DRASS et le conseil général de Savoie d'un atlas d'observation sociale ; travail sur le schéma régional d'éducation pour la santé ; journée interrégionale organisée à la demande de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) sur les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)... Les relations de travail se sont également développées avec le conseil régional et englobent désormais l'insertion professionnelle des jeunes handicapés. En outre, un travail de fond est en cours sur la question des formations. Le double objectif est de faire bénéficier le secteur sanitaire et social des financements de droit commun et d'inscrire la DRASS dans des processus de concertation entre la DRTEFP et le conseil régional sur le pilotage du secteur (validation des acquis de l'expérience – VAE –, Pôle Rhône-Alpes orientation - PRAO).

Les perspectives

Le triple mouvement de réforme en cours - décentralisation, création des ARS, réforme de l'État - oblige les services à réfléchir sur les métiers de l'administration. La réaffirmation des missions régaliennes de l'État traduit une modification de ses relations avec la société : engagement dans un contrôle de gestion interne en contrepartie d'engagement global ; gestion des crédits européens... Le conventionnement associatif conduit à une logique de contrôles et d'évaluation systématiques, tandis que la gestion des risques et des situations exceptionnelles amène à un type d'intervention opérationnelle sophistiqué. Des

formations techniques doivent donc être développées : comptabilité analytique, analyse financière, gestion de crise...

En travaillant sur les articulations avec les collectivités territoriales, agences et établissements et en développant effectivement les passerelles entre les trois fonctions publiques, le choix d'affectation sortirait du dualisme État/collectivité territoriale.

Il s'agit aussi de se pencher sur les organisations futures : le cumul des réformes annoncées suscite inquiétude et interrogation. Pour éviter blocage et démobilité, il faudra travailler davantage sur les compétences que sur les catégories (référentiels métiers).

Il s'agit enfin de mettre à plat les configurations interministérielles qui pourraient donner sens au travail collectif, bien au-delà du lien entre « santé et social » : structuration des liens DGAS/DGEFP au sein du service public pour l'emploi – appel à conventionner avec l'Éducation nationale au titre d'un nombre croissant de politiques – politique habitat-santé (avec les directions départementales de l'équipement notamment).

Soutien à l'élaboration de projets médicaux territoriaux

Un des axes majeurs du SROS II de la région Rhône-Alpes concerne la nécessaire coopération entre les établissements de santé : les pôles sanitaires doivent permettre de définir quantitativement et qualitativement une offre de soins sur un secteur géographique donné.

Au cours de l'année 2002, et à partir de ces orientations, l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) a mené une politique volontariste auprès des établissements, en les incitant à développer des projets médicaux territoriaux de pôle sanitaire. L'objectif est de réorganiser l'offre sanitaire de pôle par l'élaboration de projets médicaux communs et la coopération entre les équipes médicales.

En 2002, l'agence a engagé, avec les établissements du pôle de Bourgoin-Jallieu dans l'Isère, une première expérimentation. Celle-ci a permis :

- de conforter une offre de soins de proximité ;
- de structurer une démarche régionale pour l'élaboration de projets médicaux territoriaux ;
- d'engager des démarches équivalentes en 2003 sur d'autres pôles de la région : Feurs-Montbrison et Voiron.

Mise en œuvre de l'ARTT médicale

De façon plus systématique, dans le cadre de la mise en œuvre de l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) médicale, l'agence a appelé les établissements, dès le mois de décembre 2001, à travailler à la mise en cohérence des projets d'organisation médicale par pôle sanitaire. Une réflexion a été engagée dans chaque structure au cours du premier semestre 2002.

Les établissements publics ont, par ailleurs, été invités à identifier les impacts de la mise en œuvre de l'ARTT médicale sur leur organisation médicale interne et à élaborer de nouveaux schémas de coopération dans le cadre d'un réseau structuré de soins. Pour faciliter cette démarche, l'agence a mobilisé une

assistance juridique externe. Celle-ci précisera les conditions de mise en œuvre du groupement de coopération sanitaire. Deux réunions régionales d'information sur ce thème ont été tenues avec les établissements de santé publics et privés.

À l'issue de cette première étape, l'agence a organisé 22 réunions de pôles au cours du dernier trimestre 2003 pour dresser un premier bilan des coopérations et envisager avec les établissements les futures orientations.

Territorialisation des soins

Conformément aux orientations arrêtées avec l'agence, les établissements ont travaillé à leur projet de redécoupage de l'offre de soins, première étape à l'élaboration d'un projet médical territorial. Parmi les établissements médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), les coopérations ont plus particulièrement porté sur la prise en charge des urgences chirurgicales, la périnatalité, la cardiologie et la cancérologie. Les établissements psychiatriques sont plus particulièrement concernées par les coopérations entre la psychiatrie et le MCO (urgences psychiatriques et psychiatrie de liaison, et médecine de liaison), les coopérations entre les établissements de psychiatrie eux-mêmes et la présence de la psychiatrie dans les établissements médico-sociaux. .

Information juridique internationale des femmes

Le FIJI (Femmes informations juridiques internationales) est une structure créée en janvier 2002 en région Rhône-Alpes. Elle a pour objectif de constituer un centre de ressources sur les questions touchant au statut personnel des femmes étrangères. Ce projet s'est construit grâce à un large partenariat associatif local (le Centre d'information et de documentation sur les droits des femmes – CIDEF – du Rhône est porteur du projet) et avec le soutien financier de la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), du SGAR (crédits de la politique de la ville) et du Fonds d'action et de soutien à l'intégration et à la lutte contre les discriminations (FASILD).

Les cinq domaines d'action essentiels de cette structure sont :

- d'assurer un service d'informations juridiques pour les professionnels et les particuliers, par l'intermédiaire de permanences téléphoniques et d'un accueil public ;
- d'animer un réseau de partenaires associatifs et institutionnels ;
- de sensibiliser les femmes étrangères aux questions de droit de la famille, notamment sous la forme d'animations collectives ;
- d'interpeller les pouvoirs publics sur des problèmes existants ;
- d'actualiser un guide à destination du public et des professionnels sur le statut des femmes étrangères ou d'origine étrangère.

Ce dernier projet a abouti, en 2002, à l'édition de 15 000 exemplaires du guide *Madame, vous avez des*

droits. Celui-ci a été conçu pour faire le point en matière de statut personnel et de législation, avec un bref rappel des pratiques selon les pays. Il présente également les conventions bilatérales, les démarches à effectuer en cas de conflit, notamment familial, et des adresses utiles.

EMPLOI

Informier sur les métiers accessibles par l'apprentissage

L'agence chargée de mission départementale (CMD) de l'Ain, en partenariat avec la Chambre des métiers, a participé à l'élaboration d'une plaquette de présentation des métiers par l'apprentissage au féminin. Cette plaquette a été diffusée dans tous les centres de formation d'apprentis, les missions locales, les permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), les centres d'information et d'orientation (CIO) et le Centre d'information et de documentation des femmes (CIDEF). Dans la Drôme, à l'initiative de la chambre des métiers et de la CMD, un réseau de cinquante femmes artisanes s'est constitué, afin de permettre à des jeunes filles de découvrir les métiers artisanaux et de favoriser leur accès à l'apprentissage. Une convention « Jeunes dans les entreprises » permet la mise en relation de collégiennes avec des artisanes de ce réseau. Une cassette vidéo présente également une dizaine d'artisanes exerçant des métiers non traditionnels : cordonnière, peintre en bâtiment, pâtissière, charcutière, céramiste, tapisserie... Cette cassette a été présentée, associée à d'autres outils, à environ 500 jeunes scolaires entre septembre et mars.

Chômage : contrastes entre les hommes et les femmes

Le nombre de demandeurs d'emploi de catégorie 1 a augmenté de 6,4 %, plus particulièrement parmi les hommes (+ 10,1 %). Ces derniers sont en effet davantage concernés par le ralentissement de l'intégration et la recrudescence des plans sociaux qui affecte surtout l'industrie. Au contraire de l'année 2001, le chômage de longue durée s'est accru de 9,1 % et a concerné plus particulièrement les jeunes (+ 16,9 %) et les hommes (+ 15,3 %). Conséquence du recul de l'activité économique, le nombre de journées autorisées de chômage partiel a augmenté de 27 % par rapport à 2001. Le taux de chômage enregistré à la fin décembre 2002 s'établissait à 8,1 % contre 9,1 % sur le territoire national.

Le nombre d'offres d'emploi enregistrées par l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) a baissé de 3,8 % en 2002, essentiellement sous l'effet du recul des offres d'emploi durables. L'accentuation du chômage intervient dans un contexte où la pauvreté n'a pas décliné : le pourcentage d'allocataires des caisses d'allocation familiale en dessous du seuil des bas revenus reste constant. Les difficultés d'insertion sociale persistent donc.

Affermir l'ancrage territorial des politiques

Les mesures engagées par le Service public de l'emploi (SPE) sont évaluées par un tableau de bord mensuel. Celui-ci présente le degré de réalisation des objectifs par territoire, en termes d'entrée des publics cibles dans les mesures, d'impact sur le marché du travail et sur les secteurs en difficulté de recrutement. On observe un niveau élevé d'exécution de la programmation, mais des résultats contrastés selon les mesures. Ainsi, les Contrat Initiative Emploi ont été réalisés à 74 % et les Stages d'accès à l'emploi à 76 %. Les objectifs d'entrée des publics cibles dans les mesures ne sont pas tous atteints (particulièrement pour les femmes et les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion – RMI – dans les mesures d'accès à l'emploi pour le secteur marchand). Ils sont en revanche largement atteints pour les publics handicapés, qui représentent 20 % de l'ensemble des bénéficiaires.

L'année 2002 a été marquée par la publication, à l'intention de l'ensemble des partenaires, des huit synthèses départementales des diagnostics et plans d'action locaux réalisés par les équipes locales du SPE. Les bénéficiaires des entretiens, prévus dans le programme d'action personnalisé pour un nouveau départ (PAP-ND), organisés par l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) étaient au nombre de 294 796 en 2002, dont 53 % de femmes.

Si les contrats d'apprentissage enregistrés sont globalement stables d'une année sur l'autre (- 1 %), ceux d'orientation, d'adaptation et de qualification des jeunes connaissent une baisse sensible, suivant en cela l'évolution de l'activité économique (respectivement : - 12 %, - 30 % et - 6 %). Les contrats de qualification adultes ont encore enregistré une progression (+ 26 %), mais ne représentent, avec 938 contrats, qu'une faible partie du total des mesures. Par ailleurs, 7 852 jeunes ont bénéficié en 2002 du programme Trajet d'accès à l'emploi (TRACE), tandis que 3 108 jeunes sans qualification bénéficiaient des nouveaux contrats jeunes en entreprise.

Développement économique sur les territoires

L'augmentation constatée du chômage n'a toujours pas réduit les difficultés de recrutement dans les emplois qualifiés de certaines branches : bâtiment et travaux publics – BTP –, électricité et électronique, métiers de bouche, de la santé, maintenance et transports. Une actualisation des difficultés de recrutement en Rhône-Alpes a été publiée en avril 2002 : elle a mis en exergue les fortes tensions sur la demande d'emploi observées par métiers (ROME) et par zones de la territorialisation. Ce document a permis d'établir la liste des métiers ouvrant droit à l'allocation de fin de formation dérogatoire, prévue par la convention du 1^{er} janvier 2001 sur l'indemnisation du chômage et l'aide au retour à l'emploi.

Avec l'appui de l'unité Observatoire et Études de l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), une exploitation statistique des documents transmis par les utilisateurs d'emplois jeunes

du secteur associatif sur les actions de professionnalisation engagées par eux depuis 1997 a été réalisée au niveau régional. La synthèse a démontré la nécessité de fournir une information à ces jeunes par le biais d'un numéro vert sur les ressources qu'ils peuvent mobiliser, aussi bien en matière d'accès à la formation, de bilan de compétences que de mise en relation avec les professionnels de l'orientation.

Emploi de qualité et valorisation du potentiel humain

En matière de développement des compétences, plusieurs actions ont été mises en œuvre, notamment dans le cadre des engagements de développement de la formation (EDDF), par la déclinaison des accords nationaux dans le textile, les industries graphiques et l'artisanat du BTP, mais aussi par le biais d'actions collectives dans les services, le médico-social, le secteur agricole et les petites et moyennes entreprises (PME). Trois contrats d'études prospectives régionaux se sont achevés et un contrat d'objectif avec le bâtiment a été conclu en 2002.

Les éléments de proposition pour une politique régionale concertée en matière de validation des acquis (VAE) ont été débattus lors d'un séminaire en juillet 2002, réunissant les services de l'État, la Région et les partenaires sociaux. Il en est ressorti le besoin de formaliser les attentes des partenaires par un protocole d'accord. Actuellement en cours d'approbation, celui-ci portera sur l'information, l'orientation et l'accès des salariés à la VAE. Il incitera les entreprises à l'intégrer dans la gestion de leurs ressources humaines. Mais il devra aussi prévoir l'accompagnement des personnes, l'organisation des jurys et l'aide aux préconisations en développant une formation ouverte. D'ores et déjà, une cellule régionale inter-services a été mise en œuvre. Des relais d'informations sur la VAE fonctionnent depuis octobre 2001 avec l'appui des Centres inter-institutionnels de bilans de compétence (CIBC).

En 2002, le service régional de contrôle de la formation professionnelle a réalisé 107 contrôles, dont 50 sur place, d'organismes de formation, d'entreprises et de porteurs de projets bénéficiant de concours du Fonds social européen. La masse contrôlée s'est élevée à plus de 2,6 M€. L'accent a été mis sur les organismes qui dispensent des formations en alternance. Les vérifications effectuées ont concerné, depuis deux ans, des prestataires représentant 15 % du chiffre d'affaires de ce secteur.

Favoriser le dialogue social et protéger les salariés

L'appui au dialogue social s'est poursuivi dans la région par l'extension des démarches de professionnalisation des acteurs de l'entreprise (membres du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et délégués du personnel), pour l'évaluation des risques professionnels ou les plans d'action en matière de santé au travail. La quasi-totalité des sites industriels classés Seveso (83 dans la région) ont fait l'objet, à la demande du DRTEFP, d'un contrôle et d'un suivi en 2002. Ces opérations ont été l'oc-

casion d'un rapprochement avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) : échanges de pratiques, formations communes... Ils ont également donné lieu à l'élaboration d'outils méthodologiques de contrôle et de synthèses qualitatives. Grâce à ces dernières, une action régionale de communication vers les organisations professionnelles concernées (industries chimiques) est en cours de lancement. Dans le secteur du bois, des groupes de travail devraient permettre la mise en place, en 2003, d'un site web consacré à la santé-sécurité dans ce secteur, avec l'appui des professionnels de la branche.

Le dialogue social, élément fort du contrat de plan État-Région, a été très actif en 2002, à travers la convention pluriannuelle conclue avec l'association ARAVIS. Cela a constitué un lieu de concertation important, notamment sur la gestion des compétences et la prévention des risques. Par ailleurs, douze projets territoriaux sur le thème de la gestion des ressources humaines étaient en cours de réalisation. La mission d'appui au dialogue social (création d'un poste à temps plein en Rhône-Alpes) a développé ses activités auprès des partenaires économiques.

La convention d'application du plan d'action pour l'égalité entre les femmes et les hommes a été conclue en novembre 2002 entre l'État et la Région. Celle-ci porte notamment sur l'orientation et le développement personnel et professionnel, l'égalité professionnelle dans les entreprises, le renforcement de la contribution des femmes au développement économique et l'articulation des temps de vie. Elle doit permettre de fédérer les moyens d'actions des pouvoirs publics au service de projets émanant des territoires.

Renforcer la capacité de pilotage et optimiser la gestion des ressources

L'année 2002 se caractérise par la nomination d'un secrétaire général du comité technique régional et interrégional (CTRI) au 1^{er} septembre. Une de ses missions est de développer les outils de contrôle de gestion, mais aussi de préparer les décisions du CTRI en matière de ressources humaines et de moyens de fonctionnement des services. La déclinaison régionale de l'analyse des ressources humaines par domaines de métiers a permis de sensibiliser les membres du CTRI sur les caractéristiques comparées des emplois occupés dans les neuf sites de la région.

Des tableaux de bord des actions mises en place par le SPE dans chaque territoire permettent de connaître mois par mois, depuis deux ans, les écarts entre les résultats et les objectifs prévus par mesures, populations cibles et impact sur le marché du travail. En outre, le service des finances et du contrôle de gestion produit en ligne sur le réseau un suivi financier des crédits d'intervention par programme et gestionnaire : il permet de connaître en temps réel les niveaux d'engagement et de mandatement, ainsi que le volume des actes de gestion (4 366 en 2002). Il faut noter que les crédits du Fonds social européen représentent 66 % des moyens d'intervention mobilisés en 2002.

Par ailleurs, dans le cadre de la réforme des procédures des interventions financières de l'État, et en particulier du nouveau Code des marchés publics, ce même service s'investit dans la mise en place des règles nouvelles. Il a ainsi contribué à la réalisation de l'appel d'offres européen ayant permis l'équipement ou le renouvellement de 225 postes du parc informatique de la DRTEFP et des DDTEFP de Rhône-Alpes.

Indicateurs régionaux

Population totale 2001 (rang pour la population)	5 718 130 (2)
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2001	110 226
Nombre de naissances domiciliées en 2001	75 990
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2001	8,0
Nombre d'établissements comportant des lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (au 31/12/01)	166
Nombre de lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique public+privé (au 01/01/02)	22 528
Densité des médecins généralistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	109
Densité des médecins spécialistes libéraux (au 01/01/02) - Taux pour 100 000 habitants	85
Nombre de lits en structures médicalisées pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	69,0
Nombre de places en services de soins à domicile pour personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus (au 01/01/02)	14,9
Nombre de lits ou places en établissements pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20 ans (au 01/01/02)	7,9
Nombre de lits ou places d'hébergement pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,2
Nombre de place dans des établissements de travail protégé pour 1000 habitants de 20 à 59 ans (au 01/01/02)	3,3
Nombre d'allocataires du RMI (au 01/01/02)	65 624

Les annexes

■ Les chronologies	199
■ Les lois votées	204
■ Les rapports de référence	205

Les chronologies

L'année 2002

Evènements généraux

Janvier

- 1^{er} Entrée en vigueur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), en application de la loi votée le 26 juin 2001.
Entrée en vigueur du congé de paternité.
- 16 Présentation d'un plan de renforcement des services gériatriques
- 24-25 Colloque sur la politique culturelle dans les établissements de santé.
- 30 Première journée consacrée aux réseaux de prise en charge du diabète.

Février

- 5 Présentation d'un plan triennal de lutte contre les maladies cardio-vasculaires.
- 19-20 Colloque « Mieux vivre la cité, l'accessibilité pour tous », avec la participation des huit ministères concernés. Annonce par la ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, de mesures nouvelles pour permettre l'accueil de 4000 élèves handicapés supplémentaires à la prochaine rentrée scolaire.
- 22 Présentation du second programme national pour le développement des soins palliatifs (2002-2005).
- 22 Décret n° 2002-254 relatif à la création de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) et décret n° 2002-255 créant une Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection (DGSNR).

Mars

- 1^{er} Décret n° 2002-299 sur l'organisation et le fonctionnement de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE), créée par la loi du 9 mai 2001.
- 4 Annonce du passage progressif du *numerus clausus* en deuxième année de médecine de 4 700 à 6 000 étudiants par an.
- 11 Lancement d'un programme d'actions en vue de développer la participation de l'État à l'aide à domicile des personnes âgées.
- 13 Signature d'un accord cadre entre le ministère, le FASILD et la société de travail intérimaire Adecco pour lutter contre les pratiques discriminatoires dans l'entreprise.
- 14 Signature d'un avenant prolongeant jusqu'en 2006 la convention interministérielle du 25 février 2000, de mise en œuvre d'une politique d'égalité des chances entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes.
- 15 Annonce, à l'occasion de la Journée nationale des urgences, de mesures pour améliorer le fonctionnement des services d'urgence.

Avril

- 15 Ouverture d'une nouvelle version du portail « santé.fr » donnant accès à l'ensemble des agences sanitaires sous tutelle du ministère.
- 16 Présentation par les ministères chargés de la justice et de la santé d'un programme triennal 2002-2005 pour l'amélioration de la prévention et la prise en charge sanitaire des détenus.
Présentation d'un plan d'action pour le développement des métiers de l'aide à la personne.
- 18 Installation du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).
- 19 Présentation des mesures destinées à améliorer la prévention et l'organisation des soins dans les départements et territoires d'outre-mer.
- 29 Décret n° 2002-637 relatif à l'accès du patient à son dossier médical, en application de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- 29 Décret n°2002-638 fixant le statut de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

Mai

Le 5 mai, élection de Jacques Chirac comme président de la République

• *Le 7 mai, nomination du premier gouvernement de Jean-Pierre Raffarin, Premier ministre : François Fillon est ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et Jean-François Mattei ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*

Les 9 et 16 juin, élections législatives

Le 17 juin, nomination du deuxième gouvernement de Jean-Pierre Raffarin :

- *François Fillon, ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité*
- *Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*
- *Jean-Louis Borloo, ministre délégué à la ville et à la rénovation urbaine*
- *Nicole Ameline, ministre déléguée à la parité et à l'égalité professionnelle*
- *Christian Jacob, ministre délégué à la famille*
- *Hubert Falco, secrétaire d'Etat aux personnes âgées*
- *Dominique Versini, secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion*
- *Marie-Thérèse Boisseau, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées*

- 3 Décret n° 2002-781 relatif au Conseil national pour l'accès aux origines personnelles.
- 17 Première consultation des partenaires sociaux par le Premier ministre et le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité.
- 23 Saisine du Conseil économique et social par le Premier ministre sur les modalités d'harmonisation du SMIC, dans le cadre de la loi sur les 35 heures.

Juin

- 5 Signature d'un accord entre la CNAM et les représentants de médecins généralistes prévoyant une revalorisation de la consultation à 20 euros à compter du 1^{er} juillet.
- 19 Annonce par l'UNEDIC d'un ensemble de mesures destinées à réduire le déficit de l'assurance chômage.

Juillet

- 1^{er} Revalorisation du SMIC horaire de 2,4 %.
- 11 Présentation devant la commission des comptes de la sécurité sociale des grandes orientations de la politique du gouvernement en matière de santé et d'assurance maladie.

Août

27 août – 2 septembre

- Réunions avec les partenaires sociaux sur les mesures d'aménagement des 35 heures.
- 29 Promulgation de la loi instituant le contrat jeune en entreprise.

Septembre

- 4 Présentation en Conseil des ministres du dispositif expérimental d'accueil et d'insertion des mineurs à la rue.
- 6 Réunion annuelle de la commission nationale de la négociation collective : annonce des mesures sur l'harmonisation des SMIC, sur l'aménagement des 35 heures, et sur un dispositif d'allègement des charges ciblé sur les salaires moyens et modestes.
- 9 Installation de la commission d'orientation sur la lutte contre le cancer, chargée de définir le contenu et les objectifs du plan cancer.
- 18 Présentation en conseil des ministres du projet de loi relatif aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi.
- 24 Présentation devant la Commission des comptes de la Sécurité sociale, des grandes lignes du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2003.

Octobre

- 5 Annonce de la création de 500 postes d'auxiliaires de vie et de 200 places supplémentaires en service de soins infirmiers à domicile pour les handicapés.
- 8 Colloque sur la prise en charge de la douleur et les objectifs du deuxième plan de lutte contre la douleur 2002-2005.
- 22 Installation des groupes de travail chargés de préparer la conférence de la famille.
- 29 Annonce du remplacement des emplois-jeunes par le « contrat d'insertion dans la vie sociale » (CIVIS) pour les jeunes de 18-25 ans possédant au plus le baccalauréat.
- 30 Présentation en conseil des ministres du programme de rénovation urbaine.

Novembre

- 7-27 Consultations régionales pour définir les objectifs et les programmes de santé qui seront pris en compte dans la prochaine loi de programmation quinquennale en santé publique.
- 19 Installation du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées.
- 20 Présentation du plan « Hôpital 2007 », doté de 6 milliards d'euros sur 5 ans.
- 25 Avis du Haut Conseil de la population et de la famille sur « Le vieillissement des personnes handicapées ».
- 27 Inauguration de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE).
- 27 Installation du conseil de surveillance du Fonds de réserve pour les retraites.

Décembre

- 3 Installation, par le Président de la République, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, dans sa nouvelle composition.
- 5 Présentation des mesures de renforcement du dispositif permanent d'urgence sociale
- 11 Elections prud'homales.
- 12 Installation du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE).
- 13 Présentation du rapport annuel de l'IGAS « Politiques sociales de l'État et territoires ».
- 17 Colloque sur « Les soins palliatifs en France et à l'étranger ».
- 19 Table ronde sur l'égalité professionnelle, réunissant l'État et les partenaires sociaux.

Les chronologies

L'année 2002 Evènements internationaux

Mars	8	Journée internationale des femmes
Avril	8-12	Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement « Construire une société pour tous les âges », organisée à Madrid par l'ONU.
	17	Journée mondiale de la santé organisée par l'OMS, sur le thème « Pour votre santé, bougez ».
	25	Premier conseil d'administration du GIP Esther (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau).
Mai	8-10	2 ^e sommet mondial consacré aux enfants, organisé par l'ONU à New York.
Juin	3	Adoption par le conseil « Emploi et politiques sociales » de la nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail (2002-2006).
	26	Adoption par le Parlement européen et le Conseil du nouveau programme communautaire de santé publique (2002-2006).
Juillet	7-12	14 ^e conférence internationale sur le sida, organisée à Barcelone par l'ONUSIDA .
Septembre	26 août-4 septembre	2 ^e Sommet de la terre réuni à Johannesburg par les Nations-Unies sur le thème du développement durable, en présence de plus de 100 chefs d'Etat et de gouvernement. Adoption d'un plan d'action.
	11-13	Réunion à Berlin de la conférence régionale des Nations Unies pour l'Europe sur le thème du vieillissement et adoption d'un plan d'action en 10 engagements.
	16-17	Conférence des ministres européens chargés des questions de migration à Helsinki.
Octobre	23	Nomination de Philippe Séguin comme délégué du gouvernement français au conseil d'administration du Bureau international du travail (BIT).
Novembre	7	Signature d'un accord franco-russe de coopération en matière de travail et d'emploi.
Décembre	1 ^{er}	15 ^e édition de la journée mondiale de lutte contre le Sida, sur le thème « Stigmatisation, discrimination associées au VIH/Sida et droits des personnes humaines ».

Les chronologies

L'année 2002 Evènements internes

Janvier	1 ^{er}	Entrée en vigueur de l'ARTT au ministère de l'emploi et de la solidarité.
Février	14	Deuxième journée internationale du ministère, organisée par la DAEL.
Avril	4-10	Séminaire de lancement du projet ACCORD – INDIA pour un nouveau système interministériel d'information financière, budgétaire et comptable sur le budget de l'État.
	25	Décret n° 2002-613 du 25 avril 2002 réformant le statut de l'IGAS.
Mai	3	Premier conseil d'administration de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).
	30	Journée sans tabac au ministère avec une exposition et des actions d'information dans l'ensemble des services, à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac du 31 mai.
Juin	25	Nomination d'Etienne Marie au poste de directeur de l'administration générale, du personnel et du budget.
	28	Célébration à Rennes du quarantième anniversaire de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP).
Août	1 ^{er}	Nomination de Colette Horel au poste de déléguée interministérielle à la lutte contre le travail illégal.
Septembre	24	Première rencontre des directeurs des services déconcentrés du secteur travail avec François Fillon.
	26	Réouverture au public interne du Centre de ressources documentaires multimédia (CRDM) des ministères, après d'importants travaux de rénovation.
Octobre	10-11	Première rencontre des directeurs des services déconcentrés du secteur santé avec Jean-François Mattei.
	24	Nomination du docteur Didier Jayle en qualité de président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).
Novembre	7	Nomination de Gérard Sarracanie au poste de délégué interministériel à l'innovation sociale et à l'économie sociale.
	14	Nomination de Dominique Libault au poste de directeur de la sécurité sociale.

Les lois votées

- ▶ **Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002**
rénovant l'action sociale et médico-sociale (parue au JO du 3 janvier)
- ▶ **Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002**
de modernisation sociale (parue au JO du 18 janvier)
- ▶ **Loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002**
relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'État (parue au JO du 23 janvier)
- ▶ **Loi n° 2002-267 du 26 février 2002**
portant règlement définitif du budget de 2000 (parue au JO du 27 février)
- ▶ **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002**
relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (parue au JO du 5 mars)
- ▶ **Loi n° 2002-304 du 4 mars 2002**
relative au nom de famille (parue au JO du 5 mars)
- ▶ **Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002**
relative à l'autorité parentale (parue au JO du 5 mars)
- ▶ **Loi n° 2002-308 du 4 mars 2002**
tendant à la création d'un régime de retraite complémentaire obligatoire pour les non-salariés agricoles (parue au JO du 5 mars)
- ▶ **Loi n° 2002-311 du 5 mars 2002**
relative au régime d'assurance chômage des intermittents du spectacle (parue au JO du 6 mars)
- ▶ **Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002**
portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie (parue au JO du 7 mars)
- ▶ **Loi de finances rectificative pour 2002**
(loi n° 2002-1050 du 6 août 2002 parue au JO du 8 août)
- ▶ **Loi n° 2002-1095 du 29 août 2002**
portant création d'un dispositif de soutien à l'emploi des jeunes en entreprise (JO du 30 août)
- ▶ **Loi n° 2002-1276 du 23 octobre 2002**
de règlement définitif du budget 2001 (JO du 24 octobre)
- ▶ **Loi n° 2002-1303 du 29 octobre 2002**
portant modification de certaines dispositions du code de commerce relatives aux mandats sociaux (JO du 30 octobre)
- ▶ **Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003** (loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 parue au JO du 24 décembre)
- ▶ **Loi de finances pour 2003**
(loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 parue au JO du 31 décembre)
- ▶ **Loi de finances rectificative pour 2002**
(loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002, parue au JO du 31 décembre)
- ▶ **Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002**
relative à la responsabilité civile médicale (JO du 31 décembre)

Les rapports de référence

SANTÉ

L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé. Rapport présenté au comité consultatif de santé mentale du 11 avril 2002, 82 p. (*)

Rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé, 29 p. (*)

La formation continue des médecins libéraux. Rapport de Mme Dominique Laurent, 40 pages

La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité. Jean-Luc Roelandt, 60 p. (*)

Rapport de la Mission « Démographie des professions de santé ». Yvon Berland, Thierry Gausseron, 113 p. + annexes (*)

L'éthique clinique. Rapport de la mission pour le développement de l'éthique clinique en France, 42p.

L'accès à la méthadone en France : bilan et recommandations. Marie-Josée Augé-Caumon, 92 p.

Santé des jeunes : orientations et actions à promouvoir en 2002. Xavier Pommereau, 33 p. (*) (**)

Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risque, outils de repérage, conduite à tenir. Michel Reynaud. Rapport Edité par La Documentation française , 277 p. (**)

La lutte contre le saturnisme. Véronique Ponchet de Langlade, 24 p. (*)

La régulation de l'industrie et du marché du médicament. Rapport de synthèse de la Mission interministérielle d'enquête, sous la direction d'Isabelle Yeni et Gildas Le Coz. Rapport de l'IGAS et du Conseil général des mines, 36 p. + annexes

La distribution au détail du médicament vétérinaire. Rapport IGAS, 79 p. (**)

Conservation d'éléments du corps humain en milieu hospitalier. Rapport de l'IGAS, 156 p. (**)

Les traumatisés crâniens. Rapport définitif du groupe de travail interministériel sous la direction d'Elisabeth Vieux. Publié par le ministère de la justice, pagination multiple (site justice)

Explosion de l'usine AZF de Toulouse le 21 septembre 2001 : enseignement et propositions sur l'organisation des soins, 52 p. (*)

ACTION SOCIALE ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Le parrainage. Marie-Dominique Vergez, 69 p. + annexes

Assistants et assistants maternels : propositions d'évolution d'un statut. Rapport des groupes de travail animés par la Direction Générale de l'action sociale. 52 p.

L'environnement médiatique des jeunes de 0 à 18 ans : que transmettons-nous à nos enfants ? Rapport du Collectif Interassociatif Enfance Médias (CIEM), 97 p.

Des lieux d'accueil pour le maintien des relations enfants-parents. Rapport du groupe de travail présidé par Benoît Bastard, 152 p.

La situation d'enfants Réunionnais placés en métropole dans les années 1960 et 1970. Pierre Naves, Christian Gal. Rapport IGAS, 63 p. + annexes (**)

Le développement de l'accès aux aides techniques dans le cadre de la structuration des dispositifs favorisant la vie autonome pour les personnes handicapées. Danièle Rouaud. 2 volumes (44, 56 p.)

Les logements-foyers pour personnes handicapées. Jean-Pierre Grunspan, Conseil général des ponts et chaussées. 4 tomes. (où est-il en ligne ?)

Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap – du fait de troubles psychiques – et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches. Michel Charzat, Marie-France Gouriou, 134 p.

Le système de prostitution : une violence à l'encontre des femmes. Malka Marcovich, Adeline Hazan. Service des droits des femmes et de l'égalité. 42 p. (*)

L'image des femmes dans la publicité. Rapport sous la direction de Brigitte Grésy. Edité par La documentation française. 184 p.

Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Michel Debout, 81 p.

Rapport sur les immigrés vieillissants. Françoise Bas-Théron et Maurice Michel. Rapport IGAS, 86 p. (**)

L'adaptation des programmes télévisés aux personnes sourdes et malentendantes. Jacques Charpillon. Inspection générale de l'administration des affaires culturelles, 33 p.

Rapport de la mission d'étude en vue de la révision de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, 82 p.

TRAVAIL, EMPLOI ET FORMATION PROFESSIONNELLE

Avenirs des métiers. Rapport du groupe « Prospective des métiers et qualifications » du Commissariat général du plan. Christine Afriat, Claude Seibel. Publié par La Documentation française, 199 p. (**)

2005 : le choc démographique, défi pour les professions, les branches et les territoires. Rapport du groupe de travail « Qualifications et prospective » du Commissariat général du plan. Michel Amar. Publié par La Documentation française, 187 p. (**)

Âges et emploi : propositions pour une politique concertée de gestion prévisionnelle des âges. Rapport de Bernard Quintreau, 75 p.

Pour une meilleure articulation des temps de vie. La prise en compte, par les entreprises, de l'articulation entre la vie familiale et la vie professionnelle des salariés. Rapport du groupe de travail animé par Brigitte Gresy, 28 p. (*)

L'accès des femmes salariées à la formation continue et des effets sur leur carrière. Rapport du groupe de travail du Conseil supérieur de l'égalité professionnelle. Christine Fournier. Publié par La Documentation française, 69 p.

Immigration, marché du travail, intégration. Rapport du séminaire présidé par François Héran. Publié par La Documentation française, 410 p. (**)

SÉCURITÉ SOCIALE

Vers la réparation intégrale des accidents du travail et des risques professionnels : éléments de méthode. Michel Yahiel. Rapport IGAS, 23 p.

Les relations entre l'État et l'assurance maladie. Rolande Ruellan, 24 p. (*)

GESTION PUBLIQUE

Enquête sur le fonctionnement et l'activité des missions régionales et interdépartementales d'inspection-contrôle-évaluation (MRIICE). Jeanine Barberye, Mathilde Lignot-Leloup, Sylvain Picard. Rapport IGAS, 164 p.

Livre blanc : le dialogue social dans la fonction publique, janvier 2002. Jacques Fournier. La Documentation française. 180 p. (**)

Administration électronique et protection des données personnelles : livre blanc. Pierre Truche, Jean-Paul Faugère, Patrice Flichy. Ministère de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, 71 p. (**)

Rapport du Groupe de travail interministériel sur la qualité de la réglementation. Dieudonné Mandelkern (dir.). Ministère de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, 139 p. (**)

(*) rapports en ligne sur un de sites du ministère : www.sante.gouv.fr, www.social.gouv.fr, www.travail.gouv.fr

(**) rapports en ligne sur le site de la Documentation française : www.ladocfrancaise.gouv.fr, rubrique « rapports publics »



L'administration du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle



Ministère des Affaires sociales,
du Travail et de la Solidarité

Rapport d'activité 2002

Sommaire

Les politiques 6

- Introduction
- Les chiffres clés

- Les relations et les conditions de travail
- L'emploi et la formation professionnelle
- L'égalité entre les femmes et les hommes
- L'inspection et le conseil
- L'action européenne et internationale
- L'observation, l'expertise et la prospective
- Le fonctionnement des services

L'action territoriale 41

- Les 26 régions

Les annexes 167

- Les chronologies
- Les lois votées
- Les rapports de référence



Introduction

Revaloriser le travail tout en réaffirmant la place de la solidarité

*L*es services du secteur travail-emploi mettent en œuvre les grandes réformes décidées par le Gouvernement dans de nombreux domaines :

- le développement et le maintien de l'emploi : aides à l'emploi marchand et non marchand, l'aide à la création d'activités, aux structures de l'insertion par l'activité économique et la contribution à une meilleure intervention face aux mutations économiques ;
- l'accès à l'emploi, par l'accompagnement des parcours, notamment en faveur des publics en difficulté, des personnes handicapées ;
- la garantie des droits des salariés et l'encouragement au dialogue social notamment par la santé et la sécurité au travail, l'amélioration de l'accès au droit ;
- l'entretien et le développement des compétences et des qualifications tout au long de la vie, par une meilleure formation et une certification des actifs, un renforcement du partenariat et le développement de la qualité de la formation professionnelle ;
- le pilotage et l'évaluation des programmes pour répondre aux besoins des usagers, par la rénovation des politiques de ressources humaines et le développement de l'expertise et de l'évaluation des programmes.

Ils jouent un rôle essentiel dans l'animation du dialogue social et la modernisation de rapports sociaux.

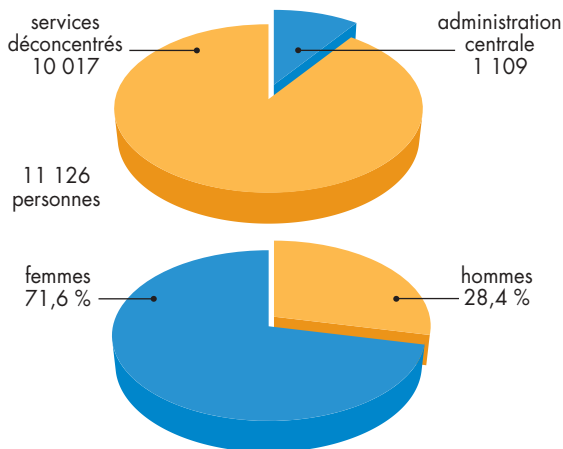
Ils élaborent et veillent à l'application de la législation du travail, encouragent le développement de la négociation collective.

Ils développent une politique active de l'emploi en participant à l'élaboration et en gérant les politiques d'intervention destinées à favoriser la création d'emplois, à lutter contre l'exclusion sociale et professionnelle, à anticiper les mutations économiques et à accompagner les restructurations des entreprises.

Ils encouragent le développement de la formation professionnelle, tant pour adapter les qualifications professionnelles à la modernisation des entreprises que pour permettre à chacun de se former tout au long de la vie et d'accéder à l'emploi notamment pour les plus défavorisés.

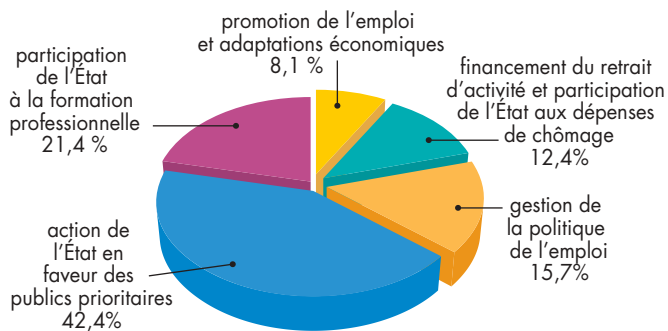
Les chiffres clés de l'administration du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

Les effectifs*



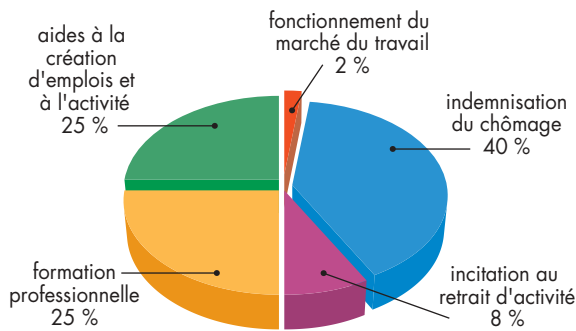
*Données 2002 - Source : Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, Direction de l'administration générale et de la modernisation des services (DAGÉMO).

Le budget en 2002 : 16,615 milliards d'euros



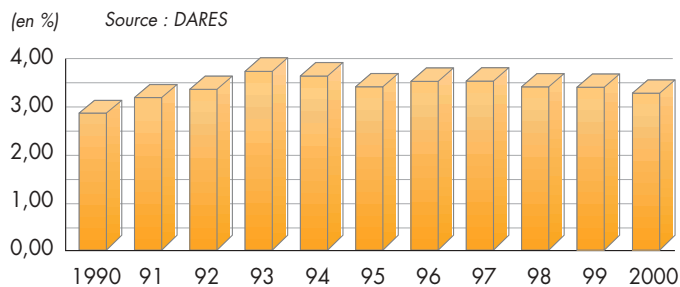
Source : DAGÉMO

Structure de la dépense pour l'emploi en 2000



Source : Comptes de l'emploi - DARES

La dépense pour l'emploi exprimée en points de PIB



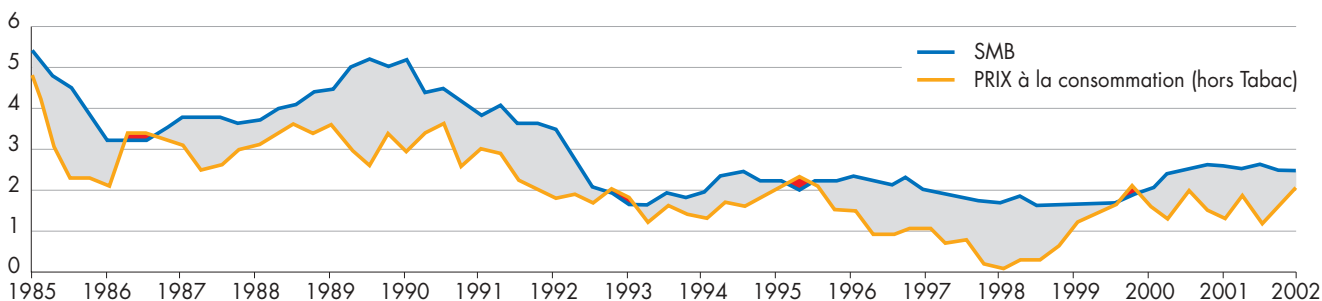
Baisses générales de cotisations sur les bas salaires et réduction du temps de travail

(en millions d'euros)

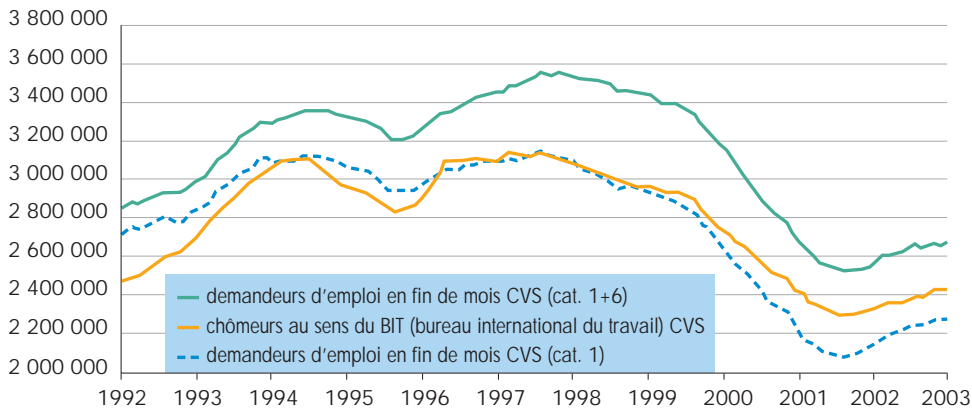
Réductions dégressives bas salaires (entr. à 39 h.)	5 116
ARTT (loi Robien 11 juin 1996)	506
Loi Aubry 1 (13 juin 1998, 35 h.)	2 423
Loi Aubry 2 (19 janv 2000, ristourne 35 h.)	6 371
Total	14 416

Source : DARES. Budget des charges communes et ministère chargé de l'emploi (1993-1998), Ministère de l'emploi et de la solidarité (1999 et 2000), FOREC pour 2001.

Evolution des salaires mensuels de base et des prix à la consommation (glissement annuel en %)



Les demandeurs d'emploi de janvier 1992 à février 2003

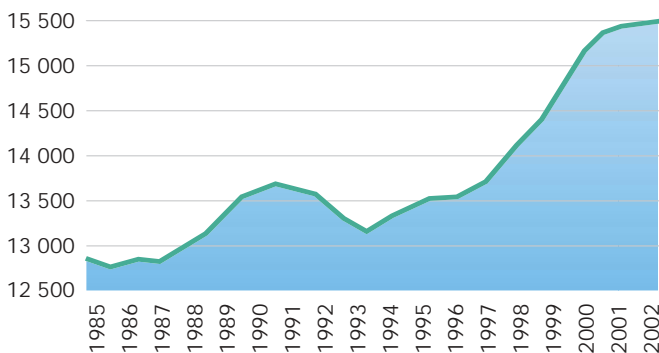


- DEFM CVS: demandeurs d'emploi en fin de mois (données C.V.S.: corrigées des variations saisonnières)
- Catégorie 1: toutes les personnes inscrites à l'A.N.P.E. déclarant être à la recherche d'un emploi à temps plein et à durée indéterminée, ayant éventuellement exercé une activité occasionnelle ou réduite d'au plus 78 heures dans le mois.
- Catégories 1+6: toutes les personnes inscrites à l'A.N.P.E. déclarant être à la recherche d'un emploi à temps plein et à durée indéterminée, y compris celles qui ont exercé une activité réduite de plus de 78 heures au cours du mois (catégorie 6).
- CHOMEURS BIT CVS: chômeurs au sens du bureau international du travail - B.I.T. (données C.V.S.); ce sont toutes les personnes sans emploi, à la recherche effective d'un emploi et immédiatement disponibles.

Source : MASTS-ANPE

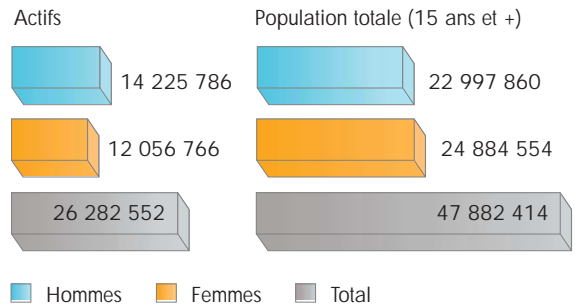
Evolution de l'emploi salarié depuis 1985

(en milliers)



Source : MASTS-ANPE

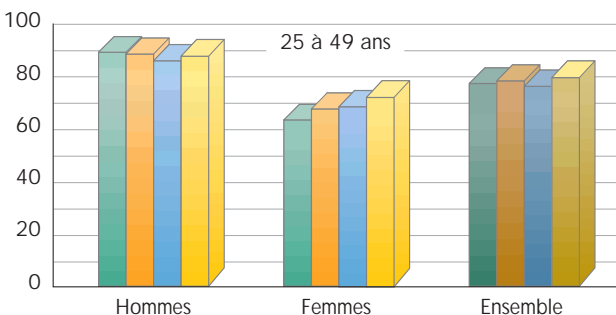
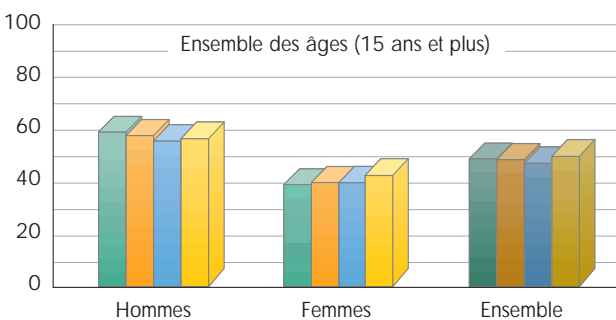
Répartition par sexe des actifs et de la population totale des personnes âgées de 15 ans et plus



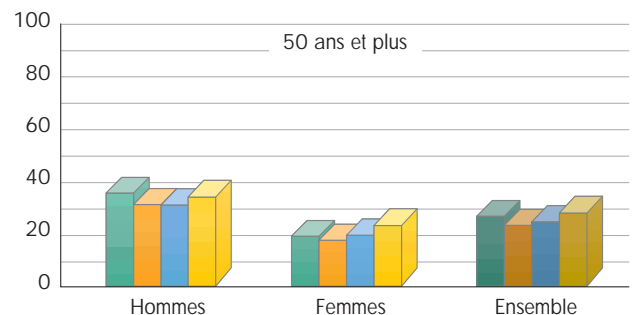
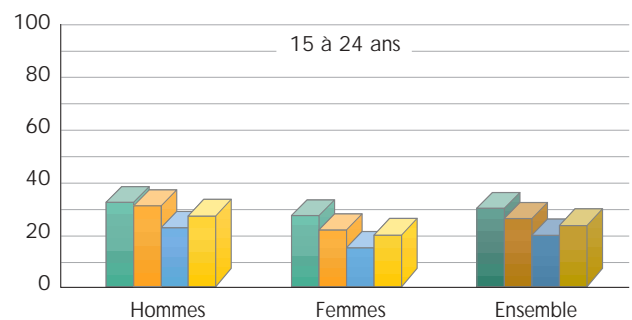
Source : INSEE, enquête annuelle sur l'emploi

Evolution du taux d'emploi (en %) de la population française

■ 1987 ■ 1992 ■ 1997 ■ 2002



Source : INSEE, enquête annuelle sur l'emploi



Les politiques

■ Les relations et les conditions de travail	7
■ L'emploi et la formation professionnelle	13
■ L'égalité entre les femmes et les hommes	17
■ L'inspection et le conseil	22
■ L'action européenne et internationale	28
■ L'observation, l'expertise et la prospective	34
■ Le fonctionnement des services	36

Les relations et les conditions de travail

LE DIALOGUE SOCIAL

Soutien aux partenaires sociaux

Le soutien au dialogue social et l'appui aux partenaires sociaux constituent l'une des missions prioritaires du ministère. Celle-ci revêt de multiples formes. Un représentant du ministère du Travail préside ainsi chacune des quatre-vingts commissions mixtes paritaires. La direction des relations du travail (DRT) accompagne et conseille également les branches de création récente ou présentant un contexte particulier. Enfin, elle favorise le bon fonctionnement des institutions représentatives du personnel.

Toutes ces interventions contribuent à faciliter le dialogue, indispensable au renforcement de la cohésion sociale et au développement de l'emploi.

Négociation collective : de nouvelles perspectives

Dans ce domaine, l'année 2002 a constitué une année de transition. Les évolutions probables du système de dialogue social ont été précisées. Depuis la position commune sur les voies et les moyens de la négociation collective, le gouvernement a souhaité engager des discussions sur ce thème avec les partenaires sociaux. Des échanges ont déjà eu lieu afin d'aboutir à une proposition de réforme permettant de conforter la négociation comme mode de régulation des relations sociales. En dépit d'un contexte économique général moins favorable, l'année 2002 s'est révélée particulièrement riche en ce domaine, avec 30 000 accords d'entreprise et près de 850 textes de branche. Après plusieurs années marquées par la question de la réduction du temps de travail, les partenaires sociaux abordent désormais de nouveaux sujets, à l'image du travail de nuit ou du thème émergeant de l'épargne salariale.



De façon générale, l'importance de la négociation d'entreprise confirme le développement structurel de ce niveau du dialogue social.

De nouveaux textes conventionnels

La Commission nationale de la négociation collective est chargée de l'examen et de l'analyse de propositions d'exclusion ou de réserve faites par l'administration sur les différents projets de textes. Grâce aux efforts conjugués du ministère du Travail et des partenaires sociaux, représentés à la sous-commission des accords, de nombreux textes conventionnels ont pu être signés en 2002. Ainsi, 645 accords ont été effectivement étendus au cours de l'année et environ 500 arrêtés d'extension pris, contre respectivement 553 et 499 en 2001.

LES CONDITIONS DE TRAVAIL

En 2002, l'approche de la lutte contre les risques professionnels a été rénovée et la réflexion approfondie. Plusieurs axes de progrès ont été développés au cours de cette année, portant notamment sur la veille ou les règles et la culture de prévention. Pour cela, le long processus de réforme de la santé au travail et le renforcement de la sécurité au travail dans les établissements à risques ont été menés dans la plus large concertation avec les partenaires sociaux.

Sur ce point, 2002 a été une année d'approfondissement, en particulier avec la loi du 17 janvier 2002,

qui a posé les grandes lignes des nouveaux dispositifs de réorganisation de la prévention et de modernisation de la médecine du travail.

Organiser la prévention

La préoccupation est double : garantir l'exigence de qualité posée par la loi et s'assurer, par des règles simples, de la mise en œuvre concrète de l'obligation de pluridisciplinarité. Un projet de décret a ainsi été présenté aux partenaires sociaux en décembre 2002, au sein du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Les modalités du recours aux compétences pluridisciplinaires y sont posées avec un souci de souplesse et de simplicité.

Moderniser la médecine du travail

Le ministère a établi un plan transitoire afin de garantir les ressources humaines nécessaires au maintien d'un système performant. Assurer l'indépendance des interventions de santé au travail - en termes statutaires comme dans l'organisation générale des services - a également été l'un des objectifs. Enfin, une réflexion sur les missions de la médecine du travail a été menée : refonte des règles de surveillance médicale, modulation des visites médicales périodiques, intervention des négociations de branches dans le dispositif... Ces mesures ont été menées à bien grâce à une large concertation. Il s'agit en effet d'intégrer la connaissance épidémiologique et la veille sanitaire professionnelle dans le cadre de la médecine du travail.

Maîtriser les risques technologiques

Le ministère a été chargé du volet social de la loi sur la maîtrise des risques technologiques, avec une double priorité : mieux évaluer et gérer les dangers liés au développement de la sous-traitance d'activités sur les sites les plus périlleux et impliquer davantage les salariés et leurs représentants dans la prévention. Là encore, les partenaires sociaux ont été associés aux décisions. Chaque fois, la négociation collective a été préférée à la voie réglementaire.

Enfin, plusieurs mesures relatives aux équipements de travail ont été prises. Elles concernent en particulier le levage, les ascenseurs, les téléphériques de service et les chutes de hauteur. Dans le même sens, le projet de décret relatif à la coordination de la sécurité lors des opérations de bâtiment et de génie civil est arrivé au terme de la phase de consultation.

Consolider l'activité de veille

L'objectif est ici de renforcer les sources d'informations nécessaires à la politique nationale de

prévention des risques professionnels. Le ministère s'appuie sur ses services territoriaux, les actions thématiques qu'il coordonne et définit, et sur les signalements communiqués par les services d'inspection du travail. Les études et la veille scientifique sont développées avec l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Le ministère a ainsi soutenu financièrement deux études sur les cancers du poumon et des voies aériennes et digestives supérieures et sur les cancers professionnels en Seine-Saint-Denis.

Informez pour mieux prévenir

Pour être effectives, les règles de prévention doivent être connues. Le ministère a donc entrepris de nombreuses actions d'information sur l'évaluation des risques professionnels, l'une de ses priorités pour 2002. Une plaquette, "Évaluer pour prévenir", a été éditée, afin de sensibiliser les entreprises, en particulier les PME. De nombreuses manifestations ont également été organisées, comme la "Semaine européenne 2002" sur le thème "Travailler sans stress" ou les journées "éthers de glycol". Le Conseil économique et social a également mis sur pied, avec le soutien du ministère, un colloque sur les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Toutes ces actions ont été complétées par des publications (fascicule "L'amiante" ou brochures relatives à l'approche participative par branche) et par un soutien à la prévention au niveau européen et international.

LA PRÉVENTION DES LICENCIEMENTS

Simplifier les procédures

Le ministère défend la qualité de la représentation des personnels dans les entreprises. Sur ce thème, il a rendu, en 2002, 1 049 décisions sur recours hiérarchiques. Il concourt également à la prévention et à l'accompagnement des licenciements, en favorisant le dialogue social au sein des entreprises.

En 2002, l'activité législative a notamment porté sur la procédure d'information et de consultation des institutions représentatives du personnel (IRP), lors de l'examen d'un plan de sauvegarde de l'emploi. Les dispositions de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 relatives aux licenciements collectifs ont fait l'objet d'un réexamen, afin de suspendre les mesures jugées les plus contraignantes et de renvoyer ce thème à la négociation entre les partenaires sociaux.

Ainsi, la loi du 3 janvier 2003 portant relance de la négociation sur les restructurations, a suspendu, pour une durée de dix-huit mois à compter de la promulgation de la loi, l'application des articles

97, 98, 99, 101, 106 et 116 de la LMS. Ceux-ci accroissaient en effet la complexité des procédures applicables en matière d'information et de consultation du comité d'entreprise et des organes de direction de l'entreprise. L'application de l'article 109 de la LMS, qui écartait le critère des qualités professionnelles de ceux retenus par la loi pour déterminer l'ordre des licenciements, a également été suspendu.

Dix-huit mois pour négocier

Ce thème a été renvoyé à la négociation entre les partenaires sociaux. L'objectif est de doter l'entreprise, en cas de restructuration, d'une procédure simplifiée, ouverte sur un véritable dialogue entre employeurs et représentants des salariés.

Durant cette période de dix-huit mois, les partenaires sociaux au niveau national sont en effet invités à conduire des négociations interprofessionnelles. Leur objet est de déterminer les voies et moyens permettant de faciliter le dialogue social, au sein de l'entreprise, sur les projets de restructurations et sur leurs incidences en matière d'emploi.

Ces négociations pourront servir de base à un nouveau projet de loi définissant les procédures relatives à la prévention des licenciements économiques et aux règles d'information et de consultation des représentants du personnel. S'il est déposé avant le terme des dix-huit mois, ce projet prolongera d'un an - à compter de son dépôt - la suspension de l'application des dispositions de la loi de modernisation sociale.

Durant le même temps, les partenaires sociaux au niveau de l'entreprise sont encouragés à engager une expérimentation sur les modalités d'information et de consultation des personnels, au titre des livres III et IV du code du travail. Cette disposition vise à conforter les "accords de méthode" déjà signés dans certaines entreprises et à encourager leur négociation dans les autres. Ces accords pourront définir les conditions de formulation, par le comité d'entreprise, de propositions alternatives au projet économique présenté par l'employeur. Ils pourront également fixer les modalités de négociation susceptibles d'aboutir à un accord sur les mesures de sauvegarde de l'emploi, de reclassement ou de reconversion des salariés dont l'emploi est menacé.

Les entreprises sont ainsi en mesure de se doter, par voie d'accord, d'une procédure simplifiée, favorisant un véritable dialogue entre employeurs et représentants des salariés. En contrepartie du caractère dérogatoire de l'accord, le projet de loi prévoit des garanties sur les conditions de négociation de cet accord.

LES ÉLECTIONS PRUD'HOMALES

Les élections générales aux conseils de prud'hommes ont eu lieu le 11 décembre 2002. Comme tous les cinq ans, employeurs, salariés et salariés involontairement privés d'emplois étaient appelés à élire les 14 610 juges du travail.

Conformément aux dispositions des articles L. 513-1 et suivants du Code du travail, le ministre chargé du travail a la responsabilité d'organiser ces élections en vue du renouvellement général des conseillers des prud'hommes. Il assure la qualité et la fiabilité des listes électorales et favorise l'accès des électeurs au scrutin.

Constitution des listes

La particularité de ce scrutin, d'une ampleur nationale comparable à celle des élections politiques (plus de 17,3 millions d'électeurs inscrits), réside principalement dans les modalités de constitution des listes électorales :

- les listes, entièrement renouvelées pour chaque scrutin, sont établies à partir des déclarations effectuées par les employeurs (pour eux-mêmes et leurs salariés) et par les salariés involontairement privés d'emploi ;
- les électeurs sont inscrits sur la liste électorale de la commune de leur lieu de travail (et non de leur domicile) et sont répartis entre 2 collèges et 5 sections.

Préparation du scrutin

Les spécificités de ce scrutin nécessitent de coordonner, pendant près de deux ans, un grand nombre d'acteurs institutionnels : mairies, préfectures, services déconcentrés des ministères du Travail, de l'Agriculture et des Transports, prestataires extérieurs... En effet, l'année 2002 a suivi un calendrier serré, découpé en cinq étapes successives et interdépendantes :

- recensement des établissements déclarants, à partir de fichiers sources, et envoi à ces établissements du matériel de déclaration (plus de 6,5 millions de plis envoyés) ;
- intégration des déclarations et transmission aux maires de listes électorales provisoires pour vérification ;
- édition des propositions de listes électorales et affectation des électeurs dans les bureaux de vote (50 tonnes de listings édités) ;
- arrêt des listes électorales et envoi des cartes électorales aux électeurs ;
- préparation du scrutin (23 000 bureaux de vote). À chaque étape, le ministère centralise, intègre et diffuse aux acteurs concernés les renseignements sur les électeurs, par l'intermédiaire d'un centre de traitement entièrement consacré à l'organisation des élections prud'homales.

Parallèlement, le ministère du Travail a piloté le

développement et la production des outils nécessaires à la centralisation des résultats et mis en œuvre, tout au long de l'année, une campagne de communication nationale en faveur de l'inscription et du vote. Des dispositions législatives ont été adoptées pour éviter la reproduction des tentatives de détournement politique de l'institution, observées en 1997. L'impartialité de la juridiction prud'homale a ainsi été garantie. D'autres mesures ont été prises pour faciliter l'accès aux urnes, simplifier le vote par correspondance, rapprocher les bureaux de vote des zones d'activité professionnelle, instaurer un recours gracieux devant les maires en cas de contestation de l'inscription...

Vers davantage de simplification

Le niveau insuffisant de participation, malgré des chiffres encourageants (voir encadré), mais aussi les difficultés rencontrées tout au long de l'opération, restent décevants au regard des enjeux de ces élections et de la charge de travail très importante que représente leur organisation. Aussi, dans le prolongement de ce scrutin et conformément aux engagements pris le soir même par le ministre du Travail, une enquête conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de l'administration (IGA) a été engagée, afin de poursuivre la simplification et la modernisation des processus électoraux.

Les élections 2002 en chiffres

Le scrutin 2002 montre une amélioration de l'action du ministère par rapport aux scrutins précédents :

- Les listes électorales de 2002 comptent 17,3 millions d'électeurs soit 10 % d'inscrits supplémentaires par rapport à 1997 ;
- le pourcentage de participation a perdu un point par rapport au précédent scrutin (de 33,6 % en 1997 à 32,6 %), du fait principalement du nombre massif d'inscrits. Cependant, pour la première fois depuis vingt ans, le nombre de votants a augmenté, passant de 5,2 millions en 1997 à 5,6 millions.

LA LUTTE CONTRE LE TRAVAIL ILLÉGAL

Statistiques, études et documentations

Les statistiques

Devenue obsolète, la base de données TADEES ne permettait plus, depuis décembre 1999, de produire des statistiques exhaustives. La Délégation interministérielle à la lutte contre le travail illégal (DILTI) a donc élaboré en 2002 un nouveau

système national de traitement des données statistiques sur le travail illégal. Évolutif et plus puissant, ce programme est conçu pour offrir un éclairage qualitatif et quantitatif plus fin de la verbalisation. Il permettra de mieux évaluer l'action des services et de produire des analyses plus pertinentes, sur la base de données plus précises et complètes. Ce nouveau système national sera alimenté par le fichier COLTI, le dispositif local de production statistique géré par les comités opérationnels de lutte contre le travail illégal. La réalisation et le suivi opérationnel des plans d'action départementaux de lutte contre le travail illégal en seront ainsi améliorés. En attendant la mise en place de ce nouveau dispositif, la DILTI a produit des statistiques mesurant l'évolution globale de la verbalisation et l'action des services à cet égard.

Les études et les publications

La politique éditoriale de la délégation a pour priorité le développement d'outils de lutte contre le travail illégal, en dévoilant la diversité de ses dimensions et de ses enjeux. Les publications s'organisent autour de deux axes :

- des guides méthodologiques administratifs interministériels destinés aux services de contrôle habilités à lutter contre le travail illégal (cf. encadré sur les trois premières publications) ;
- des ouvrages grand public, répondant à l'obligation de communication institutionnelle et d'information et de prévention contre cette forme délinquance.

Les publications de la DILTI en 2002

La délégation a publié sept ouvrages. Parmi ceux-ci, deux études et enquêtes qualitatives (L'Intervention en France des entreprises étrangères prestataires de services en juin et L'Application du décret du 31 mai 1997 sur la possibilité pour l'administration de refuser les aides à l'emploi et à la formation professionnelle en août), ainsi que deux guides méthodologiques de contrôle destinés aux professionnels (Les Entreprises étrangères sur le territoire national, dont la première édition est parue en mai, et le Précis de réglementation sur le travail illégal en juillet). Enfin, outre la plaquette de présentation de la DILTI, deux ouvrages ont été édités à destination du grand public : le Guide des obligations sociales liées à l'emploi d'artistes et de techniciens dans le secteur du spectacle vivant en avril - en collaboration avec le Centre national de la cinématographie - et le Bilan 2001 des commissions départementales de lutte contre le travail illégal en juin.

La DILTI a également contribué à mieux cerner les pratiques de travail illégal dans le secteur du spectacle vivant, à l'occasion de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des affaires culturelles sur les "aménagement

ments à apporter au fonctionnement des annexes 8 et 10 du régime d'assurance-chômage" des intermittents du spectacle (novembre 2002). Ce rapport a par ailleurs repris plusieurs propositions d'actions de prévention formulées par la délégation.

Les formations

En 2002, la délégation a assuré la formation de 2 080 stagiaires, au cours de 80 actions de formations spécifiques ou interministérielles. Ces dernières concernent les corps de contrôle chargés de la lutte contre le travail illégal. Les formations spécifiques sont réalisées au profit d'un seul corps de contrôle.

Qui bénéficie des formations de la DILTI ?

En 2002, la délégation a conduit 28 formations interministérielles (666 stagiaires) et 52 formations spécifiques (1 414 stagiaires) : 1 pour la magistrature, 17 pour la Gendarmerie nationale, 6 pour la Police nationale, 5 pour les Douanes. Ont également bénéficié de formations : la Mutualité sociale agricole (3), l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (6), l'inspection du travail (8), les services fiscaux (2), l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles (1) et l'inspection du travail des transports (3).

Les conventions nationales et départementales

Les conventions de partenariat entre l'État et les organisations professionnelles doivent s'inscrire dans le programme national et départemental de lutte contre le travail illégal. Aussi la DILTI a-t-elle lancé, le 4 novembre 2002, une enquête sur les conventions départementales, afin d'évaluer leurs objectifs et leurs modalités de suivi. Cette étude a permis de recenser 273 conventions : 11 nationales, 3 régionales, 251 départementales, et 8 concernant les départements d'outre-mer.

Les premières informations tirées de cette enquête montrent que plus des deux tiers de ces conventions découlent elles-mêmes d'une convention nationale. Quatre secteurs représentent à eux seuls 69 % des conventions : le bâtiment et travaux publics (39 %), la coiffure (15 %), l'automobile (9 %) et les hôtels, cafés et restaurants (6 %).

Les signataires ont exprimé un certain nombre d'attentes communes, portant notamment sur le développement de l'information, la lutte contre le travail illégal, ainsi que le partenariat entre les services de l'État et les professionnels. Pour leur part, les professionnels des secteurs concernés sont plus particulièrement préoccupés par la concurrence déloyale.

L'activité de la section d'études et d'assistance (SEA)

Les effectifs de la SEA ont connu une évolution au cours de l'année : de 4 chargés de mission en début 2002, ils sont revenus au fil de l'année à l'effectif des années antérieures. Ce sous-effectif explique en partie la relative diminution de son activité, résumée dans le tableau suivant :

Actions menées	Nombre (en 2001)	Nombre (en 2002)
Assistance aux corps de contrôle	225	219
Signalements émis	60	54
Formations spécifiques	65	60
Missions d'assistance	9	8
Réunions avec les organismes et administrations partenaires	80	69
Participation aux COLTI	20	19
Participation aux commissions départementales	4	1

À ces chiffres, il convient d'ajouter les 247 appels reçus sur la ligne de permanence de la SEA. Ces appels ont entraîné des signalements, l'engagement de procédures d'assistance aux corps de contrôle et des transmissions aux services qualifiés à fin d'enquête (dénonciations). Par ailleurs, les chargés de mission de la SEA ont participé aux autres activités de la DILTI : réunions, contribution aux supports de formation, analyse de la verbalisation, suivi des dossiers au titre de la coopération internationale.

Les commissions départementales de lutte contre le travail illégal

Créées par le décret n° 97-213 du 11 mars 1997, ces commissions associent les pouvoirs publics et les organisations professionnelles et syndicales, les représentants des chambres consulaires et les collectivités locales. Elles ont pour mission d'élaborer un programme départemental de lutte contre le travail illégal, à partir des orientations nationales et de leur connaissance des spécificités économiques locales.

En 2002, 44 départements ont réuni au moins une fois leur commission. Les représentants de la délégation ont participé à 34 commissions départementales, soit trois réunions sur quatre.

La coopération internationale

Partant du double constat d'un développement constant des fraudes transnationales et des difficultés rencontrées par les corps de contrôle

pour les circonscrire, la DILTI a développé une coopération administrative au niveau européen. Elle suit en cela les recommandations de la Commission européenne, du Conseil européen (résolution du 22 avril 1999) et du Parlement européen (résolution du 21 septembre 2000). La perspective de l'élargissement, associée aux enjeux des prochaines négociations dans le cadre de l'Accord général sur le commerce de services (AGCS), encourage également à développer l'entraide internationale.

Accords bilatéraux

La signature, le 31 mai 2001, d'un arrangement administratif entre le ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité et son homologue allemand visait à organiser la circulation de l'information entre les deux pays et à améliorer l'assistance administrative mutuelle dans la lutte contre le travail illégal. Dans le même objectif, deux autres accords-cadres ont été conclus en 2002, respectivement avec l'Italie et l'Espagne. Des négociations ont été engagées dans le même sens en novembre 2002 avec la Belgique. Elles devraient aboutir à la signature d'un arrangement franco-belge en 2003.

Enfin, la DILTI envisage d'étendre sa coopération avec des pays futurs membres de l'Union européenne. Des contacts sont déjà établis avec la Pologne, la République tchèque (réception d'une délégation en novembre 2002) et la Slovaquie, en particulier dans le cadre des accords de coopération organisés par le Groupement d'intérêt public pour le développement de l'assistance technique et de la coopération internationale (GIP-INTER).

Bureau de liaison européen

La directive n° 96/71CE du 16 décembre 1996, relative à l'emploi détaché dans le cadre d'une prestation de service, régit l'échange d'informations entre les autorités compétentes en matière de travail illégal. Un bureau de liaison a été institué dans chaque État membre. Pour la France, la DILTI assure ces fonctions. À ce titre, elle a été saisie 16 fois en 2002 par les services de contrôle français habilités en matière de travail illégal.

Enfin, la délégation assure la promotion du dispositif européen de coopération des États membres prévu par cette directive, dans les instances européennes de suivi et d'évaluation de sa mise en œuvre comme à l'occasion d'actions relevant des stratégies européennes pour l'emploi.

L'emploi et la formation professionnelle

LES ÉVOLUTIONS DU MARCHÉ DU TRAVAIL

Une légère remontée du chômage

Après avoir atteint, au printemps 2001, son niveau le plus bas depuis dix ans, le chômage s'est à nouveau orienté à la hausse. Le taux de chômage étant resté relativement stable pendant le second semestre 2002, il atteint 9,3 % à la fin de décembre, soit une augmentation de 0,5 points en 2002.

Les hommes et les jeunes ont été les premiers touchés par cette inversion de l'évolution du chômage. Les différences sexuées sont ainsi les plus visibles en 2002. Durant cette année, le chômage des hommes a progressé de 8,2 % tandis que celui des femmes n'augmentait que de 1,3 %. Même si l'écart se réduit, le taux de chômage des hommes reste toutefois inférieur à celui des femmes. Ainsi, au 31 décembre 2002, il est de 8,3 % pour les premiers, contre 10,4 % pour les secondes. Parmi les moins de 25 ans, ces chiffres sont respectivement de 19,4 % et 20,7 %.

Le chômage de longue durée, relativement stable au premier semestre 2002, a connu à nouveau une augmentation depuis lors. Il touche 674 800 personnes au 31 décembre 2002, soit une hausse de 3,5 % en un an. La part du chômage de longue durée dans le chômage est toutefois demeurée stable en 2002, autour de 29,5 %. Au sein du chômage de longue durée, la plus forte progression concerne les chômeurs ayant entre un et deux ans d'ancienneté (+12,1 % en 2002), conséquence directe de l'augmentation du chômage observée depuis la mi-2001.

En 2002, la proportion de chômeurs percevant une indemnité a fortement augmenté. Le taux de couverture des demandes d'emploi en fin de mois (DEFM) 1+2+3+6+7+8+DRE est de 51 % pour le seul régime d'assurance chômage, et de 61,6 % en intégrant le régime de solidarité. Il a augmenté en un an de 2,6 points pour le régime d'assurance chômage et de 2,1 points au total. Compte tenu de



l'augmentation parallèle du potentiel indemnisable, le nombre de demandeurs d'emploi indemnisés a progressé, en 2002, de 9,1 % pour le régime d'assurance chômage et de 7,2 % pour l'ensemble assurance et solidarité.

Moins de créations d'emplois en 2002

1999 et 2000 ont été, pour la France, des années exceptionnelles en termes de créations d'emplois. La performance de 2001 se situait en retrait, mais à un niveau encore élevé, autour de 280 000 créations d'emplois. En 2002, la croissance de l'emploi s'est limitée à 95 000 postes. Particulièrement sensible en première partie d'année, le ralentissement a affecté surtout l'emploi salarié des secteurs concurrentiels (+60 000 en 2002, contre + 240 000 en 2001). Les secteurs industriels ont supprimé des emplois (-2,1 %), tandis que la construction a été légèrement créatrice d'emplois sur 2002 (+0,2 %). Ce dernier secteur a toutefois détruit des emplois au dernier trimestre 2002 (-0,2 %), pour la première fois depuis 1997. La création d'emplois dans les services a par contre été continue tout au long de l'année 2002, avec une progression de 1,5 % en un an.

Il existe des disparités régionales importantes en termes de création d'emploi. Ainsi, en 2002, l'évolution de l'emploi dans le champ Unedic est très légèrement négative pour le Centre (-0,1 %) et l'Île-de-France (-0,3 %). Elle reste inférieure à +0,5 % pour quatre autres régions : Champagne-Ardenne (+0,1 %), Franche-Comté (+0,3 %), Lorraine (+0,3 %) et Picardie (+0,3 %). Elle est en revanche supérieure à 2,5 % pour trois régions :

Corse (+3,2 %), Midi-Pyrénées (+2,8 %) et Languedoc-Roussillon (+2,6 %).

LES POLITIQUES D'EMPLOI

Démocratie locale et démocratie sociale : deux leviers d'action pour la stratégie européenne pour l'emploi

Depuis plusieurs années, la politique française en faveur de l'emploi est définie dans le cadre de la stratégie européenne pour l'emploi.

La France met en œuvre, chaque année, un plan national d'action pour l'emploi. Ses orientations contribuent aux objectifs d'élévation du niveau de l'emploi, en assurant plus de croissance, davantage d'emplois et un plus fort contenu en emplois de la croissance. Elles participent également à l'amélioration de la qualité de l'emploi, en assurant l'attractivité des emplois, en revalorisant le travail et en renouvelant les voies d'un meilleur accès à la formation. Ces nouvelles orientations soutiennent aussi l'objectif de cohésion sociale, en favorisant un partage du bénéfice de la croissance et en encourageant l'intégration des personnes les plus en difficulté. Pour accompagner de façon décisive ces nouvelles orientations des politiques de l'emploi et de développement des partenariats, deux leviers doivent permettre de moderniser les méthodes actuelles d'action, de décision et d'organisation.

Le premier levier, celui de la démocratie locale, a été engagé à travers le mouvement de décentralisation. Il doit aboutir à un nouveau transfert de compétences et à une nouvelle distribution des rôles entre l'Etat, la région, les départements, les communes et leurs groupements. La nouvelle architecture des compétences aura, à terme trois, conséquences, d'après les perspectives avancées à la fin de 2002 :

Les territoires seront responsables de leur développement : dans ce cadre, la région sera le chef de file pour les interventions économiques. Son rôle en matière d'aménagement du territoire sera accru. La gestion des crédits européens pourra lui être transférée.

Une solidarité plus efficace grâce à la proximité : le département sera désormais le vrai pilote du RMI. Une priorité sera donnée aux jeunes et à leur insertion dans la vie professionnelle et sociale, tandis que les outils de la formation professionnelle seront transférés aux régions.

Le Conseil régional arrêtera, en accord avec le recteur, la carte des formations à visée professionnelle (jusqu'au niveau Bac+3). De même, les régions assureront l'orientation des jeunes et l'information sur les métiers. Elles prendront également en charge les outils de la formation tout au long de la vie. Les régions deviendront ainsi, progressivement, les donneurs d'ordre de l'AFPA.

Le second levier est celui de la relance de la démocratie sociale. Il vise à relancer et à mieux struc-

turer le dialogue social et la négociation collective, à tous les niveaux. Il permet de faire du dialogue social une méthode d'action. Cette détermination se manifeste en particulier dans les domaines de la formation professionnelle, des effets sociaux des restructurations et de l'emploi des salariés expérimentés.

La formation professionnelle : les partenaires sociaux ont réouvert, en 2002, la négociation sur la formation professionnelle qui n'avait pu aboutir en 2001, en se fixant comme objectif de conclure leur accord d'ici à juin 2003. Cette négociation devrait favoriser le développement des compétences et de l'employabilité, contribuant ainsi au raccourcissement de la durée de recherche d'emploi en cas de chômage. Elle devrait également renforcer la compétitivité des entreprises, grâce à une meilleure adaptation des qualifications aux besoins de l'économie. Le gouvernement s'est engagé à prendre toutes les dispositions législatives nécessaires pour que les solutions négociées puissent être mises en œuvre.

La gestion des effets sociaux des restructurations : la loi du 3 janvier 2003 "portant relance de la négociation collective en matière de licenciements économiques" a remis en cause les dispositions les plus contraignantes de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, comme l'allongement des délais de consultation et le droit d'opposition du comité d'entreprise. Le législateur a suspendu les articles, plutôt que de les abroger, afin d'inciter les partenaires sociaux à négocier un accord national interprofessionnel et asseoir ensuite la future législation sur cet accord. La loi ouvre également aux entreprises la possibilité de conclure, à titre expérimental, des accords de méthode organisant les modalités de consultation du comité d'entreprise.

Les différentes initiatives prises par le gouvernement afin d'améliorer la prévention et l'accompagnement des restructurations veillent à impliquer les partenaires sociaux, qui ont un rôle décisif à jouer en ce domaine, et à favoriser les démarches partenariales autour de projets de territoires.

L'amélioration de l'emploi des salariés expérimentés : au regard d'un contexte culturel très chargé, l'amélioration du taux d'emploi des salariés expérimentés relève, plus que tout autre sujet, d'une responsabilité partagée entre l'Etat et les partenaires sociaux. Le gouvernement a conduit une concertation active en ce domaine. Celle-ci lui permettra d'aboutir en 2003 à des propositions concrètes, en particulier dans le cadre de la réforme des retraites, afin de mobiliser davantage autour de l'emploi des plus de 55 ans.

De leur côté, les partenaires sociaux ont su prendre leurs responsabilités lors du protocole d'accord du 20 décembre 2002 sur le retour à l'équilibre du régime d'assurance chômage. Ils ont en effet remis en cause la filière 8 d'indemnisation, qui permettait un "portage" jusqu'à la retraite des salariés de plus de 55 ans.

La réussite du contrat jeunes en entreprises

Le contrat jeunes en entreprises a été mis en place à partir de juillet 2002. Il vise à soutenir l'embauche des jeunes dans les entreprises, grâce à une compensation de l'ensemble des charges sociales patronales. Son bénéfice est ouvert à tous les employeurs du secteur privé, à l'exception des particuliers, pour l'embauche de jeunes de 16 à 22 ans, d'un niveau de formation inférieur à un diplôme de fin de second cycle long de l'enseignement général, technologique ou professionnel. Le recrutement doit s'effectuer dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée, à temps plein ou à temps partiel au moins égal à un mi-temps.

À terme, le jeune pourra faire reconnaître son expérience professionnelle.

La durée de l'aide est de 3 ans, à taux plein pendant les deux premières années, puis à 50 % la troisième année. Son montant varie de 225 € à 292,5 € pour un salarié à temps plein. Il est proratisé pour les salariés à temps partiel.

À la fin de 2002, près de 40 000 dossiers relatifs à cette mesure avaient été enregistrés dans les Assedic. Plus de la moitié d'entre eux concernent des entreprises de moins de 10 salariés et 70 % des entreprises de moins de 50 salariés. Les trois quarts des jeunes sont des garçons. Les bénéficiaires se répartissent en 36 % de jeunes en échec scolaire (niveaux VI à V), 12 % de jeunes de niveau IV sans le bac et 52 % de titulaires d'un BEP ou d'un CAP. Les jeunes concernés par cette mesure se répartissent donc de façon égale entre les non qualifiés et les qualifiés de premier niveau.

La rapide montée en charge de ce nouveau dispositif n'a entraîné aucune diminution notable des entrées en apprentissage ou en contrat de qualification durant le second semestre 2002, par rapport à la période équivalente de 2001.

Une volonté affirmée : revaloriser le travail

Trois orientations sont venues illustrer cette volonté au cours de l'année 2002 :

Augmenter la différence de revenu entre les actifs et les bénéficiaires de minima sociaux : le gouvernement est très attaché à la revalorisation du travail, en particulier par l'augmentation différentielle entre les revenus de l'assistance et ceux de l'activité professionnelle. Ainsi, l'extension du bénéfice de la prime pour l'emploi donne un avantage financier supplémentaire à un emploi à temps partiel, cas de figure dans lequel les différences avec les minima sociaux sont souvent faibles.

Harmoniser et relever le SMIC : le gouvernement a résolu en 2002 le problème de la multiplication des SMIC, conséquence des mécanismes de garantie mensuelle liés au passage aux 35 h. Il a associé à ce dossier les partenaires sociaux,

notamment par le biais du Conseil économique et social qui lui a remis un rapport sur cette question en juillet 2002. Ces travaux ont abouti au vote de la loi du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi. La logique de revalorisation du travail a guidé les choix du gouvernement. À l'horizon 2005, il n'y aura plus qu'un seul taux horaire du SMIC et la forte augmentation de ce dernier, entre 2003 à 2005, contribuera à creuser davantage l'écart entre revenu d'activité et revenu d'assistance.

Le texte institue également un nouvel allègement de cotisations sociales, afin de compenser la hausse du SMIC et de préserver les comptes des entreprises en évitant une augmentation du coût du travail. Cet allègement constitue une mesure générale, déconnectée de la durée du travail. Après une période de montée en charge entre le 1^{er} juillet 2003 et le 1^{er} juillet 2005, son application sera donc pérennisée. Cette mesure constitue en effet une nouvelle étape, instituant un nouveau régime de droit commun "automatique" sans condition particulière d'obtention. Ce régime correspondra ainsi, à horizon 2005, à 26 points d'exonération pour un salaire équivalant au SMIC.

Accompagner la reprise d'un emploi : Afin de préserver la valeur du travail et d'aider les personnes en difficulté à sortir de l'assistance - et conformément à l'engagement du Président de la République - le ministère a travaillé en 2002 à l'élaboration d'un Revenu Minimum d'Activité (RMA), qui complétera le RMI. Le RMA permettra d'associer le bénéfice d'une allocation et l'exercice d'une activité salariée, qui constitue la première étape du retour à l'emploi.

Les dispositifs d'intéressement, qui permettent de cumuler un revenu d'activité et un minimum social pendant la phase transitoire de reprise d'emploi, sont pour leur part maintenus.

Renforcement de l'accompagnement individualisé des demandeurs d'emploi vers leur insertion professionnelle

Le programme d'action personnalisé pour un nouveau départ (PAP-ND), mis en place le 1^{er} juillet 2001, a connu une rapide montée en charge. Ce dispositif, qui prolonge et intensifie le programme "nouveau départ", s'appuie sur une gamme renforcée de services. Il permet notamment l'élaboration d'un projet d'action personnalisé (PAP), adapté à la situation du demandeur d'emploi. Ce projet est ensuite actualisé tous les 6 mois, jusqu'au retour à l'emploi.

Au cours des six premiers mois de mise en place du programme, 2 300 600 projets d'action personnalisés avaient été élaborés. En 2002, 3 711 400 entretiens initiaux (PAP 01) de PAP-ND ont été réalisés. Sur ce total, 52,2 % concernaient des femmes et 8,2 % des bénéficiaires du RMI.

Les premières actualisations des PAP ont eu lieu dès janvier 2002, dans le cadre du suivi au terme de

six mois, conformément aux modalités de mise en œuvre du programme. En 2002, 1 847 000 actualisations du PAP à 6 mois (PAP 02) ont été réalisées, dont 54,5 % concernaient des femmes.

Des entretiens à 12 mois (PAP 03) ont débuté à partir de mi-2002. Au 31 décembre, 308 000 avaient déjà été menés, dont 56 % concernaient des femmes.

Le premier entretien d'élaboration du PAP permet d'établir un diagnostic renforcé, de réaliser des mises en relation et de définir le projet de retour à l'emploi. Les propositions d'actions sont adaptées à chacune des situations et progressivement intensifiées au cours du déroulement du PAP.

Au total, près de 6 millions d'entretiens personnalisés - très précisément 5 873 226 - ont été réalisés en 2002, soit environ 490 000 par mois. Cet effort important a permis d'accroître de façon significative le nombre (+84 %) et la qualité des prestations délivrées aux demandeurs d'emploi en 2002.

La structure par types de proposition varie selon les situations des demandeurs d'emploi : les propositions d'accompagnement sont plus importantes pour les demandeurs d'emploi de longue durée et les bénéficiaires du RMI, et elles s'intensifient au fur et à mesure des actualisations du PAP. L'accompagnement est alors utilisé dans 19,1 % des cas, contre seulement 13,6 % à l'issue de l'entretien initial.

L'ensemble des dispositifs de lutte contre le chômage et contre l'exclusion a été mobilisé au profit des demandeurs d'emplois. Ces politiques sont restées centrées sur les publics les plus en difficulté et les diagnostics réalisés dans le cadre du PAP-ND ont permis d'individualiser davantage le recours aux dispositifs de la politique de l'emploi.

Outils adaptés et procédures améliorées pour accompagner les mutations des entreprises

L'économie française, confrontée en permanence à des mutations ou à des restructurations, doit renforcer sa compétitivité. Ces mutations conduisent à des créations, mais aussi à des destructions d'emplois, avec des conséquences difficiles pour les salariés et pour les territoires. Aussi convient-il, en premier lieu, de mieux anticiper ces restructurations, afin de faciliter la reconversion économique et le reclassement des salariés. Il s'agit donc d'exercer une fonction de veille, de contribuer à l'amélioration des outils d'intervention et d'assurer une coordination et une animation des acteurs locaux.

La mise en place des contrats de site témoigne d'une stratégie territoriale visant à redynamiser les bassins d'emploi les plus touchés par les restructurations. Ces contrats favoriseront, au niveau local, l'action de tous les acteurs publics et privés.

Anticiper et faire face aux mutations économiques : l'adaptation au changement et aux restructurations économiques est un sujet difficile, qui a connu une actualité importante en 2002. En

ce domaine, il faut à la fois prévenir et intervenir. Intervenir consiste à mobiliser les services de l'État, les forces économiques et les collectivités locales, afin de mettre sur pied des stratégies de développement alternatives dans les bassins d'emploi touchés par des restructurations. Les contrats de site doivent remplir cette fonction. La Mission interministérielle des mutations économiques vise précisément à développer une méthode de traitement de ces situations de crise et doit contribuer à assurer au mieux la reconversion des salariés concernés.

L'essentiel réside toutefois dans la prévention. Aussi la Mission interministérielle a-t-elle également pour rôle de développer une stratégie de veille et d'anticipation de ces restructurations. Dans ce cas de figure, le dialogue social joue un rôle important, avec par exemple la mise en place d'observatoires de branche ou d'échanges de pratiques. Il est aussi de la responsabilité de l'entreprise de veiller à garantir et promouvoir l'employabilité de ses salariés, notamment par l'accès aux dispositifs de formation continue.

Pour sa part, le Service public de l'emploi contribue à répondre aux situations de crise, tout en mettant en œuvre des politiques structurantes inscrites dans la durée et qui prennent en compte les conséquences - économiques, sociales ou territoriales - de ces restructurations.

Renforcer l'attractivité des territoires : le renforcement de l'attractivité du territoire, en liaison avec le processus de décentralisation, a fait l'objet du Comité interministériel pour l'aménagement et le développement du territoire (CIADT) du 13 décembre, présidé par le Premier ministre. Il s'agit de donner aux régions et à l'ensemble des collectivités locales les moyens de construire leur développement, en rendant leur territoire attractif pour les entreprises à la recherche d'une implantation durable, créatrice d'emplois et de richesses. L'attractivité du territoire dépend de nombreux paramètres, dont les plus connus sont les services, les infrastructures, le logement, l'accessibilité, les nouvelles technologies (haut débit), etc. Ceci vaut dans les métropoles comme dans leur arrière-pays. L'attractivité dépend aussi de la présence d'hommes et de femmes qualifiés. Ce facteur, ainsi que la capacité des acteurs et des entreprises à travailler ensemble et à communiquer, figurent parmi les premiers déterminants de l'attractivité du territoire. Les Systèmes productifs locaux ou le dispositif ALIZE (Action locale inter-entreprises en zone d'emploi) contribuent à ces échanges d'informations et d'expériences, favorables à l'ancrage territorial des entreprises. Ces dernières doivent également agir en partenariat avec les collectivités locales, les partenaires sociaux, les associations et, bien entendu, les acteurs du service public de l'emploi.

De même, la notion de pôle de compétence, placée par le Premier ministre parmi les axes prioritaires de l'aménagement du territoire lors du dernier CIADT, contribuera aussi à rendre les territoires plus performants dans la compétition mondiale.

L'égalité entre les femmes et les hommes



UNE ACTION TRANSVERSALE ET PARTENARIALE

La production de statistiques sexuées

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) a été chargé d'adapter, avec l'ensemble des départements ministériels, l'appareil statistique de l'État, afin de mieux connaître la situation respective des femmes et des hommes. Grâce à ces travaux, le ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, réalise chaque année, depuis 2001, un rapport, "Les chiffres clés de l'égalité". Celui de 2002 apporte un éclairage sur la place des femmes dans la vie sociale, économique et politique. Il contribue ainsi à améliorer l'utilisation de l'appareil statistique.

Le développement de formations à l'égalité

Le Service des droits des femmes et de l'égalité a engagé en 2001 et 2002 trois programmes

de formation à l'attention des personnels de l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), de l'Agence nationale pour l'emploi, mais aussi des administrations centrales et des services déconcentrés de l'État. Ces expériences ont montré que la conception de tels modules de sensibilisation et leur adaptation aux publics visés sont délicates. Leur mise en œuvre doit en outre tenir compte des missions et des objectifs assignés à ces publics. Cette opération prouve aussi que ces institutions ont probablement besoin d'appuis techniques pour organiser de telles actions. À cet effet, un comité de pilotage des formations à l'égalité a été constitué en 2002. Cette instance regroupe les ministères de la Fonction publique, de l'Éducation nationale et de la Recherche, de l'Agriculture, et des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Elle a établi un cahier des charges type des commandes de formation. Celui-ci sera mis à disposition des administrations afin de développer, dans leurs plans de formation, les modules les mieux adaptés à leurs besoins.

Le "jaune budgétaire"

Pour la troisième année consécutive, le ministère a réalisé un "jaune budgétaire" sur les crédits affectés aux actions en faveur des droits des femmes. Il permet d'analyser l'utilisation du budget de l'État au regard de l'égalité entre hommes et femmes. Son ambition est d'évaluer les effets différenciés sur les femmes et sur les hommes de dispositifs conçus comme neutres a priori. Le "jaune budgétaire" apparaît, dès lors, comme un outil de pilotage de l'action publique. Il permet de l'orienter ou de la réorienter, afin de faire progresser et de rendre effective l'égalité entre les femmes et les hommes. Il est perçu comme un exemple de bonne pratique par nos partenaires européens, qui souhaitent adopter des formules analogues.

L'ACCÈS DES FEMMES AUX RESPONSABILITÉS

La parité dans la vie politique

L'Observatoire de la parité entre les femmes et les hommes a remis au Premier ministre, le 8 mars 2002, son premier rapport d'évaluation de la loi du 6 juin 2000, intitulé "La parité entre les femmes et les hommes" et consacré à l'égal accès des deux sexes aux mandats électoraux et aux fonctions électives. L'analyse comparative de la place des femmes élues, avant et après la promulgation de la loi, montre que - lors d'élections concernées par ce texte - celle-ci a des effets déterminants sur la place des femmes dans la sphère politique. En revanche, lors d'élections pour lesquelles elle ne s'applique pas, il n'existe pas d'effet d'entraînement en faveur de la parité. Ce rapport présente donc plusieurs propositions pour renforcer les dispositions de la loi du 6 juin 2000, parmi lesquelles :

- une extension de l'application de la loi à toutes les élections ;
- une incitation à l'égard des partis politiques, afin qu'ils dotent toutes leurs instances décisionnaires d'une composition paritaire ;
- un encouragement des collectivités locales et territoriales, en particulier les communes, en vue d'adapter le rythme politique aux différents temps de vie ;
- le développement d'une culture paritaire dans l'ensemble de la société, notamment dans les secteurs économique et social ;
- la poursuite de la réflexion sur le cumul des mandats et le statut de l'élu.

La parité en politique : un objectif encore lointain

Les résultats des élections législatives de juin 2002 confirment la nécessité de renforcer les acquis de la parité. En effet, malgré la sanction financière prévue par la loi à l'encontre des partis et des groupements politiques ne présentant pas 50 % de candidats de chaque sexe (à 2 % près), seules 38 % de femmes se sont portées candidates à ces élections, contre 22 % en 1997. La nouvelle Assemblée Nationale ne compte que 12,31 % de femmes, soit 71 députées. Les femmes sont à peine plus nombreuses que sous la précédente législature : en 1997, elles étaient 63, soit 10,9 % des sièges.

L'accès des femmes aux responsabilités sociales

Une première réflexion avait été engagée lors du séminaire du 26 avril 2001, "Les enjeux de la participation des femmes à la vie associative". Afin de la prolonger, un second séminaire, intitulé "Un meilleur partage des responsabilités est l'affaire de

tous", a été organisé en mai 2002, en collaboration avec des représentants du Conseil national de la vie associative (CNVA) et de la Conférence permanente des coordinations associatives (CPCA). Destinée à un public de dirigeants d'associations, cette manifestation a permis de mieux identifier les freins et les obstacles à l'accès des femmes aux responsabilités associatives. Elle a aussi permis de recenser les moyens que les associations peuvent mettre en œuvre pour favoriser une représentation équilibrée des femmes et des hommes dans leurs instances de décision. Elles feraient ainsi œuvre exemplaire d'égalité réelle entre hommes et femmes.

La parité dans les élections professionnelles

Lors des élections prud'homales du 11 décembre 2002, les organisations d'employeurs et de salariés devaient effectuer un effort sensible de rééquilibrage entre les sexes, au sein de leurs listes de candidat(e)s, comme les y invite la loi du 9 mai 2001 relative à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Cette loi a en effet instauré un dispositif permettant d'assurer une représentation équilibrée des deux sexes au sein des conseils de prud'hommes. Selon ses termes, les partenaires sociaux devaient réduire d'un tiers, par rapport au précédent scrutin, l'écart entre la représentation des femmes présentées sur les listes et leur part dans le corps électoral, afin de favoriser leur progression lors des élections de décembre 2002.

Le gouvernement remettra, en 2003, un rapport d'évaluation au Parlement sur la mise en œuvre de cet objectif. Pour les prochaines élections de 2007, il dégagera des moyens permettant d'atteindre une représentation équilibrée des femmes et des hommes, compte tenu de leur place dans le corps électoral.

L'ÉGALITÉ PROFESSIONNELLE

La formation initiale : une dynamique interministérielle

De nouveaux signataires ont rejoint la convention interministérielle pour la promotion de l'égalité des chances entre les filles et les garçons et les femmes et les hommes dans le système éducatif, signée le 25 février 2000 entre le ministère des Affaires sociales et ceux en charge de l'Éducation nationale et de l'Agriculture. Le 8 mars 2002, les ministères en charge de la Justice, de la Culture et de la Communication ainsi que le ministère de l'Équipement, du Transport et du Logement sont ainsi devenus partenaires de cette convention, prorogée jusqu'en 2006. Ils contribueront, dans leur domaine d'intervention, à améliorer l'orientation

scolaire et professionnelle des filles et des garçons, à veiller à l'adaptation de l'offre de formation initiale aux perspectives d'emploi, à promouvoir une éducation fondée sur le respect mutuel des deux sexes et à renforcer les outils de promotion de l'égalité et la formation des acteurs.

L'égalité professionnelle sur le marché du travail

Afin de favoriser la mise en œuvre des dispositions de la loi du 9 mai 2001, un guide d'appui à la négociation au sein des entreprises et des branches professionnelles a été publié.

Un groupe de travail du Conseil supérieur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (CSEP) a, par ailleurs, été chargé d'élaborer les éléments de méthodes susceptibles de servir de support à une concertation sur la réduction des écarts de rémunération.

Après les accords signés en octobre 2001 avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), la Fédération de la plasturgie et les entreprises du commerce et de la distribution, le développement de partenariats institutionnels s'est poursuivi avec la signature, en février 2002, d'un protocole d'accord avec la Fédération française du bâtiment. Par ce document, celle-ci s'engage à favoriser l'accès des femmes aux métiers du bâtiment et promouvoir l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes dans le secteur de la construction.

Enfin, une table ronde s'est tenue le 19 décembre 2002, à l'initiative de la ministre déléguée à la Parité et à l'Égalité professionnelle, sous la présidence du ministre des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Le débat a porté sur la mise en place d'actions pragmatiques et volontaristes en faveur de l'égalité professionnelle qui feront l'objet d'un accord interprofessionnel. Parallèlement à la négociation collective sur l'égalité professionnelle, relancée par cette table ronde, une concertation Etat/partenaires sociaux est poursuivie afin d'assurer la cohérence de l'action. Privilégier le dialogue social pour promouvoir l'égalité professionnelle et salariale entre les hommes et les femmes est l'un des éléments essentiels de la politique nouvelle présentée par la ministre déléguée et approuvée par le Conseil des ministres du 24 juillet 2002.

Un guide d'appui à la négociation

Le Conseil supérieur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes a conçu un guide d'appui à la négociation sur l'égalité au travail entre les femmes et les hommes. Véritable outil d'information et d'accompagnement, cet ouvrage aide notamment les entreprises et les secteurs professionnels à porter un diagnostic sur la mise en œuvre de l'égalité professionnelle et à élaborer des indicateurs pertinents pour l'action.

La lutte contre le chômage des femmes : une priorité

Celle-ci s'est poursuivie sur deux axes principaux :

- la mobilisation des acteurs du Service public de l'emploi (SPE), sur l'ensemble du territoire, autour d'un objectif de réduction d'un point de la part des femmes dans le chômage de longue durée ;
- le renforcement ou la formalisation de nouveaux partenariats, autour d'actions ciblées, avec l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain (DIV) et la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP).

Le ministère a ainsi soutenu la mise en place du plan pluriannuel (2000-2006) de l'AFPA pour promouvoir l'égalité d'accès des femmes et des hommes aux formations qualifiantes. Quatre types d'actions ont été simultanément engagés :

- sensibiliser et informer les professionnels de l'AFPA (600 psychologues et 2 000 formateurs) sur la transformation des emplois et la nécessité d'aider et d'accompagner les femmes dans l'élargissement de leurs choix professionnels ;
- améliorer l'accès des femmes à des projets de formation ;
- diversifier les filières de formation qualifiante de l'AFPA proposées aux femmes à la recherche d'un emploi ;
- faire de l'amélioration de l'accès des femmes au dispositif de formation qualifiante l'un des critères majeurs du schéma d'évolution de l'offre de formation de l'AFPA.

La contribution des femmes au développement économique

L'égalité professionnelle contribue à la croissance économique. Deux dispositifs ont été aménagés à cet effet.

La réforme du Fonds de garantie pour l'initiative des femmes (FGIF), vise à faciliter, dès 2003, la création d'entreprises par les femmes, en mettant l'accent sur trois points : professionnalisation, territorialisation et simplification administrative. Cette réforme permet ainsi un meilleur accès des femmes au crédit bancaire, l'accueil et l'accompagnement des créatrices, ainsi qu'un développement de la communication et de la sensibilisation des acteurs autour de la création d'entreprises par les femmes.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a défini un statut du conjoint collaborateur en secteur libéral. Celui-ci peut désormais apporter sa collaboration à l'entreprise. Le chef d'entreprise peut lui verser des mandats exprès et limitativement définis pour des actes relatifs à la gestion et au fonctionnement courant de l'établissement.

DROITS PERSONNELS ET SOCIAUX DES FEMMES ET LUTTE CONTRE LES VIOLENCES

La contraception et l'interruption volontaire de la grossesse

Une nouvelle campagne d'information sur la contraception a été menée en 2002, afin de favoriser l'utilisation effective des moyens contraceptifs, notamment chez les jeunes et les publics fragilisés. Elle s'est appuyée sur les partenariats engagés avec les professionnels de santé et ceux du secteur socio-éducatif.

En matière d'interruption volontaire de grossesse, les décrets d'application de la loi du 4 juillet 2001 ont été publiés. Ils concernent :

- la prise en charge des mineures demandant une IVG et désirant garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ;
- la stérilisation à visée contraceptive ;
- les interruptions médicales de grossesse ;
- la gratuité, pour les mineures, des contraceptifs d'urgence non soumis à prescription médicale.

Un nouveau dossier-guide sur l'IVG

Un nouveau dossier-guide sera désormais remis par le médecin à toute femme venue consulter en vue d'une interruption volontaire de grossesse. Réalisé en deux parties, l'une pour les mineures, l'autre pour les majeures, il répond aux interrogations des femmes sur les démarches à entreprendre en vue d'une IVG, ainsi que sur les techniques médicales mises en œuvre.

Les travaux du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale ont porté sur l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle et sur le conseil conjugal et familial. Ils ont également abordé l'évolution du rôle des lieux d'information sur la contraception, au regard des nouvelles dispositions législatives précitées et des évolutions de la société.

La lutte contre les violences

Celle-ci concerne les violences conjugales, mais aussi la prostitution et la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

Dans ce domaine, le partenariat entre les commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes et les acteurs de proximité a été développé.

Pour sa part, la Commission nationale contre les violences envers les femmes, créée à la fin de 2001, a servi de support à un renforcement de la collaboration avec les autres directions des ministères

des Affaires sociales et de la Santé, les différents départements ministériels concernés et les fédérations associatives intervenant en ce domaine. Les premiers travaux de la Commission, sur la prostitution et la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle, ont abouti à la publication d'un rapport, intitulé "Le système de la prostitution : une violence à l'encontre des femmes". Celui-ci réaffirme la position abolitionniste de la France, quand d'autres pays européens ont adopté une approche dite pragmatique, en distinguant la prostitution forcée de la prostitution choisie.

La refonte du droit de la famille

La loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale insiste sur la notion de co-parentalité. Celle-ci repose sur le constat d'un triple principe d'égalité entre les parents, d'égalité entre les enfants et de droit de l'enfant à ses deux parents. Une véritable co-parentalité - contribuant notamment à ne pas faire reposer sur la seule mère la charge des enfants en cas de séparation - apparaît essentielle à la promotion des femmes.

De même, l'exigence d'égalité des conjoints au sein du couple et l'exercice à parité des responsabilités parentales nécessitaient une révision des règles de dévolution du nom patronymique aux enfants. La loi du 4 mars 2002 a donc pour objectif de permettre à tout enfant de porter légitimement le nom de son père et/ou le nom de sa mère. Enfin, la loi du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'État modernise le cadre juridique du secret des origines, dans le cas de l'accouchement sous X. Elle permet et organise la réversibilité du secret, dont la levée reste toutefois liée à l'accord de la mère biologique de l'enfant.

L'ARTICULATION DES TEMPS DE VIE

Un groupe de travail du Conseil supérieur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (CSEP) a été chargé de faire des propositions concrètes en faveur d'une meilleure articulation entre temps professionnels et familiaux. Son rapport identifie les moyens utilisables, dans le cadre des relations sociales au sein de l'entreprise, afin de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle.

En partenariat avec la Délégation interministérielle à la ville, la mise en œuvre du programme expérimental de soutien aux modes de garde innovants s'est poursuivie. Son objectif est de favoriser l'émergence de modes de garde mieux adaptés aux besoins des familles, et notamment des salariés aux horaires de travail atypiques.

LE PARTENARIAT ASSOCIATIF

Le premier contrat d'objectif, signé le 13 décembre 2001 entre le ministère et le Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF), a été mis en œuvre en 2002. Cet outil de référence est destiné à donner un cadre d'action contractuel au CNIDFF.

La mission du CNIDFF

Le Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF) anime et soutient les centres d'information sur les droits des femmes, présents sur l'ensemble du territoire, afin qu'ils puissent répondre au mieux à toute question juridique posée par les femmes.

Ce document fixe au Centre national quatre objectifs stratégiques :

- apporter un soutien aux centres d'information sur les droits des femmes (CIDF) dans leur mission d'accueil et d'information ;
- proposer aux CIDF des moyens favorisant l'évolution de leurs instances et de leur organisation ;
- aider au développement de la conduite partenariale du réseau ;
- porter à la connaissance des pouvoirs publics les problèmes spécifiques exprimés par les femmes.

LES ACTIONS INTERNATIONALES ET EUROPÉENNES

Réflexion sur les indicateurs européens

Depuis 1999, afin de suivre le programme d'action élaboré à l'occasion de la quatrième conférence mondiale sur les femmes (Pékin-septembre 1995), sont adoptés chaque année des indicateurs pour l'un des thèmes y figurant. La France a participé à l'élaboration, par la présidence espagnole, de sept indicateurs sur le thème des violences domestiques envers les femmes.

Participation à l'élaboration des directives européennes

Le ministère a pris une part active aux négociations de la directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la directive 76/207 CEE relative à la mise en œuvre de l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes pour l'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelle et dans les conditions de travail. La directive 2002/73 du 23 septembre 2002 répond notamment à trois objectifs essentiels :

- définir la discrimination directe et indirecte, permettant ainsi aux victimes de ne pas avoir à apporter la preuve formelle de leurs allégations, l'employeur devant prouver qu'il n'y a pas eu de discrimination ;
- définir le harcèlement comme une discrimination fondée sur le sexe et condamner le harcèlement sexuel et sexiste ;
- renforcer la protection des femmes enceintes, en inscrivant le droit au retour dans leur emploi dans les mêmes conditions de travail à l'issue de leur congé de maternité.

La nouvelle directive instaure, en outre, une référence au congé de paternité, destinée à assurer aux pères une protection identique à celle des mères lors de leur congé de maternité.

L'inspection et le conseil



L'IGAS, CORPS D'INSPECTION INTERMINISTÉRIEL

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été créée en 1967 par le regroupement fonctionnel de deux corps d'inspection générale - l'inspection générale de la santé et de la population, et l'inspection générale de la sécurité sociale - et du grade terminal du corps de l'inspection du travail. Le décret du 2 mai 1990, modifié par le décret du 25 avril 2002, a défini le statut particulier du corps de l'inspection générale des affaires sociales, affirmant ainsi son caractère interministériel par la fusion des trois précédentes inspections.

Ses compétences et pouvoirs d'investigation ont été réaffirmés et précisés par la loi du 28 mai 1996, qui donne une base légale à ses interventions auprès de l'ensemble des institutions du champ social et élargit ses compétences aux associations faisant appel à la générosité publique.

L'IGAS est chargée de contrôler le respect de la réglementation, le bon usage des fonds publics ou des fonds collectés auprès du public et d'évaluer la qualité et l'efficacité du service rendu à travers des enquêtes sur les politiques menées par les pouvoirs publics. De plus, elle contribue activement à l'évaluation de leur mise en œuvre.

L'inspection générale des affaires sociales propose chaque année, aux ministres sous l'autorité desquels elle est placée, un programme de contrôle sur un échantillon équilibré de services et organismes relevant du champ social. Plus de la moitié des travaux de l'IGAS résulte de commandes adressées tout au long de l'année par les ministres concernés.

Depuis mai 2002, l'IGAS est placée sous l'autorité du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministre de la santé, de la fa-

mille et des personnes handicapées. Elle est aussi à la disposition du Premier ministre et des autres membres du gouvernement qui peuvent la solliciter pour mener des missions dans l'ensemble des services, établissements ou institutions qui relèvent de leurs compétences.

Le corps de l'IGAS comptait 146 membres à la mi-2002, dont environ un tiers de femmes. Le corps recrute la moitié environ de son effectif à la sortie de l'ENA. L'autre moitié se compose de médecins, pharmaciens, directeurs d'hôpital, membres de l'inspection du travail et cadres des ministères sociaux. Cette diversité est le gage de sa compétence dans les différents champs d'intervention correspondant à ses missions.

L'IGAS INTERVIENT DANS L'ENSEMBLE DU CHAMP SANITAIRE ET SOCIAL SELON DES MODALITÉS DIVERSES

En 2002, l'IGAS a lancé 153 nouvelles missions, contre 139 en 2001. Elle a produit 154 rapports. Les domaines concernés recouvrent le champ social au sens large : santé, action sociale, sécurité sociale, travail, emploi et formation professionnelle.

La répartition par domaine est indiquée dans tableau n°1. Un quart des rapports porte sur le secteur santé.

Le deuxième tableau indique la répartition selon la nature de la mission. Plus d'un rapport sur trois est issu d'une mission de contrôle et plus d'un rapport sur quatre de travaux d'enquête et d'évaluation.

Tableau n°1 : les rapports par domaine

Domaine regroupé	Nombre de rapports			Répartition en %		
	2002	2001	2000	2002	2001	2000
Santé	40	36	46	26,0%	23,4%	27,9%
Protection sociale	12	31	37	7,8%	20,1%	22,4%
Action sociale	24	23	28	15,6%	14,9%	17,0%
Travail, emploi et formation professionnelle	5	16	25	3,2%	10,4%	15,2%
Missions internationales	43	19	16	27,9%	12,3%	9,7%
Administrations centrales et services déconcentrés	26	16	7	16,9%	10,4%	4,2%
Autres	4	13	6	2,6%	8,4%	3,6%
Total	154	154	165	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau n°2 : les rapports selon la nature de la mission

Type de mission	Nombre			Répartition en %		
	2002	2001	2000	2002	2001	2000
Mission de contrôle	55	62	64	36%	40%	39%
Enquête Evaluation	41	32	45	27%	21%	27%
Mission d'appui	19	18	13	12%	12%	8%
Mission disciplinaire	3	4	8	2%	3%	5%
Mission d'audit	8	1	8	5%	1%	5%
Groupe de travail	7	4	10	4%	3%	6%
Méthodologie	4	5	3	3%	3%	2%
Autres	17	28	14	11%	18%	8%
<i>Rapport annuel</i>	7	9	nd	5%	6%	nd
Total	154	154	165	100%	100%	100%

LA DIVERSITÉ DES RAPPORTS PRODUITS

Elle peut être illustrée par un aperçu du contenu de quelques-uns d'entre eux :

■ **Le pilotage et l'animation de la fonction d'inspection du travail** dans les directions régionales et départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Les investigations de la mission ont fait apparaître un constat général de faiblesse du pilotage et de l'animation et ses conséquences négatives sur l'activité et les résultats des services. Mais elle a aussi relevé des initiatives intéressantes qui préfigurent les éléments fondamentaux d'un management plus efficace de l'inspection du travail.

À partir de celles-ci et des démarches déjà engagées par l'administration centrale pour les prolonger, la mission a défini des préconisations selon quatre principes :

- définir simultanément les objectifs de la politique du travail et leurs conditions pratiques de mise en œuvre ;

- construire dès l'amont des stratégies d'intervention des agents de contrôle combinant des méthodes, des outils, des partenariats ;
- donner plus de robustesse à la démarche de pilotage et d'animation ;
- mettre l'encadrement des services déconcentrés en situation de plus grande responsabilité sur l'organisation des services et la gestion des ressources humaines.

(Rapport n° 2002-138 présenté par Marie-Pierre Hourcade, Christophe Lannelongue, Daniel Lejeune et Bruno Lucas).

■ Synthèse sur les rapports de contrôle des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) dans 6 départements :

Ce domaine appartient pour sa plus grande part aux collectivités départementales et la collectivité décentralisée reste maîtresse de sa politique sociale et des pratiques qu'elle entend promouvoir pour la mettre en œuvre, dans le cadre des lois régissant l'aide sociale. Les constats issus des missions peuvent, à cet égard, avoir la vertu de don-

ner aux différents responsables des conseils généraux des points de repère et des éléments de comparaison pour faire évoluer l'action de leurs services.

Les éléments abordés concernent le cadre dans lequel s'exerce la protection de l'enfance, la représentation et le droit des usagers, les modes d'action des services de l'ASE. L'Etat conserve une responsabilité importante et certaines recommandations lui sont destinées. Elles portent sur la collaboration des services de l'Etat avec les collectivités responsables de l'aide sociale à l'enfance et sur les responsabilités directes de l'Etat dans les domaines partagés de politiques sociales et médico-sociales et en matière de protection judiciaire de la jeunesse. L'obligation de mettre en place des schémas départementaux, en application de la loi du 2 janvier 2002, est l'occasion de procéder à une réflexion commune.

(Rapport n° 2002-19 présenté par Jeannine Barberye).

■ La gestion des praticiens hospitaliers

Les principaux points abordés par la mission concernent :

- l'examen des réponses apportées aux niveaux régional et local aux questions des effectifs ;
- les rôles respectifs des différents niveaux de l'administration sanitaire (centrale, ARH, DRASS, DDASS) et des établissements dans la gestion de ces personnels, ainsi que les possibilités éventuelles de déconcentration ;
- les évolutions souhaitables du statut des praticiens hospitaliers, sur la carrière comme sur la valorisation du travail, afin d'améliorer le service aux usagers et la motivation des professionnels ;
- la situation particulière des praticiens hospitaliers dans les CHU.

La mission a constaté que les objectifs de bonne gestion n'étaient pas atteints, du fait d'une répartition inadéquate des responsabilités et d'instruments de gestion peu performants.

Les principes sur lesquels se fondent les propositions de la mission impliquent en premier lieu de définir les objectifs d'une véritable gestion des ressources humaines médicales de l'hôpital public :

- anticiper les évolutions, en se plaçant dans une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- répartir les ressources médicales disponibles selon les spécialités et les secteurs sanitaires et utiliser les complémentarités avec le secteur hospitalier privé et le secteur libéral ;
- pratiquer une gestion visant l'adaptation en continu des ressources ;
- développer, au niveau de l'établissement, la réactivité et la rapidité d'adaptation.

Cela suppose aussi de préciser les niveaux de gestion pertinents :

- le niveau national pour la stratégie générale et la politique de santé et de l'offre de soins ;
- le niveau régional ou interrégional pour la mise en œuvre et l'organisation de l'offre de soins ;
- le niveau opérationnel - celui des établissements employeurs - qui pourrait prendre diverses formes, comme des centres régionaux ou interrégionaux assurant la gestion directe des ressources humaines médicales.

(Rapport n° 2002-143 présenté par Charles de Batz, Françoise Lalonde et Gérard Laurand).

■ Évaluation du système d'information des professionnels de santé

La mission dresse un bilan du système d'information des professionnels de santé. Celui-ci s'appuie sur un cadre législatif et réglementaire robuste ainsi que sur des acquis réels, particulièrement dans le domaine de l'assurance maladie. Toutefois, il connaît encore d'importantes limites, notamment comme instrument au service des soins et de la santé. Son pilotage imparfait ne favorise pas suffisamment les évolutions souhaitables. La mission propose donc un ensemble d'améliorations :

- L'État devrait se centrer sur une cohérence minimale des systèmes d'information des professionnels de santé. Entre autres, l'élaboration d'un schéma concerté d'orientation des systèmes d'information du secteur de la santé permettrait d'organiser les bases minimales d'une cohérence d'ensemble, susceptibles d'être prises en compte dans les systèmes d'information des divers acteurs.
- L'informatique autorise le développement d'instruments au service de la politique de santé (dossiers de santé partagés, réseaux de télé-médecine), à condition de préciser le cadre juridique. Les instruments de maîtrise médicalisée restent à développer.
- L'évolution des principaux outils actuels du système d'information doit être précisée. Il en est ainsi notamment de la carte Vitale et des logiciels SESAM-VITALE. La carte CPS (professionnels de santé) doit voir son positionnement renforcé comme instrument majeur de sécurité au sein des systèmes d'information.

(Rapport n°2002-142 présenté par Roland Cecchi-Tenerini, Philippe Laffon et Michel Laroque).

Le rapport annuel public

L'IGAS remet chaque année au Président de la République, au Gouvernement et au Parlement un rapport qui est rendu public. En 2002, il porte sur "Politiques sociales de l'Etat et territoires".

Le rapport est nourri par six enquêtes centrées sur la rencontre entre les politiques sociales de l'État et les territoires :

- les politiques territoriales de lutte contre le chômage de longue durée et les exclusions ;
- l'impact des projets territoriaux de l'État dans le département ;
- la politique de la ville ;
- les observatoires et la fonction d'observation ;
- le pilotage régional des actions de santé ;
- les stratégies des administrations centrales dans le processus de territorialisation de l'action publique dans le champ de l'action sociale et de l'emploi.

Ce rapport, dans le prolongement du précédent consacré aux usagers, apporte sa contribution à l'évaluation des politiques publiques, telles qu'elles sont mises en œuvre au plan local. Il montre l'ampleur des changements intervenus, mais aussi les blocages qui demeurent, signes de la difficulté des administrations à écouter les territoires et à tirer pleinement les conséquences de la déconcentration.

LA CONTINUITÉ DANS L'ACTION DE L'IGAS : LES SUITES DONNÉES AUX MISSIONS

Les réunions de la commission des suites permettent de rendre compte aux ministres de la mise en œuvre des recommandations formulées par l'IGAS et des éventuelles difficultés rencontrées dans leur application. Cette nouvelle occasion d'échanges permet aussi de clarifier les avancées et de faire émerger des préconisations collectives.

Les auteurs du rapport, les organismes ou services contrôlés, les services de tutelle concernés (administration centrale et services déconcentrés) participent à ces réunions, auxquelles sont invités les représentants des cabinets ministériels. L'un des principaux objectifs est de permettre aux services de s'informer et de renforcer leur coordination. Pour les inspecteurs de l'IGAS, ces réunions sont une source de réflexion sur le devenir des recommandations qu'ils ont formulées et une appréciation de leur intégration dans les processus de décision.

En 2002 la commission s'est réunie à 9 reprises, afin d'examiner les suites données à 22 rapports : 6 de 2001, 13 de 2000 et les autres antérieurs. Sur l'ensemble de ces rapports, les trois quarts relevaient d'une mission de contrôle dans le domaine de l'action sociale, de la santé, du travail et de la formation professionnelle.

LES MISSIONS PERMANENTES ET LES FONCTIONS RATTACHÉES

Les inspecteurs "régionalisés" : au nombre de 18 en 2002, ils ont assuré la charge habituelle de l'évaluation et de la notation des personnels d'encadrement des services déconcentrés et des agents de direction des organismes de sécurité sociale. Au total, les inspecteurs régionalisés ont rencontré plus de 900 agents dans l'ensemble des services relevant de la compétence de l'IGAS.

La mission permanente d'animation des fonctions d'inspection (MAFI) : la MAFI a pour vocation d'impulser, de structurer et de développer la fonction d'inspection dans les DRASS et les DDASS. Elle n'intervient pas de manière opérationnelle dans le processus de contrôle, mais peut avoir une fonction de conseil et de coordination, notamment à travers l'animation du réseau des Missions régionales et interdépartementales d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE). Cellule restreinte, composée d'un membre de l'IGAS assisté d'un médecin de santé publique chargé de mission et d'une secrétaire administrative, elle anime, d'une part, à l'échelon national, la Commission de programmation des inspections et contrôles dans le champ sanitaire et social et, d'autre part, à l'échelon régional, les MRIICE.

La Commission de programmation des inspections s'est réunie quatre fois en 2002 pour assurer la cohérence des commandes d'inspection des administrations centrales et des agences nationales de veille et de sécurité sanitaire et valider les fiches techniques et les outils proposés aux différents corps d'inspection qui seront diffusés sur l'Intranet en annexe de la Directive nationale d'orientation (DNO) 2003.

Le réseau des MRIICE est aujourd'hui complètement structuré. Deux réunions de leurs responsables ont été organisées à l'IGAS en 2002. Ces derniers ont participé activement à l'élaboration du "guide des bonnes pratiques d'inspection par les DRASS et les DDASS", diffusé à 3 000 exemplaires en juin 2002 auprès des services déconcentrés, des ARH, des directions d'administration centrale, des agences nationales, de l'ENSP, des membres de la commission de programmation et des membres de l'IGAS. Il est également disponible sur Intranet. En partenariat avec la MAFI, l'ENSP a organisé, en décembre 2002, une première formation de sensibilisation aux bonnes pratiques d'inspection.

Une mission de l'IGAS sur le fonctionnement des MRIICE a dressé un bilan positif de l'ensemble du dispositif de renforcement de l'inspection mis en place en 1999. Les préconisations du rapport, disponible sur Intranet, vont être prises en compte par la MAFI.

Le contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires : aux termes de l'article D 348-1 du code de procédure pénale, "l'inspection générale des affaires sociales et les services déconcentrés du ministère chargé de la santé veillent à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires".

Par ailleurs, la chef de l'IGAS figure parmi les autorités administratives ou judiciaires avec lesquelles les détenus peuvent correspondre sous pli fermé (article A 40 du code de procédure pénale). Dans ce cadre, l'IGAS a été saisie au cours de l'année 2002 de 320 plaintes adressées par les détenus eux-mêmes ou par des tiers agissant dans leur intérêt : familles, avocats, associations de défense des droits des détenus, visiteurs de prisons. La direction de l'administration pénitentiaire transmet aussi à l'IGAS les plaintes dont elle est saisie, mais qui concernent des problèmes de santé ou d'hygiène.

Les problèmes évoqués par les plaignants concernent tout particulièrement :

- les problèmes d'escorte et de garde qui peuvent retarder la prise en charge médicale des détenus à l'extérieur de la prison ;
- les délais de réalisation des soins et des prothèses dentaires ;
- la prise en charge des pathologies graves, qui peuvent être difficilement compatibles avec une détention ;
- la prise en charge des détenus atteints de troubles psychiatriques ;
- les refus d'hospitalisation à l'hôpital des prisons de Fresnes, impliquant des retards dans la réalisation d'examen médicaux destinés à définir une pathologie ;
- l'hygiène ;
- le fonctionnement des services d'urgence ;
- certaines contaminations (sida, hépatite C).

En 2002, l'Inspection générale des affaires sociales a été interpellée à de nombreuses occasions pour des demandes de suspension de peine pour raison de santé (article 10 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Les réponses à ces courriers sont traitées avec les services de l'administration pénitentiaire.

La commission consultative des marchés des organismes de sécurité sociale (CCMOSS) : conformément à l'arrêté du 31 janvier 2002 portant règlement sur les marchés des organismes de sécurité sociale, un inspecteur général des affaires sociales exerce la présidence de la commission consultative des marchés des organismes de sécurité sociale (CCMOSS). La très grande majorité des rapporteurs, chargés d'analyser les marchés soumis à cette commission, sont des membres de l'IGAS.

Le même arrêté, pris en application de l'article L. 124-4 du code de la sécurité sociale, élargit le champ de compétence de la commission aux organismes du régime agricole et à divers organismes expressément mentionnés à l'article 1.

Il n'est donc pas surprenant de constater l'augmentation, au cours des trois dernières années, du nombre de dossiers examinés, passé à 74 en 2002, contre 66 en 2001 et 42 en 2000.

Les audits du Fonds social européen (FSE) : depuis 1998, l'IGAS apporte un concours très actif à la commission interministérielle de coordination des contrôles portant sur les actions cofinancées par les fonds structurels européens (CICC). Elle effectue, pour son compte, des contrôles destinés à veiller au respect, par les administrations concernées, des obligations contractées par la France à cet égard.

En 2002, l'IGAS a continué à déployer pour cette commission une activité importante, qui s'est déroulée en deux temps.

L'année 2002 a d'abord marqué la fin des opérations de contrôle effectuées en région - dans le cadre de la CICC - dans les directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) et dans les conseils régionaux. Il s'agissait chaque fois d'y établir un rapport préparatoire aux déclarations de validité des comptes des programmes cofinancés par le FSE, document délivré par la CICC et indispensable pour permettre le paiement par la Commission européenne du solde des crédits du FSE pour chacun des programmes cofinancés.

Cette étape marque la fin d'un processus entamé à l'automne 1998 et qui a vu les missions de l'IGAS passer deux fois dans chacune des 26 régions françaises. La première fois pour y réaliser un audit du système de gestion, de suivi et de contrôle du fonds social européen (FSE) mis en œuvre localement ; la seconde afin d'y effectuer un ultime contrôle avant que la CICC ne délibère sur la validité des demandes de solde des préfets de régions.

Ces missions en région ont été l'occasion pour l'IGAS d'élaborer et de mettre en œuvre des méthodes nouvelles de contrôle, sur la base de méthodologies préétablies de manière rigoureuse, conduites dans un cadre strictement normé, conjointement avec les services de contrôle européens et les autres inspections générales chargées - également au sein de la CICC - du contrôle des autres fonds structurels européens.

Toujours dans le contexte de la liquidation de la période de programmation 1994-1999/2000, la fin de l'année 2002 a aussi été marquée par le début des opérations de validation des comptes, conduites par la CICC et pour lesquelles l'IGAS a été invitée à fournir des rapporteurs chargés d'analyser les dossiers présentés par les préfets de région et par les gestionnaires nationaux des cré-

dits du FSE. Cette dernière phase doit s'achever le 31 mars 2003.

En restant dans le cadre du contrôle de l'emploi du FSE, quoique de manière plus classique, l'IGAS a également continué à apporter son concours à la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP), afin de contrôler, à sa demande, les fonds européens gérés dans des structures administratives ou organismes publics appartenant au ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité ou en relevant. C'est ainsi que l'IGAS a achevé, en 2002, deux opérations importantes de contrôle du FSE, l'une auprès du Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (FASILD), l'autre au sein de la direction générale de l'action sociale (DGAS).

La mission permanente de coordination de l'inspection de l'hygiène et de la sécurité :

depuis 1997 cette mission est confiée à l'IGAS, pour les administrations de l'État relevant de son champ de compétence.

La mission doit impulser et coordonner la mise en œuvre des fonctions de contrôle et de conseil des inspecteurs de l'hygiène et de la sécurité (IHS) et garantir de bonnes conditions d'exercice professionnel aux inspecteurs. Les agents concernés sont au nombre d'environ 27 000.

L'année 2002 a vu l'achèvement d'une première étape depuis la mise en place de l'IHS. Elle a permis de réaliser un état des lieux en matière d'application de la réglementation qui facilite désormais la définition d'actions ciblées.

Le contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance :

présidée par un conseiller d'État, la commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance est une autorité administrative indépendante, dont le chef de l'Inspection générale des affaires sociales est le secrétaire général. 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 personnes protégées : la commission s'assure, en particulier, que ces organismes sont toujours en mesure d'honorer les engagements qu'ils ont contractés à leur égard.

En 2002, le champ de compétences de la commission s'est étendu à 87 institutions de prévoyance, 110 institutions de retraite supplémentaire ainsi qu'à l'ensemble des mutuelles (au nombre de 2 520 au 31 décembre 2002).

Le suivi permanent de ces organismes, ainsi qu'un certain nombre de contrôles sur pièces et sur place, sont effectués par les membres du secrétariat général de la commission et, en tant que de besoin, par les membres de l'inspection générale des affaires sociales. En dessous d'un certain seuil de cotisations, les mutuelles complémentaires maladie font l'objet d'un contrôle déconcentré au niveau des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

L'année 2002 a, par ailleurs, été marquée par la transposition des directives européennes d'assurance. Le nouveau code a considérablement renforcé les pouvoirs de la Commission, qui dispose désormais, dans le domaine de la mutualité, de pouvoirs identiques à ceux reconnus à la Commission de contrôle des assurances à l'égard des entreprises de ce secteur. En particulier, la CCMIP a délivré 80 attestations de solvabilité, réclamées par les autorités administratives dans le cadre de transferts de portefeuille d'engagements concernant 321 mutuelles. La Commission a également approuvé 698 conventions par lesquelles des mutuelles en cours d'agrément se substituaient à des mutuelles ne respectant pas les conditions exigées pour l'obtention de l'agrément.

L'action européenne et internationale

LA POURSUITE DE LA CONSTRUCTION DE L'EUROPE SOCIALE

L'Espagne puis le Danemark ont assuré la présidence de l'Union européenne. La présidence espagnole, dominée par le lancement de la monnaie unique, a poursuivi les objectifs essentiels de la mise en œuvre de la stratégie de Lisbonne et de l'agenda social adopté sous la présidence française.

La présidence danoise a choisi l'inclusion sociale, servie par le dialogue social et le partenariat, comme fil conducteur de son action. Celle-ci implique le renforcement du rôle des partenaires sociaux, notamment dans le cadre de la révision de la stratégie européenne pour l'emploi et dans la perspective de l'élargissement de l'Union.

La responsabilité sociale des entreprises et l'égalité entre les hommes et les femmes ont constitué d'autres thèmes privilégiés.

Les procédures

Le Conseil européen de Séville (juin 2002) a décidé la fusion du Conseil emploi et politiques sociales avec le Conseil santé et consommateurs. Ce nouveau Conseil s'est réuni pour la première fois en octobre 2002. Au sein du ministère, la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI) a mobilisé les directions techniques, pour que le Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité présente une position française forte.

Cette mobilisation s'est effectuée notamment dans le cadre de la préparation des conseils des ministres, en lien étroit avec les conseillers sociaux de la représentation permanente de la France à Bruxelles. Deux conseils santé et quatre conseils emploi/politiques sociales se sont réunis en 2002.

Elle a assuré la prise en compte des positions du ministère des affaires sociales, du travail et de la



solidarité et du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, en vue des Conseils européens ou dans les travaux de la Convention sur l'avenir de l'Europe.

L'emploi

L'année 2002 a été marquée par la première évaluation de la stratégie européenne pour l'emploi (décidée en novembre 1997 par le Conseil extraordinaire de Luxembourg). Le Conseil informel de Burgos a permis d'identifier les éléments de consensus : l'inscription de la stratégie européenne pour l'emploi (SEE) dans les objectifs et l'horizon de la stratégie de Lisbonne, ainsi que la simplification et le rapprochement des calendriers entre grandes orientations de politique économique et lignes directrices pour l'emploi.

La commission a adopté une communication sur la rationalisation des cycles annuels de coordination de la politique économique et de la politique de l'emploi. Cette initiative a été approuvée par le conseil emploi, politique sociale, santé et consommateurs du 3 décembre 2002. Cette communication répond au souhait du Conseil européen de Barcelone de mars 2002 de renforcer l'efficacité, la complémentarité et la visibilité des processus de coordination politique. Pour le ministère - et compte tenu de la complémentarité des deux processus - l'adoption d'un calendrier synchronisé ne doit pas conduire à subordonner la stratégie européenne pour l'emploi aux grandes orientations de politiques économiques.

La qualité de l'emploi est essentielle pour améliorer la participation au marché du travail, mieux gérer les restructurations et accroître l'investissement dans les ressources humaines. Enfin, la

recherche d'une plus grande mobilité et le développement des compétences sur le marché européen du travail sont inséparables de l'objectif de qualité et de cohésion sociale.

La protection sociale

Pour garantir la viabilité à long terme des régimes de retraite, le Conseil de Göteborg avait approuvé en 2001 trois grands principes :

- préserver la capacité de ces régimes à atteindre les objectifs sociaux prévus ;
- maintenir leur viabilité financière ;
- répondre à l'évolution des besoins.

Le principe de la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie européenne et les modalités d'application de la méthode ouverte de coordination au domaine des pensions, ont été adoptés à la fin de 2001, par le Conseil européen de Laeken. La décision s'appuie sur le rapport élaboré par les comités de protection sociale (CPS) et de politique économique (CPE), à la suite de la communication de la commission. Les Etats membres ont remis leur rapport sur leur stratégie nationale en septembre 2002.

Par ailleurs, un rapport du Conseil, fondé sur les réponses au questionnaire établi par les Etats membres sur les soins de santé et les soins pour les personnes âgées, a été remis au Conseil européen de Barcelone. Celui-ci a invité la Commission à examiner de manière plus approfondie les questions d'accessibilité, de qualité et de viabilité financière.

L'égalité entre les femmes et les hommes

La présidence espagnole a choisi les conseils de l'agriculture et de l'environnement pour décliner l'approche intégrée d'égalité entre les femmes et les hommes. Les deux présidences ont aussi insisté sur le phénomène des violences envers les femmes. La présentation d'une étude au conseil du 3 juin a permis l'adoption d'indicateurs communs, ainsi que l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques.

La santé et la sécurité des travailleurs

La Commission européenne a adopté, le 13 mars 2002, une communication définissant la nouvelle stratégie communautaire dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail (2002-2006). Ce domaine est l'un des secteurs les plus réglementés (une quarantaine de directives) et les plus importants de la politique sociale de l'Union.

Une implication active des partenaires sociaux

Le Conseil emploi, politique sociale santé et consommateurs du 3 décembre 2002 a approuvé la proposition de création d'un sommet social tripartite pour la croissance et l'emploi. Cette initiative fait suite à la déclaration des partenaires sociaux au Conseil européen de Laeken (décembre 2001) qui proposait une articulation, au sein d'une enceinte unique, de la concertation tripartite sur la stratégie de Lisbonne. Cette structure remplacerait le comité permanent de l'emploi. La DAEL a informé et consulté les partenaires sociaux français, sur l'ensemble de ces dossiers, dans le cadre du comité du dialogue social pour les questions européennes et internationales (CDSEI), qui a été réuni régulièrement.

La moitié des réunions du CDSEI a été consacrée à la préparation du Plan national d'action pour l'emploi (PNAE). Les partenaires sociaux se sont réunis quatre fois, dans le cadre de groupes de travail thématiques sur la sécurisation des trajectoires professionnelles et la féminisation du salariat. Un PNAE finalisé leur a été présenté, en session plénière, le 16 avril 2002.

Une autre réunion plénière s'est tenue le 4 septembre, en présence du Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité. Elle a permis un échange de vues avec les membres du Comité sur la stratégie nationale en matière de retraite avant sa transmission à Bruxelles et sur la révision de la stratégie européenne pour l'emploi.

D'autres réunions ont été respectivement consacrées à la préparation du Conseil européen de printemps, aux travaux de la Convention sur l'avenir de l'Europe, ainsi qu'à l'accord général sur les services (AGCS), dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

La promotion de l'Europe de la santé

L'activité en 2002, en matière de politique européenne de santé, a été très liée à l'agenda du travail communautaire.

Deux textes communautaires importants ont ainsi été adoptés :

- une directive relative à la publicité sur le tabac ;
- une directive sur la sécurité et la qualité du sang et des produits sanguins.

En outre, les négociations se sont engagées ou poursuivies sur plusieurs projets de textes :

- La réforme et la restructuration de la législation pharmaceutique européenne ;
- Une directive sur la qualité et la sécurité des tissus et des cellules ;
- La convention cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) contre le tabac, pour laquelle l'action des Etats membres est coordonnée par

l'Union. Cette convention doit être adoptée en mai 2003 ;

- l'engagement d'une réflexion, avec nos partenaires européens, sur le bioterrorisme.

Enfin, deux chantiers importants ont été ouverts en 2002, pour aboutir en 2003 :

- La mise sur pied d'un groupe de travail de haut niveau réunissant les ministres européens de la santé pour traiter de la mobilité des patients. L'objectif est d'engager des actions concrètes afin de faciliter l'accès aux soins dans d'autres pays européens et de partager certaines ressources, dans la ligne de la jurisprudence de la Cour de Justice. La France joue un rôle moteur dans ce processus.
- Le lancement des travaux de la Convention sur l'avenir de l'Europe. La DAEI s'est fait l'écho de la Direction générale de la santé (DGS) en soumettant un certain nombre de propositions pour renforcer le traité sur les questions de santé. Il apparaît en effet indispensable de faire évoluer les dispositions actuelles. Cela implique d'engager une véritable logique de santé publique. Les questions de santé étant jusqu'à présent traitées dans une logique trop restreinte de marché intérieur.

La Convention sur l'Avenir de l'Europe

Le Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité et celui de la santé, de la famille et des personnes handicapées sont pleinement impliqués dans les travaux de la Convention sur l'Avenir de l'Europe. L'action conjuguée des deux départements ministériels, par le biais de la DAEI, a permis que les différentes contributions déposées par la France à la Convention intègrent la définition d'objectifs et les moyens d'action de l'Union européenne dans les domaines de l'emploi, de la protection sociale, de la santé, de la lutte contre l'exclusion et contre les discriminations, ou encore de l'égalité entre les hommes et les femmes.

Le suivi des directives européennes

Le plan intergouvernemental de rattrapage du retard de transposition des directives européennes par la France conduit la DAEI à mettre en place une cellule de veille. Celle-ci coordonne, en liaison étroite avec les directions compétentes, le suivi de la transposition des directives dans l'ensemble des champs concernés des deux ministères : santé, travail, affaires sociales, discrimination et intégration.

LES RELATIONS BILATÉRALES

Intensifier les échanges

Depuis plusieurs années la signature d'accords bilatéraux de coopération dans le domaine des affaires sociales se développe. Ces accords concernent notamment les grands pays de l'Union européenne, tels l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Italie, auxquels se sont récemment ajoutés les Pays-Bas et la Finlande, qui, tous, sont extrêmement désireux d'intensifier et de formaliser leurs relations avec nous.

Les efforts engagés les années précédentes pour nouer et entretenir des relations avec certains des principaux partenaires de la France se sont poursuivis. Ainsi, l'année 2002 a vu le renouvellement d'accords de coopération avec l'Espagne (20 mars), l'Allemagne (10 juin) et l'Italie (14 septembre), ainsi que la conclusion d'un accord avec la Finlande (18 février).

Ces textes prévoient, outre l'échange régulier d'informations, des visites et séminaires d'experts sur des sujets d'intérêt commun. Ils permettent également aux partenaires de s'informer de leurs positions respectives sur les dossiers communautaires.

Les accords conclus antérieurement avec le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont également permis des échanges d'experts et des rencontres de hauts fonctionnaires.

Développer les complémentarités transfrontalières

Celles-ci se traduisent tout d'abord par un renforcement de la lutte contre le travail illégal. En effet, la prestation de service transnationale peut donner lieu à des dérives, par le recours abusif à la sous-traitance ou à de faux travailleurs indépendants. Celles-ci entraînent à la fois de graves distorsions de concurrence et la violation des lois sociales du pays d'exercice de l'activité.

Le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité s'est investi dans ce champ d'action. Dans le cadre d'une résolution du Conseil du 22 avril 1999, il a engagé des discussions pour conclure des codes de bonne conduite afin de lutter contre le travail illégal et la fraude aux prestations sociales. Ces discussions amplifient la coopération et les échanges d'informations entre services sur les opérateurs économiques intervenant dans ce secteur. Après un premier accord avec l'Allemagne en 2001, les efforts se sont poursuivis en 2002 pour conclure avec les partenaires italiens, espagnols et belges.

La coopération sanitaire constitue un autre champ de développement de la coopération transfrontalière. L'évolution et les avancées de la jurisprudence communautaire, toujours plus favorable aux droits des citoyens de l'Union, ont confirmé la

nécessité de développer des coopérations transfrontalières dans ce domaine. Celles-ci permettent l'amélioration des soins de proximité. Il faut, à l'intérieur d'un même territoire transfrontalier, faciliter l'accès aux soins et savoir utiliser les services de santé de l'autre côté de la frontière, si cela est plus rapide et plus efficace. Des coopérations de ce type existent déjà avec nos partenaires belges, italiens, allemands ou espagnols et sont appelées à se développer avec les Britanniques.

Ce volet a été mis en avant dans la contribution déposée par les autorités françaises, au cours des travaux de la Convention sur l'Avenir de l'Europe.

Poursuivre et approfondir les relations bilatérales avec les pays candidats :

Cette volonté s'est manifestée dans deux directions. Tout d'abord, la réflexion sur les enjeux de l'élargissement doit être prolongée par la mise en œuvre d'actions de coopération bilatérale. Cette coopération administrative, portant sur l'explication de l'acquis, a pris la forme de séminaires : celui de Budapest, en juin 2002, sur la confrontation des politiques familiales française et hongroise, puis celui de Paris, en novembre 2002, sur la lutte contre les exclusions.

Deuxième axe : la politique active de soutien à la reprise de l'acquis communautaire. Elle s'exprime d'abord par la coopération et l'assistance technique. Le GIP International (groupement d'intérêt public pour le développement de l'assistance technique et de la coopération internationale) – dans le secteur emploi, travail, formation professionnelle – et l'Agence de coopération internationale en sécurité sociale (ADECRI) – dans celui de la protection sociale – ont mis en œuvre des actions de coopération en réalisant des jumelages. Ces initiatives sont financées, soit sur les fonds du ministère des Affaires étrangères (COCOP), soit sur les fonds Phare, dans le cadre des instruments de pré-adhésion. L'année 2002 a vu l'achèvement des jumelages portant sur la santé et la sécurité au travail (directives communautaires) en Pologne, Roumanie et Lituanie (en coopération avec l'Allemagne). Ils sont menés par le GIP-International et la Direction des Relations du Travail. Le jumelage, conduit par l'ADECRI, sur la protection de l'enfance en Roumanie s'est poursuivi, ainsi que les participations (en consortium avec des partenaires européens) à des jumelages sur la sécurité sociale en Estonie et en Slovaquie. Le second aspect de ce soutien à la reprise de l'acquis communautaire concerne l'appui à certaines initiatives. À la demande de la confédération européenne des syndicats (CES) et en collaboration avec le Bureau international du travail (BIT), le ministère a maintenu son concours à la formation aux instruments internationaux de sécurité sociale, au bénéfice de membres d'organisations syndi-

cales des nouveaux Etats adhérents. Le but est de favoriser le développement du dialogue social.

LES ACTIVITÉS MULTILATÉRALES

L'objectif est double :

- renforcer le partenariat avec les grandes institutions, dont les ministères de la Santé et des Affaires sociales sont les principaux interlocuteurs en France : le BIT, l'OMS et l'ONUSIDA. La France doit constituer une force de proposition dans l'activité normative et institutionnelle de ces programmes et aider à la mise en œuvre de leurs programmes opérationnels.

- appuyer le développement et le suivi des questions sanitaires et sociales, dans les organisations multilatérales généralistes (ONU, G8) ou économiques (Organisation de coopération et de développement économique, OMC).

Le Bureau international du travail : un partenariat renforcé

Au-delà des obligations prévues dans la constitution de l'Organisation internationale du travail (OIT), la France appuie le Bureau international du travail dans sa politique de coopération technique. Celle-ci apporte un contenu opérationnel à l'accompagnement social de la mondialisation. Par ailleurs, l'instauration d'un cadre de coopération spécifique entre la France et le BIT (relevé de conclusions, dit "accord France/BIT", signé en 1999 et renouvelé en 2001) a permis de définir, sur le long terme, les rapports avec cette organisation. La France a ainsi mobilisé, à côté de sa contribution obligatoire (16,68 millions d'euros, soit le 4^e rang), des moyens financiers importants au titre des contributions volontaires (18,4 millions d'euros sur trois ans, 4^e rang). L'accord France/BIT a la particularité d'associer, du côté français, plusieurs ministères contributeurs (Affaires sociales, Affaires étrangères, Transports et Mer) sur des programmes de coopération à forte visibilité. Ceux-ci concernent la lutte contre le travail des enfants (programme IPEC), le programme Sida en entreprises, la promotion de la déclaration sur les droits fondamentaux et le dialogue social. En font aussi partie, le programme "travail décent" dans le secteur maritime, le soutien au groupe de travail sur la dimension sociale de la mondialisation et le programme d'extension de la protection sociale. Enfin, les grands objectifs poursuivis par le BIT rejoignent les préoccupations de la France : recentrage des missions de l'OIT sur les droits fondamentaux, renforcement des liens avec les organisations multilatérales dans le contexte de la mondialisation, amélioration du fonctionnement du BIT. Dans ce cadre, le rapport de la Commission mondiale sur la dimension sociale de la mon-

dialisation, prévu pour la fin de 2003, devrait appuyer le développement d'une réflexion commune et d'actions conjointes.

L'Organisation mondiale de la santé : la mise en œuvre d'une coopération renforcée

La France constitue pour l'OMS un pôle de référence dans de nombreux domaines. Le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a participé activement au suivi de dossiers prioritaires traités par l'organisation, comme la convention internationale de lutte contre le tabac et la révision du règlement sanitaire international.

La volonté de renforcer la coopération avec l'OMS s'est traduite, à partir de 2000, par la signature de conventions destinées à soutenir l'activité de l'organisation. Dans ce cadre, le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a notamment appuyé des actions de lutte contre les maladies transmissibles, à l'image de la surveillance de l'alerte rapide et de la prise en charge préventive et thérapeutique du Sida et de la tuberculose. Cet appui a également porté sur l'adaptation des systèmes de santé et l'amélioration de la qualité de l'information en santé publique.

Le soutien au pôle de Lyon de l'OMS, dédié à la formation en "épidémiologie de terrain", entre dans le cadre du système global de surveillance et de réponse rapide aux épidémies.

OMC et OCDE : une meilleure prise en compte des préoccupations sanitaires et sociales

À la suite de la conférence ministérielle de Doha (OMC 2001), une solution devait être trouvée, avant la fin de 2002, pour permettre aux pays sans capacité de production pharmaceutique d'importer, dans le cadre des accords ADPIC (accord sur les droits de propriété intellectuelle touchant au commerce), des médicaments dans des conditions favorables. Ceci sous-entend le bénéfice du mécanisme dit de la "licence obligatoire". Ces négociations n'ont pu aboutir en décembre 2002, mais les efforts se poursuivent afin de permettre aux plus pauvres de bénéficier de médicaments à des prix abordables et leur assurer un accès aux traitements. L'accord général sur les services (AGCS) de 1994 est actuellement en cours de renégociation. La DAEI a mobilisé l'ensemble des directions concernées pour un travail de préparation sur l'ouverture éventuelle, au sein de l'Union européenne, des services sociaux et de santé aux entreprises et aux prestataires des Etats tiers. Les négociations générales à l'OMC doivent aboutir en 2005.

Le ministère a également préparé son implication dans deux enquêtes thématiques réalisés par le comité ELSA de l'OCDE : l'amélioration de la participation des travailleurs âgés au marché du travail et l'accès aux qualifications dans le cadre de la formation tout au long de la vie. En outre, la DAEI a contribué au financement d'une étude sur l'équité dans l'accès aux soins (programme transversal sur la santé).

L'Organisation des Nations unies (ONU)

Le sommet de Johannesburg sur le développement durable (2002) a mis l'accent sur la nécessité de parvenir à une meilleure articulation entre l'économique, le social et l'environnement, associant l'ensemble des partenaires (gouvernements, société civile...). Le "Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique" (NEPAD) s'inscrit dans cette logique de responsabilité de tous les partenaires de l'action internationale. Comme le Pacte mondial, il associe entreprises, ONG et gouvernements, afin de réaliser les objectifs de la déclaration du Millénaire. Dans ce cadre, le ministère s'efforce d'assurer, lors des négociations multilatérales, une prise en compte réelle des préoccupations sanitaires et sociales.

La lutte contre les maladies de la pauvreté : un défi pour la communauté internationale

Le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées s'est pleinement associé aux initiatives internationales coordonnées avec le programme "Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau" (ESTHER). Celui-ci a été créé et développé dans le cadre d'un GIP, constitué en 2002.

Lancé en avril 2001, le Fonds mondial contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, dont le siège est à Genève, est axé sur la réduction de la morbidité imputable à ces trois maladies. Cette action s'inscrit dans une perspective plus large de lutte contre la pauvreté, dans le sens du développement durable. Une approche équilibrée entre la prévention, le traitement, les soins et le soutien aux malades a été retenue. La France est largement intervenue en faveur de la prise en compte de programmes intégrant les traitements, notamment les antirétroviraux et les soins. Un accent particulier sera également mis sur le renforcement des systèmes de santé et les formations. Le champ de la recherche opérationnelle a été maintenu. La contribution française est de 150 millions d'euros sur trois ans.

Le GIP ESTHER

Après l'Assemblée générale extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/Sida des 25-27 juin 2001, le ministère de la Santé a pris l'initiative, en concertation avec d'autres pays européens (Espagne, Italie, Luxembourg), de mettre en place l'initiative "Ensemble pour une Solidarité thérapeutique hospitalière en réseau" - sous la forme d'un Groupement d'intérêt public (GIP) - afin de favoriser l'accès aux soins des personnes atteintes du VIH/Sida dans les pays du Sud. Ce GIP a été créé pour assurer la cohérence des interventions multidisciplinaires sur le terrain, notamment en facilitant les jumelages entre structures hospitalières du Nord et du Sud. Cette initiative a reçu le soutien de Kofi Annan, Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'ONUSida. Le premier conseil d'administration du GIP Esther s'est tenu le 25 avril 2002, dotant le GIP d'un budget de 15 millions d'euros pour 3 ans. La première année a été consacrée à trois priorités.

Tout d'abord, le montage de partenariats avec 10 pays et la mise en réseau d'une quarantaine d'hôpitaux français et d'autant de structures médicales du Sud (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Mali, Sénégal, Maroc, Vietnam, Cambodge). Après la signature des conventions ministérielles et financières, les premières sessions de formation ont déjà été réalisées sur le terrain. Des personnels sont venus renforcer certains plateaux techniques et des programmes de compagnonnage se sont mis en place.

Seconde priorité : la création des conditions de fonctionnement du GIP (recrutement de quinze agents, installation des locaux, procédures de fonctionnement).

Enfin, le GIP s'est attaché au développement de l'approche psychosociale de la prise en charge des patients au travers le plaidoyer pour l'accès au traitement, à l'appui au milieu associatif et à la mise en réseau des acteurs locaux pour garantir une bonne observance des traitements, la continuité des soins pour le patient et une meilleure intégration dans la communauté.

LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

Durant l'année 2002 les actions de coopération bilatérale et générale se sont poursuivies, avec les acteurs internationaux du secteur privé, public et associatif.

La Russie

Le groupe mixte santé franco-russe, réuni à Paris en novembre 2002, a permis de renforcer la coopération dans les domaines de la pharmacie et de la santé publique. Enfin, le dossier du laboratoire national de contrôle pharmaceutique arrivera à son terme en 2003, année de son inauguration.

Le Maghreb

Il existe une coopération traditionnelle avec les trois pays du Maghreb. Des relations fortes et privilégiées existent depuis de nombreuses années avec le Maroc. La présence d'un conseiller social auprès de l'ambassadeur de France à Rabat permet à nos ministères d'être encore plus présents sur les politiques sociales.

La coopération franco-algérienne a connu un début de reprise en 2002, autour de plusieurs axes, dont notamment l'appui au secteur de la santé. La France a ainsi contribué, par exemple, à la formation d'équipes algériennes et à la réduction des transferts de malades à l'étranger.

Le Canada et le Québec

Dans les domaines de l'emploi et de la solidarité, la collaboration franco-canadienne est ancienne en ce qui concerne le secteur sanitaire. Elle est plus récente en matière d'emploi et de formation professionnelle. Cette conjugaison d'efforts devrait s'accroître dans les prochaines années, car les partenaires canadiens témoignent de préoccupations proches de celles de la France. Les compétences fédérales et provinciales québécoises, liées à des raisons historiques et linguistiques, impliquent une coopération bénéficiant de ses propres outils techniques et financiers.

En liaison avec le ministère des Affaires étrangères et les Québécois, le ministère s'attache à mieux recentrer cette coopération autour d'axes prioritaires. Ceux-ci concernent le domaine des politiques sociales (lutte contre l'exclusion ou la toxicomanie, intégration professionnelle, etc.), de l'économie solidaire et de la santé (télémédecine, santé mentale, observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, etc.). De plus, le programme d'échanges de fonctionnaires France-Québec, encadrant le déplacement d'agents du ministère durant deux ans, débouche souvent sur la mise en place d'actions de coopération à forte valeur ajoutée.

L'observation, l'expertise et la prospective

Créée en janvier 1993, la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES) assure la production et la diffusion de données statistiques et d'études dans le domaine du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Elle élabore le programme annuel de statistiques, d'études et de recherche du Ministère dans ce secteur. Elle y intègre les demandes des organisations syndicales et professionnelles et celles des services déconcentrés. La DARES intervient en appui du processus d'élaboration des politiques et contribue aux travaux d'évaluation.

Produire des données statistiques

La DARES produit, diffuse et analyse régulièrement des données statistiques sur la situation conjoncturelle du marché du travail - à partir des fichiers des offres et des demandes d'emploi déposées à l'ANPE - et sur l'évolution des salaires, de l'emploi et de la durée du travail (enquête ACEMO). Ses investigations portent également sur les relations professionnelles (données des sections d'inspection du travail), sur la gestion de la main d'œuvre - à partir des Déclarations mensuelles des mouvements de main d'œuvre (DMMO) - et sur le suivi des bénéficiaires des politiques d'emploi et de formation professionnelle.

En ce domaine, l'année 2002 a notamment été marquée par :

- l'exploitation de l'enquête spécifique "emploi des salariés selon l'âge" ;
- les travaux sur la prospective des métiers et des qualifications ;
- la création d'un indicateur d'évolution mensuelle de l'emploi sur l'ensemble des secteurs concurrentiels ;
- le lancement du panel 2002 des bénéficiaires de politiques d'emploi ;
- le lancement d'une enquête auprès des bénéficiaires du PAP-ND (programme d'action personnalisée pour un nouveau départ).



- le lancement de l'enquête SUMER 2002 (Surveillance médicalisée des risques professionnels) ;
- la préparation, avec l'INSEE, de l'enquête FQP 2003 (Formation et qualification professionnelle).

Analyser les grandes mutations

Dans le domaine de l'emploi et du marché du travail, la direction a poursuivi les analyses régulières visant à une meilleure connaissance des évolutions de l'emploi et du chômage, et développé certains aspects : les tensions sur le marché du travail, la prospective des métiers, les effets du vieillissement de la population active sur le marché du travail et la gestion des salariés âgés dans les entreprises. Ils ont aussi porté sur l'emploi des travailleurs handicapés, les licenciements autres qu'économiques et l'évolution mensuelle de l'emploi dans l'ensemble des secteurs concurrentiels.

Les bénéficiaires des politiques d'emploi et de la formation professionnelle ont fait l'objet de différents suivis, grâce au panel ou à des enquêtes qualitatives. Des analyses destinées à mieux comprendre l'usage de la formation continue par les entreprises ont également été lancées.

Dans le domaine du travail et des relations professionnelles, de nombreuses investigations ont été menées sur les conditions et l'organisation du travail, sur les relations sociales et la négociation au sein des entreprises et l'impact de l'aménagement et de la réduction du temps de travail. Des analyses ont aussi porté sur le thème de la santé et travail, sur l'évolution des salaires et l'articula-

tion des niveaux de la négociation salariale, sur la comparaison de la négociation salariale en Europe dans le contexte de la monnaie unique.

Prévoir l'impact des politiques

En 2002, la DARES est intervenue en appui du processus d'élaboration des politiques, sous différentes formes : elle a estimé les effets sur l'emploi des politiques publiques selon diverses hypothèses, et prévu chaque trimestre l'évolution à court terme de l'emploi. Elle approfondit l'étude de l'impact des politiques sur la performance des entreprises. Elle a élaboré un compte des finances publiques à moyen terme et contribué aux rapports de l'OCDE et du FMI sur l'emploi.

Anticiper le débat social

La DARES assure une fonction de veille prospective et d'animation de la recherche sur le travail et l'emploi, en liaison avec le Ministère de la Recherche et le CNRS. En 2002, les programmes de recherche de la direction ont porté sur :

- la flexibilité ;
- le travail non qualifié ;
- l'égalité professionnelle entre hommes et femmes ;
- les temps et l'organisation du travail ;
- l'emploi des salariés âgés.

Conduire les travaux d'évaluation

Outre les travaux réguliers sur les dispositifs de politiques d'emploi, la Dares a contribué au rapport du Conseil national de l'Évaluation sur les aides aux très petites entreprises, sur l'insertion par l'activité économique. Elle a contribué au rapport au Parlement sur l'impact de la loi sur les 35 heures, au rapport du Conseil Économique et Social sur l'harmonisation des Smic, ainsi qu'aux divers travaux d'évaluation sur les allègements de cotisations sociales. Elle contribue régulièrement à l'évaluation du Fonds Social Européen, et a coordonné l'évaluation pour la France de la Stratégie Européenne pour l'Emploi (1997-2001).

Diffuser les résultats

La DARES met à disposition d'un large public les résultats de ses travaux au travers d'une gamme de publications comprenant :

- un hebdomadaire DARES *Premières Informations / Premières Synthèses* (en 2002, 57 Premières Informations et 53 Premières Synthèses ont été publiés) ;
- une revue trimestrielle *Travail et Emploi* ;
- des ouvrages dans la série "*Cahiers Travail et Emploi*" de la Documentation française (3 en 2002) ;
- le *Bulletin mensuel des statistiques du travail* (désormais sur Internet).
- les "*Document d'Études*" (15 numéros en 2002).

L'intégralité des numéros de "Premières Synthèses et Premières Informations" est mis en ligne sur Internet (www.travail.gouv.fr/etudes/etudes_f.html), ainsi qu'une présentation du contenu des autres publications. En matière de statistiques, le site propose l'ensemble des indicateurs conjoncturels et des séries statistiques sur une longue période.

Par ailleurs, la DARES organise régulièrement des journées de débats autour des résultats de ces études, notamment en 2002 sur les politiques d'emploi et les territoires, sur les restructurations, les salaires, la flexibilité, les nouvelles technologies et les services.

Accompagner les Services "études prospective évaluation statistiques" des DRTEFP

Dans ce domaine la DARES assure une double fonction :

- d'appui méthodologique dans le champ de la statistique - avec la mise à disposition de l'application DMMO et la consolidation de la base de données locales CORINTHE - et dans le champ des études et de l'évaluation, avec la participation de trois régions - Lorraine, Franche Comté et Rhône-Alpes - au panel 2002 des bénéficiaires des politiques d'emploi ;
- de restitution des données statistiques au niveau régional et départemental via l'intranet études et statistiques.

Le fonctionnement des services

L'année 2002 a été marquée par la poursuite des actions d'amélioration du fonctionnement des services : nouvelles procédures de travail, réforme des structures de la direction de l'administration générale et de la modernisation des services (DAGEMO), rénovation des infrastructures informatiques... Elle a également vu le lancement ou la mise en application de réformes majeures, appelées à modifier fortement les organisations de travail. Parmi celles-ci, figurent notamment la nouvelle loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) dans la fonction publique. L'importance des groupes de travail avec les organisations syndicales est également à mentionner.

LA RÉFORME BUDGÉTAIRE

La réforme de l'ordonnance du 2 janvier 1959 et la loi organique du 1^{er} août 2001

Dès 2002, cette réforme structurante, mise en place de manière progressive jusqu'en 2006, a concerné tous les services.

Un travail important de diffusion des principes fondateurs de la LOLF a été entrepris, avec la mise en place d'une organisation cadre et d'une méthodologie, suivie du lancement d'une expérience de contractualisation avec la région Centre. Sous l'égide de la DAGEMO, le ministère a participé activement aux chantiers de la modernisation financière de l'Etat (MODERFIE).

Les moyens de fonctionnement des services déconcentrés ont fait l'objet, à partir de 2002, d'une globalisation étendue. Par ailleurs, la contractualisation entre l'administration centrale et les services déconcentrés de la région Centre engagée à titre expérimental en 2002, a pour but de mettre en pla-



ce une fongibilité des crédits de personnel et de fonctionnement, avant d'étendre cette dernière aux crédits d'intervention dans les années suivantes. Cette expérimentation permet d'engager le ministère, de façon positive, dans la démarche de préparation à la mise en œuvre de la LOLF.

Comptabilité : un protocole d'expérimentation avec le contrôle financier préparé à la fin de 2002 doit permettre, en 2003, de simplifier les procédures de contrôle a priori, dans une logique de responsabilisation progressive des gestionnaires.

Gestion : la directive nationale d'orientation (DNO) - offrant aux services déconcentrés une visibilité des priorités nationales, des programmes, des crédits et des effectifs - a été globalement respectée, en dépit du contexte de régulation budgétaire.

Le soutien professionnel et social des agents

Les efforts ont porté cette année sur deux axes particuliers : l'emploi et l'insertion des travailleurs handicapés et le développement du service social pour le personnel.

En application du protocole d'accord sur l'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique de l'État, les deux ministères sociaux ont élaboré conjointement un plan quadriennal de développement de l'emploi et d'insertion des travailleurs handicapés.

En 2002, 17 travailleurs handicapés ont été recrutés en administration centrale, et 29 dans les services déconcentrés. Fin 2002, plus de 600 travailleurs handicapés étaient en poste au sein du ministère, soit près de 6 % des effectifs. Par ail-

leurs, l'aménagement des postes de travail pour améliorer les conditions de travailleurs handicapés a représenté un investissement de 226 000 € en 2002. Des actions sur la prise en compte des difficultés de transport domicile-travail ou sur la nécessité d'appareillage performant pour renforcer l'autonomie des travailleurs handicapés ont été entreprises.

Par ailleurs, la mise en place, dès 2001, d'un réseau d'assistants sociaux du personnel, répartis sur l'ensemble du territoire national, a permis de renforcer le soutien des agents éprouvant des difficultés dans leur vie professionnelle et privée. En 2002, concluant la phase de développement, les modalités d'organisation et de fonctionnement de ce réseau ont été arrêtées, rendant ainsi cet outil opérationnel et pérenne.

SYSTÈME D'INFORMATION FINANCIER

ACCORD (Application coordonnée de comptabilisation, d'ordonnancement et de règlement de la dépense) - la nouvelle application informatique de suivi de la dépense et des recettes - a été implantée dans les directions d'administration centrale le 3 janvier 2003. Elle remplace les applications budgétaires et comptables utilisées jusqu'alors, et concerne plus de 200 opérateurs, répartis dans les services dépensiers, les services gestionnaires, le service ordonnateur et au contrôle financier. Toute l'année 2002 a été consacrée à une préparation et un accompagnement intenses. Lors de la mise en place, 200 agents avaient reçu une formation, délivrée au cours de 32 sessions.

Le raccordement à ACCORD permet d'orienter davantage le système d'information financier vers le contrôle de gestion. Les travaux interministériels pour le déploiement d'une version ACCORD-II, intégrant les services territoriaux à l'horizon 2006, ont été lancés en 2002.

CONTRÔLE ET DIALOGUE DE GESTION

Une démarche globale de construction d'indicateurs orientée vers le contrôle de gestion s'est

mise en place dans le cadre de la DNO 2002 et de l'expérimentation en région Centre. La DNO 2003 bénéficiera de l'expérience acquise. Le dialogue de gestion régulier expérimenté entre l'administration centrale et le CTRI de la région Centre, a permis de préparer la généralisation de cette approche, qui sera progressivement étendue à l'ensemble des régions.

Initiée avec la région Centre, la démarche VENISE (Vers une Nouvelle Implication des Services) a livré une vision d'ensemble des mutations nécessaires pour la mise en œuvre de la LOLF. Sous forme de support pédagogique, il permet d'accompagner au sein des équipes d'encadrement une culture de pilotage par les résultats, et d'offrir une lecture homogène par les agents des enjeux et des changements induits.

Ce processus itératif entre l'administration centrale et le niveau régional permettra d'examiner conjointement l'adéquation entre ressources, objectifs et résultats. Il facilitera aussi la convergence des besoins des services déconcentrés en matière de pilotage local et des indicateurs nationaux définis par l'administration centrale.

LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

L'aménagement et la réduction du temps de travail

2002 a été la première année d'application du dispositif d'aménagement et de réduction du temps de travail (ARTT). Elle a permis la mise en place du dispositif réglementaire. Celui-ci a été complété par la diffusion d'un guide des règles de gestion, précisant le cadre d'application retenu au sein du ministère.

L'évolution des effectifs

Pour mener à bien l'accompagnement des politiques prioritaires du secteur emploi, travail et formation professionnelle, les effectifs ont été renforcés de 120 emplois dans les services déconcentrés et 20 emplois en administration centrale. Par ailleurs, 130 agents en situation précaire ont été régularisés, afin de poursuivre en 2002 la résorp-

Taux de vacances

Secteur Travail	31/12/1999	31/12/2000	31/12/2001	31/12/2002
Emplois budgétaires	9 985	10 115	10 339	10 593
Emplois budgétaires disponibles	9 888	10 031	10 213	10 490
Effectifs réels en ETP rémunérés	9 607	9 842	10 063	10 356
Taux vacances	2,8%	1,9%	1,5%	1,3%

Répartition des effectifs budgétaires par catégorie

Administration centrale	31/12/1999	31/12/2000	31/12/2001	31/12/2002
A	391	404	429	486
B	190	190	201	221
C	333	333	332	317
Total	914	927	962	1 024

Services déconcentrés	31/12/1999	31/12/2000	31/12/2001	31/12/2002
A	2 249	2 275	2 334	2 347
B	2 661	2 756	2 832	2 964
C	4 161	4 157	4 211	4 258
Total	9 071	9 188	9 377	9 569

tion de l'emploi précaire dans le cadre du protocole d'accord signé entre la fonction publique et les organisations syndicales (53 agents avaient été régularisés sur la période 1997-2001).

L'amélioration des carrières

Dans le contexte d'élévation des compétences professionnelles mises en œuvre par les agents du ministère, le budget 2002 a permis de dégager une provision de crédits de 1,22 million d'euros (pour un coût budgétaire en année pleine estimé à près de 3,2 millions), afin d'entreprendre la revalorisation du statut des contrôleurs du travail. Sa transformation en un statut de type C II rendra la carrière indiciaire plus avantageuse. Cette réforme permettra aussi d'augmenter le nombre de promotions. Parallèlement, le régime indemnitaire des contrôleurs a également été amélioré par une augmentation du montant de leur prime de technicité. Par ailleurs, une première mesure de requalification d'emplois en faveur des agents de la catégorie C a également été obtenue par une transformation d'emplois en emplois de catégorie B.

Enfin, la revalorisation indemnitaire des agents du ministère a été également poursuivie. Une enveloppe de 5,44 millions d'euros a été affectée à la revalorisation des personnels, ce qui a porté l'enveloppe indemnitaire totale à 56,37 millions d'euros.

Ces crédits ont permis notamment de revaloriser fortement les primes des agents de catégorie C, de revaloriser de manière très significative le régime indemnitaire des médecins inspecteurs du travail et de la main d'œuvre, mais aussi de favoriser la mobilité géographique et fonctionnelle, grâce à une majoration des primes permettant de compenser les frais personnels engagés à l'occasion d'une mutation intervenant dans le cadre d'une promotion.

L'organisation de concours déconcentrés pour les

agents de catégorie C, après une première expérimentation en 2001, a été généralisée en 2002.

Pour permettre la titularisation des contractuels sous contrat à durée déterminée (CDD) dans le corps de même niveau de compétences, le dispositif réglementaire de résorption de l'emploi précaire a été mis en place, en application de la loi Sapin. Priorité a été donnée, en 2002, à l'organisation de concours pour l'accès au corps des adjoints administratifs d'administration centrale (12 postes pour les deux secteurs) et des concours déconcentrés pour l'accès aux corps des adjoints administratifs des services déconcentrés (84 postes pour les deux secteurs).

L'amélioration des compétences

Face à l'évolution des missions et des techniques, l'adaptation des compétences des agents demeure une priorité.

En matière de formation continue du personnel, l'accent a été mis essentiellement sur la formation des agents concernés par l'utilisation des deux nouveaux progiciels de gestion du ministère : ACCORD (*cf. supra*) et l'application de gestion des ressources humaines SYNERGIE-RH. Ce système moderne de gestion des ressources humaines, commun aux deux secteurs Solidarité et Emploi, met à disposition de tous les gestionnaires des ressources humaines un ensemble commun de données, facilite les échanges, limite les double saisies et le recours à des outils informatiques parallèles. Après le test de la première version de SYNERGIE-RH dans 9 sites pilotes, près de 90 formateurs relais ont été formés et ont, à leur tour, formé plus de 300 utilisateurs. Le déploiement de la Gestion Administrative a été effectué dans tous les sites le 12 juin 2002.

PROGRESSION DES CRÉDITS DE FONCTIONNEMENT

Les crédits de fonctionnement du secteur travail-emploi ont progressé de près de 8 % :

- Les dotations de l'ANPE et de l'AFPA ont augmenté respectivement de 11,30 % et de 2,3 %.
- L'administration centrale et déconcentrée a bénéficié d'une hausse des moyens de fonctionnement (+ 5,3 %). En 2002, les crédits supplémentaires ont été affectés pour l'essentiel à la poursuite du programme de modernisation du système informatique (+ 8 %), à la revalorisation globale des moyens des services déconcentrés (+ 6 %) et de l'INTEFP (+13 %), ainsi qu'à l'amélioration des prestations d'action sociale (+20 %).

LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS, DES EFFECTIFS ET DES COMPÉTENCES (GPEC)

Le développement de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences doit enrichir la gestion des ressources humaines. Il doit aussi permettre aux administrations de tirer le meilleur parti des nouvelles règles de budgétisation des emplois et de la masse salariale, afin de disposer des compétences nécessaires à l'évolution des missions et des procédures.

Les comités interministériels à la réforme de l'État (CIRE) d'octobre 2000 et de novembre 2001 ont défini des orientations en matière de gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences, pour l'ensemble des ministères. Ces orientations sont complémentaires et indissociables de la réforme budgétaire engagée.

En 2001, le ministère (secteur emploi) a réalisé un répertoire des métiers. Cet outil d'information concret présente des métiers exercés dans les services centraux et territoriaux du secteur emploi du ministère. Il comprend, entre autres, une nomenclature des emplois, une première version du référentiel des compétences, associé à quelques éléments d'analyse prospective sur les facteurs d'évolution socioprofessionnels.

Ce répertoire des métiers doit permettre de réaliser des analyses quantitatives par métier et non plus seulement par grade et d'établir un état des lieux des ressources humaines actuelles en effectifs et en compétences. Il permet aussi de mesurer les écarts entre les besoins actuels et futurs des services et les ressources humaines disponibles. En réalisant cette étude des métiers, le ministère a donc posé les fondations d'une véritable gestion prévisionnelle.

À partir de cet outil, le ministère a engagé une démarche expérimentale de gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences. Celle-ci décline deux orientations :

- Une gestion individuelle impliquant davantage le

management de proximité. L'accompagnement de la DNO sur le terrain doit permettre une professionnalisation des gestionnaires de ressources humaines, la déconcentration des processus clés de gestion des ressources humaines (définition des profils de compétences, conditions d'intégration, actions de formation, suivi de la mobilité), en se fondant sur la dimension centrale de l'évaluation et sur un dialogue social enrichi.

- Une gestion collective capable d'intervenir par anticipation selon une logique de métiers, d'emplois et de compétences, afin de garantir l'adéquation entre la ressource disponible et les besoins quantitatifs et qualitatifs exprimés localement.

En 2003, une expérimentation de la GPEC sera réalisée dans les régions Midi-Pyrénées et PACA. Dans le cadre de cette expérimentation, seront testées les fonctionnalités offertes par SYNERGIE RH en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

LES OUTILS DE GESTION

De nouvelles applications informatiques et des infrastructures rénovées

En 2002, le secteur emploi, travail et formation professionnelle a développé de nombreuses applications informatiques. Celles-ci permettent de mieux piloter les politiques, d'améliorer leur gestion interne et de favoriser de nouvelles méthodes d'organisation et de gestion publique, grâce à l'emploi des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Accompagnement des grands chantiers de modernisation de l'Etat, déconcentration, réforme de la loi de finances et nouvelle approche de la gestion publique : tels sont en effet les objectifs qui sous-tendent le second « schéma directeur du système d'information », élaboré pour les années 2001-2004 en cohérence avec les décisions du Comité interministériel pour la réforme de l'État (CIRE). Un objectif de fond décliné dans le domaine comptable avec le projet ACCORD et, dans celui des ressources humaines, avec SYNERGIE RH (*cf. supra*). Concernant les métiers du ministère, l'enjeu des projets Sitère, Corinthe ou encore du futur système d'information centré sur les demandeurs d'emploi développé par la DGEFP, est de fournir aux différents acteurs du champ Travail des outils partagés, qui les aident dans le pilotage comme dans la mise en œuvre de leurs actions. Ces outils doivent offrir une information fiable et opérationnelle, circulant entre les différents partenaires du service public de l'emploi, accompagnant l'approche de plus en plus territorialisée et individualisée des politiques de l'emploi, et appuyant les services de l'inspection dans l'exercice de leurs missions de contrôle.

Ceci explique la création d'une nouvelle sous-direction du système d'information, qui a vu le jour en 2003 dans le cadre de la réorganisation de la DAGEMO.

Une politique immobilière dynamique

La politique immobilière de l'administration centrale a été essentiellement marquée, en 2002, par le regroupement des directions sur le site Mirabeau. Le déménagement de la DRT du site Fontenoy a été effectif en mars 2002 et celui de la DARES en mars 2003.

Pour les services déconcentrés, l'année 2002 a vu le relogement, dans le domaine locatif, des directions départementales de Nord-Valenciennes, de la Haute-Garonne, de la Saône-et-Loire, de Châlons-sur-Saône, de l'Hérault et la COTOREP du Tarn-et-Garonne. En matière domaniale, les relogements

ont concerné les directions de Loire-Atlantique, de Seine-Maritime, de Saône-et-Loire (Montceau-les-Mines) et des Pyrénées-Atlantiques.

Un vaste programme d'entretien et de mises aux normes a été également réalisé pour les directions départementales de l'Hérault, de la Guadeloupe, de la Réunion, de Loire-Atlantique, du Rhône, du Var, du Pas-de-Calais, du Bas-Rhin, de la Haute-Garonne et la COTOREP de Savoie.

Enfin, le ministère a engagé, conformément aux recommandations du CIRE du 15 novembre 2001, une démarche de modernisation de la gestion publique fondée sur une déconcentration accrue. Cet ensemble de mesures représente un effort budgétaire très important, destiné à renforcer les moyens humains et matériels dont disposent les services pour mettre en œuvre des politiques de l'emploi et de la formation professionnelle, et à engager, dans des conditions favorables, la rénovation de la gestion publique.

L'action territoriale

■ Alsace	42
■ Aquitaine	46
■ Auvergne	51
■ Bourgogne	56
■ Bretagne	61
■ Centre	65
■ Champagne-Ardenne	70
■ Corse	74
■ Franche-Comté	78
■ Guadeloupe	84
■ Guyane	89
■ Île-de-France	92
■ Languedoc-Roussillon	98
■ Limousin	104
■ Lorraine	109
■ Martinique	113
■ Midi-Pyrénées	116
■ Nord-Pas-de-Calais	121
■ Basse-Normandie	126
■ Haute-Normandie	131
■ Pays-de-la-Loire	136
■ Picardie	141
■ Poitou-Charentes	147
■ Provence-Alpes-Côte d'Azur	152
■ Réunion	157
■ Rhône-Alpes	161

SANTÉ, SOCIAL

Lutte contre les exclusions et la précarité

En 2002, l'arrivée des demandeurs d'asile s'est poursuivie dans les deux départements. 1 115 personnes ont ainsi été hébergées dans le Bas-Rhin et 1 074 dans le Haut-Rhin. En outre, grâce à une forte mobilisation, un dispositif hivernal d'hébergement d'urgence sans précédent a été mis en place.

La création dans l'un des départements de l'instance de coordination et d'appui en matière d'hébergement et son amélioration dans l'autre confortent la maîtrise des dispositifs d'accueil des personnes en difficulté. Les prises en charge évoluent ainsi dans le sens d'une plus grande satisfaction pour les usagers.

Autre préoccupation : les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) dont le nombre, après avoir baissé, a repris sa progression. Des actions ont donc été entreprises afin de mieux les accueillir et les soigner : journées d'échange et de réflexion avec les médecins libéraux, mise à disposition d'un psychiatre, délocalisation de bureaux de la commission locale d'insertion (CLI) sur un grand pôle urbain, etc.

Amélioration de la sécurité sanitaire

Elle a été particulièrement suivie en Alsace, avec l'achèvement de l'inspection des sites de stérilisation des établissements de santé. Toutes les demandes d'autorisation relatives aux activités de leurs pharmacies à usage intérieur ont également été instruites. Les incitations à la mise aux normes se sont traduites par la programmation des investissements nécessaires.

La mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE) a également participé aux missions d'inspections sur la stérilisation des dispositifs médicaux et sur les risques de légionelloses dans les établissements de santé. Cette démarche a renforcé la mutualisation des moyens administratifs et techniques au sein des trois directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS).

La préservation de l'environnement, dans un but sanitaire, a constitué un autre grand axe d'intervention. Les services ont collaboré, entre autres, à la réalisation et au suivi du plan régional de la qualité de l'air, au suivi du plan régional d'élimination des déchets industriels, à l'élaboration du schéma d'aménagement et de gestion de l'eau de la nappe phréatique de la plaine d'Alsace. Ils sont également intervenus dans le cadre des avis émis sur les volets sanitaires des études d'impact.

Promotion de la santé publique

Cet enjeu est décisif en Alsace, située dans le croissant de surmortalité nord-est. Il a donc conduit les trois directions à adapter leurs actions en conséquence. Ainsi a été mise en œuvre, en 2002, l'évaluation du programme régional de santé « Alsace contre le cancer », ce qui a permis de préciser les contours d'un nouveau plan global.

Le programme régional reprendra des éléments du plan cancer national, notamment :

- sur les risques professionnels de cancers ;
- sur l'information et la communication en direction des patients et de leurs familles, ainsi que leur soutien psychologique ;
- sur l'insertion sociale des patients ;
- en offrant une gestion plus souple du dispositif aux porteurs d'actions.

L'année 2002 a aussi été celle de la régionalisation du dépistage du cancer du sein. Il est porté par une association du Bas-Rhin intervenant désormais sur les deux départements alsaciens.

Un bilan des actions du programme d'accès régional aux soins et à la prévention (PRAPS) 2000-2002 a également permis d'identifier les travaux à poursuivre et de développer des partenariats. Des groupes de travail et des comités locaux ont actualisé l'évaluation des besoins pour le PRAPS de 2^e génération 2003-2006. Enfin, les travaux d'élaboration du schéma régional d'éducation pour la santé (SRES) ont été engagés et validés. Un état des lieux quantitatif et qualitatif a été dressé, afin de préparer sa phase d'élaboration.

Développement de la qualité des soins

Celui-ci passe tout d'abord par une contribution - pour le compte de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) - à l'organisation d'épreuves nationales d'aptitude pour les médecins étrangers (en médecine et radiologie, soit 949 inscriptions nationales).

Mais il est également indissociable de l'animation, par les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, du dispositif régional de santé publique, avec l'élaboration du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) équipements lourds (cf. infra, « Équipements lourds »). L'évaluation du SROS à mi-parcours et l'examen des plaintes relatives aux établissements de santé ont été engagés (voir aussi ci-dessous « SROS 1999-2004 »).

L'action sociale et médico-sociale a été confortée par une coordination régionale mettant en perspective l'accueil, l'hébergement et l'insertion, ainsi que par le suivi de la réforme de la tarification relative aux personnes âgées dépendantes. La répartition des crédits entre les deux départements - avec un rééquilibrage

du déficit du Bas-Rhin en équipements destinés aux personnes handicapées - demeure une priorité. D'une manière plus générale, la mission d'inspection a été réintégrée dans l'organisation des services des trois directions.

Cancérologie : constitution d'un réseau régional

Le SROS d'Alsace avait déterminé, en 1999, quatre niveaux de soins en cancérologie, du niveau 1 de proximité immédiate au niveau 4 pour les sites de référence en cancérologie.

Un groupe d'experts a rédigé, en 2002, un cahier des charges précis pour chacun des quatre niveaux, en termes de pathologies, activité, plateau technique, personnel et masse critique en nouveaux patients par an. Ces recommandations permettront aux établissements de se positionner d'ici à la fin de la période couverte par le SROS.

Le schéma prévoyait également la mise en place d'un réseau régional, afin d'assurer une prise en charge globale et optimale des patients atteints de cancer. Une convention constitutive a donc été rédigée en 2002 pour ce réseau dénommé « Coordination alsacienne du réseau oncologique local (CAROL) ». Elle a été soumise aux instances délibérantes des différents établissements concernés. Le réseau régional va être constitué au premier semestre 2003.

L'agence régionale d'hospitalisation (ARH) publiera le cahier des charges des niveaux de soins en cancérologie et la convention du réseau CAROL dans le courant de 2003.

Équipements lourds

Un SROS équipements lourds a été rédigé pour la période 2002-2004. Il fixe la carte sanitaire pour les scanographes, appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), accélérateurs de particules et gamma-caméras.

L'état au 31 décembre 2001 était le suivant :

- 17 scanographes autorisés, 19 préconisés (19 autorisés au 31 janvier 2003) ;
- 8 IRM autorisés, 12 préconisés (11 autorisés au 31 janvier 2003) ;
- 9 accélérateurs de particules installés, 12 préconisés ;
- 11 gamma-caméras autorisées, 13 préconisées.

SROS 1999-2004 : évaluation à mi-parcours

L'évaluation à mi-parcours du SROS II a été effectuée en 2002. Elle en reprend les thématiques :

- huit axes transversaux : accès aux soins, qualité et sécurité, réseaux et coopération, développement des alternatives, soins palliatifs, lutte contre la douleur, prévention et promotion de la santé, prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool ;
- sept dispositifs d'organisation : prise en charge des urgences, périnatalité, cancérologie, cardiologie, ma-

ladies vasculaires cérébrales, soins de suite ou de réadaptation, soins hospitaliers des personnes âgées. Cette évaluation a également couvert le thème de l'insuffisance rénale, volet qui a été rajouté au SROS en 2000. La psychiatrie a fait l'objet d'un SROS séparé, publié en 1998.

Les principaux résultats ont été présentés à la commission exécutive (7 janvier 2003) et aux établissements de la région lors de la campagne budgétaire (4 février 2003). Ils sont diffusés sur les sites Internet et Extranet des ARH (<http://www.parhtage.sante.fr>).

Droits des femmes : prévention et lutte contre la prostitution

La commission départementale d'action contre les violences faites aux femmes du Bas-Rhin, animée par la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), s'est réunie en 2002 sur le thème spécifique de la lutte contre la prostitution.

À la suite des échanges, pilotés par une conseillère technique en travail social de la DDASS, les axes de travail suivants ont été retenus :

- organisation d'un séminaire de réflexion et d'échange sur le thème de la prostitution ;
- réalisation d'une plaquette d'information par un groupe de travail composé de travailleurs sociaux et d'associations.

Le séminaire de réflexion s'est tenu les 5 et 6 décembre 2002. Ses objectifs étaient triples :

- acquérir une connaissance du droit français et des enjeux européens ;
- comprendre les réalités de la prostitution aujourd'hui ;
- identifier les ressources locales dans le contexte spécifique du Bas-Rhin, afin d'optimiser la prise en charge et l'accompagnement des personnes prostituées.

Le public concerné était constitué de professionnels ou de bénévoles du secteur social, éducatif et de la santé, des personnels de la police, de la gendarmerie et de la justice, ainsi que des intervenants auprès des personnes prostituées ou en risque de prostitution.

EMPLOI

Une étude-action sur les obstacles à la création d'entreprise par les femmes

La DRDFE a constaté que peu de femmes sollicitant la remise d'un dossier pour le Fonds de garantie pour l'initiative des femmes (FGIF) en Alsace peu sont retenues par le comité de sélection national. En effet, sur 200 dossiers remis en 2001, seuls 4 ont bénéficié d'une décision favorable du FGIF. La DRDFE a donc demandé à l'association EGEE (Entente des générations pour l'emploi et l'entreprise) de mener une étude-action, au cours du premier semestre 2002,

afin d'analyser les freins rencontrés par les femmes. Un plan d'action sera élaboré par la DRDFE à partir des préconisations du bilan final.

Chômage : les chiffres

Pour la deuxième année consécutive, l'économie alsacienne a subi les conséquences de la conjoncture internationale et de ses incertitudes. Cette évolution s'est traduite par une augmentation du nombre des plans sociaux dans la région et par la hausse des chiffres du chômage. Toutefois, au 31 décembre 2002, le taux de chômage enregistré dans la région demeure parmi les plus bas : 6,8 % contre 9,1 % pour la France entière.

La dégradation du marché du travail, plus rapide en Alsace que dans les autres régions, souligne avec force la nécessité d'une action résolue autour des nouvelles mesures prises.

Développer et maintenir l'emploi

Un premier bilan du contrat jeune en entreprise, mis en place en 2002, a été présenté à la presse régionale par le préfet de région le 18 mars 2003, à l'occasion des 10^{es} Rencontres pour l'emploi de Strasbourg. À la fin de février 2003 - soit en huit mois d'application - 1 903 contrats ont été conclus. Ce chiffre représente 4 % du total national, alors que l'Alsace totalise généralement 2 % des résultats nationaux.

Favoriser l'accès à l'emploi

L'Alsace est réputée pour sa richesse relative - elle figure parmi les régions en tête selon le produit intérieur brut par habitant - mais le contraste entre ceux qui profitent de la croissance et ceux qui en sont exclus y est plus fort qu'ailleurs. Elle est aussi la région qui dispose du réseau de structures d'insertion par l'activité économique (SIAE) le plus dense de France : une centaine de structures accueillent et accompagnent vers l'emploi plus de 10 000 personnes chaque année. Profitant de cet atout, la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) du Bas-Rhin et du Haut-Rhin et l'Union régionale des structures d'insertion d'Alsace (URSIEA) ont organisé et lancé, en fin d'année, une campagne régionale sur l'insertion par l'activité économique, « Une place pour tous ». Celle-ci est montée en puissance en 2002, avec l'organisation de réunions d'information locales et sera poursuivie en 2003. L'objectif de cette initiative, qui vise les entreprises, est de montrer le savoir-faire des SIAE en termes d'activités économiques, mais surtout d'insertion et de qualification des salariés.

L'action a été soutenue par des supports de campagne professionnels dont :

- la production du film documentaire « Une place pour tous », qui présente trois exemples locaux de structures : une régie de quartier et une entreprise d'insertion de Strasbourg, ainsi qu'une entreprise de

travail temporaire d'insertion de Mulhouse. Le film contient notamment des témoignages d'entreprises clientes et de salariés de ces structures ;

- l'édition du premier Répertoire régional des structures d'insertion (7 500 exemplaires). Il présente la centaine de structures agréées dans les deux départements, décrit de façon détaillée leurs prestations, les compétences acquises par leurs salariés, les contacts utiles, donne des références clients, etc.

Garantir les droits des salariés et encourager le dialogue social

L'année a été aussi marquée par le renforcement du dispositif de veille. La recrudescence des interventions des services pour des conflits sociaux relatifs à des procédures de licenciements collectifs, plus nombreuses que l'an passé, est aussi à noter. Les services d'inspection ont également poursuivi les actions coordonnées dans le domaine de la protection des salariés :

- mise en place des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans les petites et moyennes entreprises (PME) ;
- sensibilisation des délégués du personnel (DP) ;
- campagnes d'information sur les risques cancérigènes, éthers de glycol, etc.

Le partenariat avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) a été renforcé dans la région, qui compte 44 établissements classés Seveso. Par ailleurs, dans le cadre des actions transfrontalières, deux séminaires franco-allemands ont été organisés à l'Euro-Institut de Kehl, l'un sur la protection contre l'incendie et les explosions, l'autre sur les risques biologiques.

La lutte contre les discriminations à l'embauche figure aussi au premier rang des actions des services. Elle explique leur investissement au sein des commissions d'accès à la citoyenneté (CODAC) et leur appui à une initiative régionale EQUAL, portée par une douzaine de partenaires.

Entretenir et développer les compétences et les qualifications tout au long de la vie

La validation des acquis de l'expérience (VAE) se met en place. Pour la rendre opérationnelle, des moyens d'information et d'accompagnement des salariés ont été mis sur pied dans la région. En particulier, une cellule régionale inter-services réunit les principaux opérateurs (DRTEFP, DRASS, direction régionale de la jeunesse et des sports, délégations académiques à la formation continue, universités, Association pour la formation professionnelle des adultes...). Bientôt, 12 points-relais correspondront aux antennes locales d'Univers métiers. En outre, un dépliant d'information a été tiré à 17 000 exemplaires. L'État est intervenu sur ce dossier à hauteur de 200 000 € (crédits du contrat de plan État-Régions).

Piloter et évaluer les programmes européens

L'enveloppe financière du Fonds social européen (FSE) sur la période 2000-2006 est de 120 M€ pour l'Alsace. Au regard du nouveau chantier de la décentralisation, il convient de noter également l'expérimentation du transfert à la Région de l'objectif 2 du FSE.

Une action régionale de communication, intitulée « le FSE, un trait d'union entre l'Europe et vous », a été lancée par la DRTEFP. Ses objectifs sont d'abord de rendre plus lisibles et intelligibles ses axes d'intervention, mais aussi, en filigrane, de renforcer le sentiment de citoyenneté européenne. La construction de l'Europe sociale et ses interventions en faveur de l'emploi et de la formation tout au long de la vie y sont en effet valorisées.

Plusieurs actions ont d'ores et déjà été menées, dont un forum régional « Europ'Emploi » à Sélestat le 29 octobre 2002, au moment du lancement de la campagne. Des fiches techniques ont été éditées à destination des différents publics cibles. Cette initiative, qui décline localement la campagne nationale, se poursuivra en 2003.

Enfin - nouveauté de l'année 2002 - la parution du journal interne des services *Bleu de travail* donne un nouvel élan à la communication interne entre les trois directions (DRTEFP, DDTEFP du Bas-Rhin et du Haut-Rhin). Ce journal est rédigé directement par les membres de son comité de rédaction, regroupant des agents de toutes catégories. Trois numéros sont sortis en 2002.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	1 734 145
Population active ayant un emploi (RP99)	685 360
Population salariée (RP99)	623 519
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	165 949
- Construction	42 973
- Tertiaire	314 307
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	54 685
- Femmes (en %)	45,0
- Moins de 25 ans (en %)	22,5
- Chômage Longue Durée (en %)	20,2
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	34,3
Taux de chômage 2002 (en %)	6,8
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	24 836
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	9 417
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	1 837
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	350 409
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	37 233

SANTÉ/SOCIAL

Une vaste campagne de vaccination contre la méningite

En 2002, les départements des Hautes-Pyrénées, des Pyrénées-Atlantiques et des Landes ont dû faire face à des infections invasives à méningocoques du groupe C, en nombre plus élevé que dans le reste de la France.

Dans le cadre des instructions ministérielles du 9 octobre 2002, une campagne de vaccination contre la méningite a donc été lancée. Elle s'est déroulée dans les départements des Landes et des Pyrénées-Atlantiques du 21 octobre au 21 décembre 2002. Plus de 78 % de la population cible (jeunes de 2 mois à 20 ans, adultes de 21 à 24 ans vivant ou travaillant dans une collectivité) a été vaccinée dans les délais prévus.

Cette campagne s'est déroulée de façon satisfaisante grâce aux professionnels et aux services ayant assuré les vaccinations (médecins libéraux, services de santé scolaire et de PMI), mais aussi grâce à la mobilisation des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), des organismes de sécurité sociale - qui ont fourni les fichiers des assurés - et des pharmaciens, chargés de délivrer les vaccins.

Mobilisation contre la pollution du Prestige

Les services santé-environnement de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les 3 DDASS concernées (Gironde, Landes et Pyrénées-Atlantiques) ont été mobilisés fin novembre avant l'arrivée du fioul sur le littoral français. En collaboration avec la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE), ils ont coordonné les différentes actions menées dans la région et dans la zone sud-ouest. Parmi ces actions figurent notamment :

- la participation aux cellules de crise et la réalisation d'un « point-zéro » avant l'arrivée de la pollution ;
- la diffusion de recommandations sanitaires (protection des intervenants) et le recueil des incidents survenus ;
- l'évaluation des risques résiduels après dépollution en vue de la réouverture des plages et des baignades pour la saison estivale.

Lutte contre la légionellose au centre hospitalier de Sarlat

En juillet 2002, la DDASS de Dordogne a été destinataire de 35 déclarations obligatoires de légionellose. Sur ces 35 déclarations :

- 21 sont des cas certains, dont 4 décès ;
- 2 sont des cas probables ;

- 8 sont des cas possibles, dont 2 décès ;
- 4 cas n'ont pas été identifiés comme des cas de légionellose.

Sur les 31 cas certains, probables ou possibles :

- 21 étaient des cas nosocomiaux ;
- 5 étaient des individus résidant à proximité du centre hospitalier ;
- 5 personnes s'étaient rendues à l'hôpital pour une consultation ou une visite ;
- 17 étaient des hommes et 14 des femmes ;
- La moyenne d'âge était de 78 ans (38-94 ans).

Des investigations épidémiologique et environnementale ont été initiées par la DDASS, le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de l'hôpital de Sarlat, le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) du Sud-Ouest, la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) d'Aquitaine et l'institut de veille sanitaire (InVS), afin d'identifier une source commune de contamination et de proposer des mesures de contrôle. Ces investigations ont permis d'orienter l'enquête vers les tours aéro-réfrigérantes de l'établissement. En août, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a permis au centre hospitalier de retrouver toute son activité : elle l'a en effet autorisé à exploiter un nouveau dispositif réfrigérant autonome, permettant aux blocs chirurgicaux et obstétricaux de redevenir opérationnels.

Réquisition des médecins

En raison de la grève des médecins à la fin de l'année 2001, des réquisitions ont eu lieu entre novembre 2001 et mai 2002. Elles ont concerné de nombreux secteurs pour les week-ends et les gardes de nuit. Cette grève s'est poursuivie aussi longtemps que les accords sur les conditions d'exercice et le relèvement des tarifs n'ont pas été reconnus officiellement.

Une nouvelle sectorisation médicale regroupant des secteurs, ainsi que l'approbation de l'avenant numéro 10 à la convention nationale des médecins généralistes (approuvé par arrêté ministériel du 28 juin 2002), ont mis un terme à ce mouvement.

Renforcement de l'organisation zonale de défense

La zone sud-ouest a été l'une des premières à recruter un coordinateur zonal, en août 2002. Celui-ci est chargé de conseiller, animer et coordonner un réseau constitué par les intervenants des DDASS de la zone, mais aussi de créer des réseaux d'experts adaptés.

Pour aider les départements dans leurs missions et renforcer le dispositif, 3 médecins « biotox-événements exceptionnels » ont été affectés sur la zone sud-ouest.

Mise en place de l'ARIT dans les services

Dans les services déconcentrés DRASS/DDASS d'Aquitaine, l'application des 35 heures s'est traduite par la mise en place, en juin 2002, des horaires variables et d'un dispositif de gestion automatisée du temps de travail.

Elle a aussi donné lieu à l'élaboration d'un règlement intérieur pour chaque direction et à un équipement en matériels et logiciels de gestion du temps. Des formations ont été organisées en faveur des personnels et des actions d'accompagnement mises sur pied, afin d'aider les services à mettre en œuvre des nouveaux cycles horaires.

Un guide d'utilisation a été remis à chaque agent pour la gestion automatique de ses congés et la consultation de son compte.

Montée en charge de l'antenne de Bayonne

Deux services sont désormais représentés dans cette antenne, implantée à Anglet : santé/environnement et RMI. En outre, les personnels en charge de la gestion du fichier ADELI ont rejoint ces locaux. Pour conforter le fonctionnement de ces services, 4 postes ont été accordés en 2002 :

- un directeur-adjoint ;
- un inspecteur ;
- un ingénieur d'études sanitaires ;
- un adjoint administratif.

Succès de la visioconférence en Aquitaine

Depuis avril 2002, la visioconférence fonctionne en Aquitaine. Après les premières réticences observées, elle est de plus en plus sollicitée et les perspectives d'utilisation sont encourageantes. Le premier bilan est donc positif : de bonnes habitudes ont été prises, avec une meilleure préparation des projets en amont et une plus grande maîtrise du fonctionnement technique.

Mise en place de la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE)

La CIRE d'Aquitaine a été créée en juin 2002, avec l'arrivée d'un médecin inspecteur de santé publique. L'objectif est double :

- reprendre une partie des actions programmées par la CIRE de Midi-Pyrénées ;
- procéder à son installation matérielle et mettre en place des relations partenariales avec ses interlocuteurs, en particulier avec les services déconcentrés.

Le bilan du programme de travail 2002 a porté sur :

- les actions programmées : reprise des actions de la CIRE de Toulouse, notamment au niveau de la pollution du site industriel de Lacq et de la suspicion d'agrégat spatio-temporel d'hémopathies malignes dans une commune rurale ;

- les actions non programmées : soutien, en juillet 2002, à l'investigation d'une épidémie de légionelloses à l'hôpital de Sarlat ; aide à la campagne de vaccination contre la méningite à méningocoque C ; participation à l'identification du problème d'infection d'hépatites C chez des patients d'un médecin bordelais pratiquant des scléroses variqueuses ; élaboration d'une fiche de surveillance des incidents liés aux actions de dépollution du Prestige ; élaboration de partenariats privilégiés et de partenariats ponctuels (services déconcentrés, structures hospitalières et d'épidémiologie).

Réforme de la tarification des EHPAD

Après une montée en charge difficile durant les deux premiers exercices, l'année 2002 témoigne d'une progression dans la démarche de conventionnement en Aquitaine.

En effet, les négociations départementales ont abouti à la signature de 62 conventions, dont 17 signées au cours du premier semestre et 45 au cours des 6 derniers mois de l'année. Au 31 décembre 2002, la région compte 88 conventions tripartites signées depuis le début de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ceci représente un taux de conventionnement de 12,75 % et un montant de crédits alloués aux départements de 21 100 551 €, dont 10 965 875 € en 2002.

Centres primaires d'assurance maladie (CPAM) et mutuelles

Conformément aux directives nationales, la DRASS a évalué trois caisses primaires d'assurance maladie sur six (Pau, Périgueux et Agen). Cette évaluation - qui a notamment porté sur la qualité des services (accueil physique et téléphonique) - a permis de constater que la démarche objectifs/résultats était approuvée par les équipes de direction et les cadres.

À la fin de l'année 2002, 122 mutuelles avaient été enregistrées au registre national des mutuelles : 23 d'entre elles ont déposé un dossier d'agrément pour effectuer des opérations d'assurance.

Formation des représentants des usagers des hôpitaux

À la fin de 2002, à l'initiative de la DRASS d'Aquitaine et de l'ARH, une formation de deux jours a été organisée dans deux établissements hospitaliers de la région (Mont-de-Marsan et Bordeaux), à l'intention des représentants des usagers dans les conseils d'administration des hôpitaux.

La formule retenue a associé des présentations théoriques sur la politique hospitalière et le droit des malades, à des ateliers sur des thèmes comme le rôle de l'information de l'utilisateur dans la politique de l'établissement.

Les participants de ces journées se sont montrés très satisfaits du contenu de la formation et des échanges qui ont eu lieu. Ils ont pu mieux se connaître sur un

secteur géographique, mais aussi mieux identifier les acteurs régionaux du système de santé. Cette démarche sera poursuivie en 2003.

Schéma d'organisation sanitaire : l'exemple d'Agen-Nerac

Dans le cadre de la préparation du schéma d'organisation sanitaire 2004-2009, la DDASS du Lot-et-Garonne a conduit une réflexion sur le territoire d'Agen-Nerac, en vue d'élaborer une stratégie de santé à partir de besoins prioritaires identifiés. Cette démarche a été demandée par l'ARH d'Aquitaine, avec le soutien de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

Il s'agit de prendre en compte à la fois :

- la dimension de santé publique couvrant les champs de santé et du social ;
- les besoins de santé, grâce à une coopération plus étroite et mieux organisée entre les acteurs du système de santé local ;
- la notion de démocratie sanitaire, en associant les usagers à la réflexion et aux actions menées.

Un travail spécifique a été effectué au sein de groupes de réflexion, rassemblant des représentants de l'Éducation nationale, de l'assurance maladie, du conseil général et de l'État. Les recommandations issues de ces travaux concernent l'organisation des soins et la structuration d'actions de prévention. Elles seront appliquées dans le même esprit participatif.

Mise en place d'un plan régional d'investissement hospitalier

Dès 2002, l'ARH d'Aquitaine a mis en place un groupe de travail chargé :

- de recenser les opérations d'investissement les plus stratégiques au niveau régional ;
- d'établir des critères régionaux pour déterminer précisément les opérations nécessitant une prise en charge des surcoûts de groupe 4 ;
- de déterminer des priorités régionales entre les opérations jugées les plus stratégiques ;
- d'évaluer les modalités exactes de calcul des surcoûts d'exploitation résultant de l'investissement ;
- de renforcer l'adéquation entre les opérations d'investissements proposées et les besoins exprimés et validés par l'ARH.

Ce groupe de travail a réuni les membres habituels de l'ARH (DRASS, DDASS, CRAM, collaborateurs du directeur de l'ARH) et les responsables de la mission d'études économiques et financières du trésor public (MEEF). En 2003, son fonctionnement sera élargi à quelques partenaires hospitaliers.

Son action s'est traduite par la mise en place d'un tableau régional des investissements hospitaliers aquitains prioritaires, la diffusion des critères d'éligibilité des opérations proposées à tous les hospitaliers, un calibrage précis (durée d'amortissement, frais financiers...) des surcoûts de groupe 4 susceptibles d'être pris en charge et une analyse affinée des programmes des travaux les plus importants.

Ce bilan, ainsi que la contribution forfaitaire de chaque établissement sous dotation globale - à hauteur de 0,2 % de son budget - aux investissements prioritaires de la région, témoignent de l'intérêt porté par l'ARH à la préservation et au développement de l'investissement hospitalier.

Mise en œuvre du projet Télésanté

À l'issue d'une étude menée de septembre 2001 à mai 2002, le projet Télésanté Aquitaine a été mis en place en octobre 2002. L'objectif majeur est de créer une plate-forme régionale de services e-santé, dont les missions seront de :

- favoriser l'information du patient ;
- faciliter les échanges entre professionnels de santé ;
- permettre le partage des compétences entre professionnels de santé.

Ce projet réunit aujourd'hui environ 95 participants, qui représentent les partenaires institutionnels et de santé de la région à travers :

- quatre équipes fonctionnelles ;
- une équipe technique et logistique ;
- un comité de pilotage ;
- un comité éthique et scientifique.

Ce programme pluriannuel, prévu jusqu'en 2006, donnera lieu à un déploiement fonctionnel et technique progressif, basé sur un lotissement en versions successives (1^{er} module en septembre 2003, version 1 de la plate-forme au 1^{er} semestre 2004...). Son pilotage, qui associe notamment la préfecture de région et le conseil régional d'Aquitaine, nécessitera des évaluations annuelles, afin d'ajuster régulièrement les objectifs et les moyens correspondants.

Une action d'insertion des femmes dans la cité

L'action de l'association Promo-femmes est soutenue par la déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE). Elle souhaite favoriser l'insertion de femmes d'un quartier dans la politique de la ville, grâce à un accompagnement individualisé et l'accès à diverses activités et services comme :

- des ateliers d'alphabétisation et d'apprentissage du français ;
 - une permanence d'accueil et d'écoute : soutien administratif, aide à la recherche d'emploi ou d'un logement, accès aux droits, médiation scolaire... ;
 - une médiation socioculturelle et de santé ;
 - des stages pré-qualifiants : brevet de secouriste-sauveteur, arts ménagers et recherche d'emploi ;
 - des activités culturelles, avec réalisation d'objets de mémoire (photos, vidéo et CD) et participation aux actions culturelles du quartier (concerts, carrefours littéraires, Festival du conte, Arts de la rue ...).
- Ces activités sont animées par des médiatrices.

EMPLOI

L'Aquitaine : une des régions les plus créatrices d'emplois

En 2002, l'évolution de l'emploi en Aquitaine reste marquée par une croissance plus forte que la croissance nationale, tous secteurs d'activités confondus :

- 15 500 emplois ont été créés dans l'année, soit une augmentation de 2,3 % (contre + 0,8 % pour la France) ;
- 3 départements ont connu une croissance supérieure à l'évolution de la région : + 3 % dans le Lot-et-Garonne, + 2,4 % en Gironde et dans les Landes ;
- plus faibles en Dordogne (+ 1,1 %) et dans les Pyrénées-Atlantiques (+ 2,1 %), les taux de croissance affichent toutefois une progression supérieure à celle enregistrée au niveau national.

Par secteur d'activité économique, cette situation se traduit par :

- un effectif industriel aquitain fort de 148 400 salariés, malgré une perte de 2 700 emplois au cours de l'année ;
- un secteur de la construction marqué par un rythme de croissance annuel de + 1,8 % (contre + 0,8 % pour la France), avec plus de 1 100 créations d'emplois (environ 63 300 salariés au total) ;
- un secteur tertiaire toujours en pleine expansion, avec 17 000 créations d'emplois, soit + 3,6 % (contre + 2,2 % pour la France) et 484 200 salariés.

Parallèlement, le nombre de chômeurs depuis plus de deux ans a diminué de 14,6 % en 2002. Avec un effectif de 10 988 personnes, le taux de chômage des femmes a baissé de 17,8 %. En revanche, le retournement conjoncturel et la fin des créations emplois-jeunes expliquent la persistance du chômage des jeunes (- 4,97 %).

La réussite des femmes dans les métiers industriels en Aquitaine

La DRDFE, la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) de Gironde et la Fédération de la métallurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest (FMBSO) ont signé une convention-cadre en faveur de la promotion de l'emploi des femmes dans l'industrie.

Une opération a été menée avec Ford Aquitaine Industries : elle consiste à mettre en place un plan de qualification sur deux ans pour aider les femmes à acquérir et développer des compétences techniques. Un groupe ciblé de 9 femmes âgées de 30 à 47 ans, titulaires de CAP ou de BEP tertiaires et ne disposant pas de qualifications techniques, a suivi une formation en alternance. Les intéressées ont toutes été reçues aux épreuves du certificat de qualification paritaire de la métallurgie (CQPM) de « conducteur de système de production automatisée ». Elles sont désormais intégrées dans un cycle promotionnel qui reconnaît leur qualification et leurs compétences supérieures.

Cette initiative de Ford Aquitaine Industries et de sa

branche professionnelle devrait avoir valeur d'exemple pour d'autres entreprises de ce secteur, où l'emploi féminin est encore peu développé dans les métiers techniques. Elle devrait d'ailleurs être consolidée par la signature d'un contrat d'égalité avec Ford Aquitaine Industries au cours de l'année 2003.

Formation des salariés dans les très petites entreprises (TPE) en Aquitaine

Les TPE occupent une place importante dans l'économie et l'emploi régional. Avec 33 % des effectifs, elles placent l'Aquitaine au 4^e rang des régions françaises. Ces entreprises, créatrices d'emplois, sont peu sensibilisées à l'investissement en formation. Souvent livrées à elles-mêmes, avec un taux d'obligation-formation faible, elles sont rarement sollicitées par les conseillers entreprises des organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA), faute de moyens financiers et humains.

La Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), soucieuse de mettre en œuvre un plan d'action majoritairement destiné aux TPE et aux PME de moins de 50 salariés, a donc signé, à la fin de novembre 2001, un accord-cadre interprofessionnel d'engagement de développement de la formation professionnelle (EDDF) avec la CGPME et l'AGEFOS PME d'Aquitaine. Conclu pour quatre ans, cet accord répond à plusieurs préoccupations :

- développer l'investissement-formation dans ces entreprises ;
- mettre en œuvre un dispositif de formation diversifié et adapté, qui prend en compte la réalité des besoins et des contraintes des TPE ;
- abandonner la classique politique de guichet et s'inscrire dans une politique volontariste d'accompagnement de projets identifiés ;
- intervenir prioritairement dans le cadre d'actions conçues sous forme collective et proposer des parcours de formation de qualité ;
- rapprocher la formation des entreprises en territorialisant les actions ;
- mettre en place, dès l'amont, un dispositif d'évaluation assuré par un cabinet extérieur et destiné à fonctionner également en interne.

Quatre correspondants TPE, recrutés par l'AGEFOS PME dans le cadre du dispositif emplois-jeunes, visitent les TPE adhérentes. Leur rôle est de les informer, de les conseiller, mais aussi de les inciter à former des jeunes et des adultes, notamment à travers le dispositif d'alternance. La démarche, qui s'est considérablement enrichie, repose désormais sur une approche duale emploi-formation.

Sur les cinq grands axes d'intervention retenus dans le cadre de l'EDDF, trois sont particulièrement destinés aux TPE et PME de moins de 50 salariés. Les actions réalisées en 2002 font apparaître les résultats suivants : 199 entreprises concernées, 284 stagiaires (soit 1,5 par entreprise) et 11 701 heures stagiaires (soit 41 heures par stagiaire).

Validation des acquis par l'expérience (VAE) : un bon démarrage

La campagne nationale de communication sur la LVAE a été fortement relayée par la réimpression et la diffusion des supports de communication créés par le ministère : 15 000 dépliant, 1500 guides et 300 affiches.

En co-animation avec le conseil régional, et avec le concours du Centre d'animation et de ressources de l'information sur la formation (CARIF), une journée d'animation a été organisée en juillet 2002. Elle a accueilli 200 opérateurs et institutionnels de la région. Un numéro spécial de la revue de Travail @quitaine sera aussi diffusé en janvier 2003.

En partenariat avec le conseil régional, le réseau des points relais conseil-VAE (40 points dans les centres inter institutionnels de bilans de compétences) a été labellisé.

La cellule régionale inter-services VAE (support : CARIF/AREPA), également soutenue par le conseil régional, sera développée à partir de 2003.

Les premiers résultats d'activité des points relais conseil-VAE font apparaître un réel intérêt du public : près de 200 personnes ont été accueillies pour des demandes d'information et de conseil durant les premières semaines de démarrage en novembre et décembre.

Par ailleurs, concernant les titres du ministère (volet emploi), les CTV, appuyés sur cinq associations pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), ont été installés. Les premières sessions de certificats de compétences professionnelles (CCP) ont débuté en fin d'année. Elles ont essentiellement porté sur le titre « assistant de vie » et « agent de médiation information service ».

La campagne « éthers de glycol » en Aquitaine

Grâce à un partenariat entre la DRTEFP et la caisse régionale d'assurance maladie (GRAM) d'Aquitaine, un repérage des entreprises utilisant des produits contenant des éthers de glycol a été réalisé par les agents de contrôle de l'inspection du travail et les médecins du travail.

Un système de fiches de repérage a été mis en place. Celles-ci sont centralisées par le laboratoire d'analyse de la GRAM, qui les exploite avec le concours des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO). Au total, 1 996 fiches ont fait l'objet d'une analyse conjointe. Celle-ci a permis de définir les actions de prévention à mettre en œuvre, selon des critères d'utilisation comme la substitution, le mesurage, l'aspiration à la source, le port d'EPI...). Les préconisations, détaillées pour chaque entreprise, ont été adressées aux agents de contrôle, en vue d'interventions sur place. En outre, une plaquette sur les résultats de cette campagne a été adressée aux agents, aux partenaires sociaux et aux préventeurs. Elle permet d'établir des données régionales sur les branches professionnelles utilisatrices, les différents éthers de glycol manipulés et leurs modes d'utilisation. Cette action collective a été bien accueillie par les partenaires sociaux, qui y voient une démarche de prévention et d'explication utile pour clarifier un sujet sensible.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	2 908 359
Population active ayant un emploi (RP99)	1 105 435
Population salariée (RP99)	929 913
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	149 217
- Construction	60 044
- Tertiaire	448 561
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	115 478
- Femmes (en %)	51,7
- Moins de 25 ans (en %)	19,8
- Chômage Longue Durée (en %)	29,4
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	- 4,4
Taux de chômage 2002 (en %)	9,2
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	44 504
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	25 859
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	5 353
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	419 135
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	30 077

SANTÉ / SOCIAL

Les actions menées en 2002 par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de la région Auvergne répondent aux orientations de la politique nationale (DNO 2002), tout en prenant en compte la situation de la région. Celle-ci se caractérise par une population vieillissante et des indicateurs de santé et sociaux parfois préoccupants.

Amélioration de la sécurité sanitaire

Devant la forte augmentation des cas de méningites à méningocoque dans le Puy-de-Dôme (17 en deux mois), le ministre de la santé, après avis du comité technique des vaccinations, a lancé une campagne de vaccination à la fin du mois de janvier 2002. La forte mobilisation et l'excellente réactivité de l'ensemble des intervenants ont témoigné de l'efficacité du réseau local. Au total, 90 000 vaccinations ont été réalisées, avec un vaccin jamais utilisé jusqu'à ce jour en France (le méningitec).

Des actions de structuration ont été menées pour développer la lutte contre les pratiques addictives. En Haute-Loire, les permanences ont été étendues. Dans le Puy-de-Dôme, la mise en liquidation de l'Association d'aide aux toxicomanes a impliqué la recherche d'un nouvel opérateur. Dans les centres de détention de l'Allier, les prises en charge ont sensiblement augmenté.

Les actions de surveillance et de prévention sanitaire en direction des milieux de vie et de l'environnement ont également été renforcées. Ainsi, la connaissance de l'exposition à l'arsenic d'origine hydrique a été améliorée.

La lutte contre l'habitat indigne a été amplifiée, à travers l'instauration d'une journée régionale et une plus forte implication de chaque DDASS.

La volonté de mieux gérer le risque de légionelle dans les établissements de santé et chez les particuliers s'est notamment traduite par la sortie d'un guide, réalisé conjointement par la DRASS et la DDASS de l'Allier.

Par ailleurs, les textes et les fiches de procédure pour la prévention et la gestion des crises ont été regroupés et harmonisés, afin de mieux aider les agents d'astreinte en 2003.

Enfin, la mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE) agit

désormais dans le cadre d'un programme de travail riche et précis. Les services de stérilisation ont été réorganisés après la fermeture de la moitié d'entre eux. Les DDASS s'inscrivent désormais dans une démarche de qualité pour la prise en charge et la vigilance, particulièrement dans les cas de maltraitance. Plusieurs signalements ont été adressés au procureur.

Développement des programmes de santé

Les dispositifs de coordination dans le domaine des actions de santé sont désormais opérationnels.

La plate-forme de l'observation sanitaire et sociale permet de réaliser, avec de nombreux partenaires, des études servant de bases aux politiques menées.

Le comité régional exécutif des actions de santé réunit les financeurs régionaux et ceux du département du Puy-de-Dôme.

Le plan de santé régional a été élaboré, avec pour objectif la réduction de la surmortalité. Il permet de fédérer les stratégies des différents services de l'État, de l'assurance maladie et de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

En collaboration avec les DDASS et de nombreux autres partenaires, la DRASS a continué d'appliquer le programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS), ainsi que les programmes régionaux de santé (PRS) sur la lutte contre le cancer et contre l'abus d'alcool. Elle a également préparé le schéma régional d'éducation sanitaire.

Enfin, le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé sur la région.

Renforcement de l'offre de soins

En matière de planification sanitaire, la DRASS a piloté les volets psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, imagerie médicale et radiothérapie du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS). Des inspections ont été menées dans plusieurs établissements, dont le centre hospitalier de Riom (63), l'hôpital local de Craonne (43) et le centre de convalescence du Chambon (43).

Plusieurs projets d'établissements ont en outre été approuvés par le directeur de l'ARH : le centre hospitalier de Moulins (03), l'hôpital local d'Yssingeaux (43), le pôle de santé brivadois avec un rapprochement public-privé (43), le centre hospitalier du Puy (43) et le centre médical d'Oussoulx (43).

La coopération inter-hospitalière s'est également développée dans tous les départements.

Amplification de la lutte contre les exclusions

Cette année, la DRASS, correspondant régional de l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme, a mis en place un dispositif de pilotage structuré en ce domaine. Un service d'accueil et d'orientation a aussi été créé à Clermont-Ferrand.

L'accueil des demandeurs d'asile a, en outre, fait l'objet d'une attention particulière dans tous les départements. Des centres d'accueil pour les demandeurs d'asile (CADA) ont ouvert à Clermont-Ferrand et Cusset (03), ainsi qu'un accueil d'urgence des demandeurs d'asile (AUDA) à Vichy (03).

Aujourd'hui, le taux d'occupation des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et des appartements bénéficiant du régime d'allocation de logement temporaire (ALT) excède très souvent 100 %.

Vers une meilleure prise en charge des personnes âgées et handicapées

Une importante réflexion a été menée afin de définir une politique en faveur du maintien à domicile et de la lutte contre la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées. En 2002, les travaux préparatoires du programme régional de santé (PRS) correspondant ont été engagés.

Les efforts d'implantation des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) se sont poursuivis. Dans l'Allier, deux CLIC sont labellisés, tandis que deux autres sont en cours de labellisation. Dans le Puy-de-Dôme, quatre sites sont labellisés et un site pour la vie autonome est en cours de création. En Haute-Loire, le site existant s'est structuré en 2002 et sera ouvert aux usagers dès 2003.

Plusieurs schémas départementaux pour personnes âgées et handicapées ont également été élaborés et mis en œuvre en 2002 dans tous les départements.

Le dispositif Handiscol a, par ailleurs, permis de mieux adapter les prises en charge et de recenser tous les moyens permettant de préparer l'insertion professionnelle des jeunes.

À la fin de 2002, 14 % des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de la région, soit 50 structures, avaient signé une convention. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale, qui s'élève à 12 %.

Renforcement du dispositif de protection sociale

Dans le cadre des politiques régionales de l'État, la DRASS a poursuivi son objectif d'intégration des stratégies des organismes de sécurité sociale.

Les contrats pluriannuels de gestion, dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), et les schémas directeurs d'action sociale dans les caisses d'allocation

familiales (CAF) font désormais l'objet d'une évaluation renforcée.

Pour sa part, la mutualité a été réformée avec l'instauration des immatriculations, les pré-inscriptions en vue d'agrément et la création du comité régional consultatif de la mutualité.

Accroissement de l'offre de formation

Pour accompagner l'augmentation des quotas d'éèves infirmiers et aides-soignants, la DRASS a conçu et mis en ligne, sur le site Internet de la préfecture, un Guide des formations en travail social.

De nouveaux concours ont été créés pour les techniciens sanitaires et les attachés d'administration hospitalière.

Enfin, des places supplémentaires sont proposées dans les centres de formation de travailleurs sociaux, notamment pour l'aide à domicile.

Gestion des ressources

Cette année, le réseau régional et interdépartemental DRASS et DDASS s'est structuré à travers :

- la définition d'une charte de fonctionnement ;
- la préparation d'un premier programme de travail ;
- l'installation d'un dispositif de visioconférence ;
- la préparation d'un site Internet.

Par ailleurs, l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) a été mis en place. La DRASS, ainsi que les DDASS du Puy-de-Dôme et du Cantal, ont installé un système de gestion automatisé du temps. Les DDASS de l'Allier et de la Haute-Loire ont modernisé le leur.

La DRASS et la DDASS du Puy-de-Dôme, regroupées dans les mêmes locaux depuis mai 2001, ont fusionné les services ressources des deux directions au sein d'un secrétariat général. Celui-ci gère désormais le budget, la comptabilité, le personnel, la logistique, l'informatique, la communication et la documentation. À partir du 1^{er} janvier 2003, les deux budgets de fonctionnement n'en feront plus qu'un (Chapitre 34.98). Cette organisation, encore unique en France, a été encouragée par le ministère.

D'autres innovations ont également été menées à bien en 2002, comme la mise en place de la déconcentration des aides financières aux agents ou, en Haute-Loire, l'avancement du dossier d'extension et de modernisation des locaux, après négociation du conseil général avec les services.

Structuration des relations avec les établissements de santé

En 2002, l'ARH a structuré les modes de relations conventionnelles avec les établissements de santé, notamment sur les aspects humains et financiers.

Ainsi, au-delà de la mise en œuvre des politiques induites par le protocole d'accord du 14 mars 2000 (amélioration des remplacements et soutien à la promotion professionnelle, lutte contre les phénomènes de violence...), les démarches engagées, depuis 2001, auprès des établissements visent à harmoniser les différents objectifs poursuivis autour d'un axe fort : le projet social.

Dans le cadre de la procédure fixée par la circulaire du 3 juillet 2001, trois avenants aux contrats d'objectifs et de moyens (COM) ont été signés. Ils permettent d'attribuer des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé en vue de financer les actions inscrites dans le projet social. Douze protocoles de financement ont été signés avec des établissements ne disposant pas de COM, afin qu'ils bénéficient de ces financements. Au total, 401 244 € avaient été répartis au 31 décembre 2002. Ce montant correspond à 62 % des crédits disponibles.

En matière budgétaire et financière, une méthodologie permettant d'améliorer la connaissance des situations individuelles des établissements a été mise en place. Elle constitue un préalable indispensable au développement de la politique conventionnelle. L'objectif est notamment d'assurer la cohérence entre l'étude des situations des établissements d'une part, et, d'autre part, l'instruction des projets d'établissements et la négociation des contrats d'objectifs et de moyens.

En étroite collaboration avec les services déconcentrés de l'État et dans le cadre de la procédure d'approbation des programmes d'investissements, des plans de soutien à l'investissement ont donc été élaborés. Ils ont été intégrés aux contrats d'objectifs et de moyens, ou ont fait l'objet de protocoles financiers signés entre les établissements et l'ARH.

En matière de soutien budgétaire, des rencontres directes ont eu lieu avec les établissements afin de définir des engagements réciproques. Cette procédure a abouti à la signature d'un protocole actant les engagements et prévoyant une évaluation du dispositif mis en œuvre.

En 2002, treize protocoles portant sur un soutien à l'investissement et/ou sur un appui budgétaire et financier ont été signés. Ils ont permis d'accélérer l'approbation des programmes d'investissements et l'engagement des établissements dans la contractualisation.

Par ailleurs, l'ensemble des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé privés a été renouvelé en 2002, avec pour perspective la rédaction des annexes obligatoires en 2003.

Relance de l'information sur la contraception en Auvergne

En concertation avec la DDASS et sous la présidence du directeur de cabinet, la CMD de l'Allier a créé un comité de pilotage départemental sur la

contraception en mars 2002. Celui-ci rassemble de nombreux acteurs locaux. Des lacunes ont été mises en évidence en matière de prévention et de prise en charge des échecs de contraception, notamment en milieu rural. Pour définir les actions à mettre en œuvre, un comité de pilotage restreint s'est constitué (CMD, DDASS, inspection académique et centre d'information sur les droits des femmes). Une brochure a été éditée en 2002, afin de présenter aux jeunes les méthodes contraceptives et les coordonnées utiles dans le département : 10 000 exemplaires ont été diffusés dans les établissements scolaires, les points d'information jeunesse et les missions locales. Le succès rencontré par cet outil, rapidement épuisé, a conduit les membres du comité de pilotage à décider d'une réédition au début de l'année 2003.

EMPLOI

L'activité des services déconcentrés d'Auvergne a été rythmée par la mise en œuvre de la loi de modernisation sociale, le projet 2003 de directive nationale d'orientation (DNO) et le débat concernant la décentralisation.

Développer et maintenir l'emploi

Les services régionaux et départementaux se sont particulièrement mobilisés, avec la DRASS, pour la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Dans un premier temps, l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) a été sollicitée par le service public de l'emploi régional (SPER), en vue d'effectuer un état des lieux préalable à une évaluation des besoins en emplois et en qualifications. Les conclusions, validées en comité technique régional et interrégional (CTRI), ont été soumises à l'avis des employeurs et des conseils généraux. Le conseil régional d'Auvergne et l'Assedic ont également été associés à cette démarche. À l'issue de cette étape, un plan régional emploi-formation a été adopté. Les perspectives, évaluées à 600 emplois équivalent temps plein, font l'objet d'un schéma régional d'intervention, piloté par le SPER et mis en œuvre par les services publics de l'emploi départementaux (SPED). Les actions de formation s'orientent vers :

- les salariés (mobilisation des engagements de développement de la formation), l'objectif étant de qualifier 40 % des personnels d'ici 2006 ;
- les demandeurs d'emploi, selon les compétences requises, en mobilisant la VAE dans les départements.

Le maintien de l'emploi s'est également traduit par la conclusion d'un accord entre la direction régionale du

travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) et la Caisse des Dépôts et Consignations. Celui-ci consolide les activités créées par le programme nouveaux services emplois jeunes (NSEJ). Au préalable, l'association régionale pour le développement rural (CELAVAR) a été missionnée pour travailler sur les diagnostics de territoire, afin de mettre en place des dispositifs locaux d'accompagnement (DLA). Cette démarche s'est également concrétisée par la création du Comité d'expansion économique du Puy-de-Dôme, chargé d'apporter son soutien à vingt associations. Dans l'Allier, ACTIF 03 permettra à huit associations de consolider leurs activités.

Enfin, en matière de développement durable, plusieurs actions ont été engagées, cofinancées par le contrat plan État/région (CPER) :

- la création d'un réseau d'accueil pédagogique valorisant des pratiques d'agriculture durable à Aurillac ;
- l'émergence d'un contrat territorial collectif dans l'Allier, regroupant des agriculteurs afin de limiter l'utilisation des engrais chimiques ;
- le développement d'une politique d'éducation à l'environnement sur le Haut-Livradois et la journée agriculture et paysage en Emblavez.

Favoriser l'accès à l'emploi

Le CTRI est à l'origine d'une démarche prospective qui permet d'évaluer, dans chaque département et par secteur d'activité et catégorie professionnelle, les potentialités de départs à la retraite dès 2006. Réalisée avec l'INSEE et poursuivie dans le cadre de l'Observatoire régional emploi formation (OREF), cette analyse démographique a pour but de définir les besoins immédiats et de les confronter aux ressources humaines disponibles : actifs, demandeurs d'emploi, jeunes sortant du système scolaire. Cette investigation, qui se poursuivra en 2003, vise également à orienter les politiques locales de l'emploi et de la formation professionnelle des SPED et à préparer l'accès aux emplois qui vont se libérer.

Le schéma régional pour la formation des travailleurs handicapés - mis en place il y a dix ans par le conseil régional, État et l'AGEFIPH - a accueilli en formation 878 bénéficiaires, accompagnés dans leurs parcours d'insertion par 200 référents. Parallèlement, l'Observatoire régional pour l'emploi de ces publics permet d'évaluer la pertinence des politiques mises en œuvre, notamment à travers des programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH).

Garantir les droits des salariés

En matière de sécurité, et au-delà des actions prioritaires, l'accent a été mis sur le rôle et les missions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Avec l'appui du médecin inspecteur régional du travail (MIRT), les inspecteurs et contrôleurs du travail sont notamment intervenus pour promouvoir la formation des membres du CHSCT. Ils se sont aussi mobilisés pour impliquer les CHSCT dans l'évaluation des risques professionnels.

Le résultat de ces actions a donné lieu à l'organisation d'un forum à Thiers (63) : « CHSCT, dialogue social et évaluation des risques professionnels ».

Développer les compétences tout au long de la vie

La promotion du droit à la VAE est une préoccupation des services. Avec le conseil régional, un site Internet accessible à tous les publics a été créé (www.validation-auvergne.org).

Un groupe de travail a également été mis sur pied avec les valideurs publics. Il est chargé d'élaborer le cahier des charges de la prestation assurée par les points d'information conseil en VAE.

Par ailleurs, en accord avec le conseil régional, un schéma d'organisation comprenant un centre de ressources, appuyé sur le Centre d'animation et de ressources pour l'information sur la formation (CARIF), a été mis en place. Il est chargé d'animer le réseau des informateurs traditionnels (agences locales pour l'emploi, missions locales...), le réseau des conseillers en VAE basés dans les centres inter-institutionnels de bilan de compétences (CIBC) et les personnes référentes désignées par chaque valideur.

Pour leur part, les services et la Fédération régionale du bâtiment ont développé, à titre expérimental, un projet de formation à distance des chefs de chantier. Quatre entreprises - une par département - ont accepté de participer à cette opération.

Après une phase de diagnostic et d'ingénierie de formation, celle-ci a été diffusée sous forme modulaire à l'aide d'un logiciel (visiophonie) et par Internet. L'étape suivante consistera à étudier les conditions de transférabilité dans le cadre de la politique contractuelle.

Piloter et évaluer

Le pilotage et l'évaluation ont fait l'objet de nombreux échanges lors de l'examen du projet de directive nationale d'orientation (DNO) 2003.

La discussion a d'abord été lancée au niveau de chaque département, l'animation des débats incombant aux équipes de direction. Des groupes de travail régionaux ont ensuite été créés - à raison d'un par programme -, chacun d'eux devant formaliser par écrit les remarques les plus pertinentes. La DRTEFP a réalisé une synthèse de ces contributions, transmise à la direction de l'administration générale et de la modernisation des services (DAGEMO), après discussion et avis du CTRI.

Cette méthode très participative a enrichi la réflexion collective sur la finalité des actions conduites au niveau régional et départemental. Elle a aussi favorisé l'appropriation d'une démarche par objectifs et l'intégration des dimensions contrôle de gestion, pilotage et évaluation, qui seront mises en place en 2003.

Un recueil d'outils sur l'égalité professionnelle en Auvergne

Afin de valoriser les résultats obtenus et de donner une image dynamique des acteurs d'Auvergne, la Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) a décidé de répertorier et de mettre en valeur les actions les plus porteuses en termes d'égalité professionnelle.

Toutes les démarches contribuant à créer une culture de l'égalité et démontrant la qualité du partenariat des acteurs de terrain sont désormais regroupées dans un document intitulé Les clés pour l'égalité entre les femmes et les hommes. Destiné à être régulièrement complété, ce support est composé de trois volets : un recueil de chartes et de protocoles, un descriptif des bonnes pratiques et un recueil d'outils méthodologiques.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	1 308 878
Population active ayant un emploi (RP99)	500 410
Population salariée (RP99)	415 689
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	96 602
- Construction	26 463
- Tertiaire	167 676
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	41 794
- Femmes (en %)	50,0
- Moins de 25 ans (en %)	21,8
- Chômage Longue Durée (en %)	30,3
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	- 7,1
Taux de chômage 2002 (en %)	7,8
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	20 805
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	11 818
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	2 785
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	187 005
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	15 246

SANTÉ/SOCIAL

Sécurité sanitaire

Cette année, la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) a été sollicitée dans les domaines suivants :

- saturnisme ;
- champs électromagnétiques ;
- impact sanitaire des pollutions industrielles (rejets d'usines d'incinération d'ordures ménagères) ;
- toxi-infections alimentaires collectives ;
- méningites ;
- légionellose ;
- listériose ;
- charbon ;
- tuberculose ;
- leptospirose.

Les pharmaciens inspecteurs ont également réalisé les enquêtes relatives aux autorisations d'ouverture des stérilisations des établissements de santé sur 46 sites. Une cellule régionale « Biotox » de prévention des risques sanitaires liés au bio-terrorisme et de gestion des situations de crise a par ailleurs été mise en place, avec un médecin inspecteur de santé publique.

Développement des programmes de santé

La consultation régionale préparatoire à la loi d'orientation en santé publique a mis l'accent sur les priorités de santé suivantes :

- la lutte contre les facteurs de mortalité prématurée : 1 760 Bourguignons sont concernés chaque année ;
- la nécessité de cibler les besoins de santé par tranches d'âges ;
- l'amélioration du système d'observation de la santé.

L'évaluation du premier programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS) 2000-2002 a permis de mettre en évidence l'efficacité des acteurs de santé de l'Yonne. Ceux-ci constituent en effet le lien indispensable entre les personnes en difficulté et le système d'offre de soins. Ils participent également à l'émergence de réseaux entre les professionnels du secteur sanitaire et du secteur social.

Outre les priorités de santé ciblées sur les pathologies et les populations - qui font le plus souvent l'objet d'un programme régional de santé (PRS suicide, personnes âgées, PRAPS, sida, périnatalité ...) - une réflexion sur la mise en place d'un service public d'éducation pour la santé a vu le jour en 2002. Élaboré à partir des attentes des professionnels de la prévention, ce service s'inscrit dans l'esprit du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS). Cinq domaines d'intervention ont été définis :

- l'éthique en éducation pour la santé ;

- la formation ;
- la coordination des financeurs ;
- la mise en réseau des acteurs ;
- le développement de l'évaluation.

D'autres actions ont été initiées ou poursuivies tout au long de l'année :

- mise en œuvre du plan régional de dépistage du cancer du sein et expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal en Côte-d'Or et en Saône-et-Loire ;
- formation des personnels des unités de soins en médecine pénitentiaire au repérage des conduites addictives chez les détenus et à la prévention des risques liés aux virus SIDA et hépatites ;
- coordination des vigilances (hémovigilance, infections nosocomiales, pharmacovigilance, matériovigilance) ;
- mise en place d'un collège de soins palliatifs ;
- signature d'une charte avec le rectorat pour renforcer le suivi des enfants après le bilan de 6 ans.

Un système d'information géographique interdépartemental et régional « eau et santé » a par ailleurs été créé en collaboration avec les MISE. Le groupe « air et santé » a mis en œuvre un programme de travail sur la qualité de l'air dans les locaux accueillant le public.

À destination du corps médical et du grand public, il a également mis sur pied une action de sensibilisation et d'information sur la prévention des allergies liées aux pollens.

Les professionnels du bâtiment ont, pour leur part, été formés à la prévention des risques liés aux légionelles et au plomb dans les réseaux d'eau.

Enfin, des actions de sensibilisation des jeunes aux risques auditifs liés à l'écoute de musiques fortes ont été organisées en Saône et Loire. Elles seront prochainement étendues à la région.

Dotation et organisation hospitalières

La dotation régionale au profit des établissements sanitaires publics et privés participant au service public hospitalier a progressé de 5,4 %. La péréquation reste favorable à la Bourgogne (3,5 M€.).

Le volet psychiatrie du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) a été définitivement adopté. Il prévoit notamment de réorganiser le dispositif de sectorisation psychiatrique, avec les objectifs suivants :

- favoriser la prise en charge ambulatoire et les alternatives à l'hospitalisation ;
- développer la psychiatrie de liaison à l'hôpital général et mieux prendre en compte les urgences psychiatriques ;
- renforcer la prévention en remplaçant les plateaux techniques en psychiatrie infanto-juvénile ;
- réduire les inégalités entre secteurs.

La Bourgogne fait également l'objet d'un important programme d'investissement régional (PIR). Celui-ci prévoit notamment des opérations comme la reconstruction du CHRU de Dijon, la reconstruction des hôpitaux de Chalon, de Paray-le-Monial et d'Autun, ainsi que du CHS de l'Yonne. Le montant prévisionnel des travaux est de l'ordre de 500 à 600 M€.

Le programme du Fonds d'investissements pour la modernisation des hôpitaux (FIHMO) permet d'accompagner le financement de cinq opérations de travaux, d'un coût total de 79 M€.. Ces opérations concernent la construction d'une unité de psychiatrie à l'hôpital de Mâcon, la reconstruction du CHS de l'Yonne et de l'hôpital de Paray-le-Monial, le réaménagement du plateau technique de Sens, la construction du service de soins de suite et de réadaptation de Montbard, ainsi que l'informatisation du dossier patient au CHRU à Dijon.

Recrutement et formation des professionnels de santé

Cette année, 4 115 candidats se sont inscrits pour intégrer une formation paramédicale, dont 3 603 ont opté pour le diplôme d'état d'infirmier. Sur 848 élèves effectivement rentrés en formation, 693 suivent la filière infirmière.

Un institut de formation privé en soins infirmiers de 45 places a été ouvert par la Croix-Rouge. Les capacités des écoles de formation d'aides soignantes sont, pour leur part, passées de 319 à 420 places, avec pour objectif de pourvoir les nouveaux postes liés à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Par ailleurs, 98 personnes ont validé leurs connaissances d'aides opératoires et d'aides instrumentistes.

Lutte contre les exclusions

La mise en perspective régionale des schémas de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion a permis de définir trois axes de travail :

- l'élaboration d'un référentiel régional sur le contenu minimal d'une prise en charge en CHRS ;
- l'amélioration des outils de pilotage (tableaux de bord) pour optimiser la répartition de l'enveloppe régionale ;
- la mise en place d'actions de santé en relation avec le programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS).

Le schéma régional des professions sociales a été adopté en juillet 2002. Dans le contexte national de mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la création du nouveau diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale a engendré une importante réflexion, associant l'ensemble des partenaires, en vue de la professionnalisation et de la qualification des emplois d'aides à domicile. Une charte devrait être prochainement signée entre l'État, le conseil régional et les conseils généraux. Une première promotion de 18 personnes est entrée en formation dès 2002 sur la Côte d'Or.

Personnes âgées et personnes handicapées

Dans le cadre de la poursuite de la réforme de la tarification, 45 nouvelles conventions tripartites ont été signées en 2002 pour la médicalisation des établissements.

À la fin de 2002, 17 centres locaux d'information et de coordination (CLIC) étaient labellisés, dont 6 en Côte d'Or, 2 dans la Nièvre, 5 en Saône et Loire et 4 dans l'Yonne. Huit autres sont en projet.

En outre, dans le cadre du contrat de plan état région (CPER), une autorisation de programme de 1,26 M€, a été attribuée pour la première tranche de la réhabilitation du centre de soins de longue durée de Luzy, la reconstruction du foyer à double tarification de Vézelay et le réaménagement des maisons de retraite de Saint-Pierre-le-Moûtier et de Pignelin.

Enfin, 91 places nouvelles ont été créées en service de soins à domicile, ainsi que 47 en accueil de jour et 20 en hébergement temporaire pour les personnes âgées. Les personnes handicapées bénéficient pour leur part de 97 places supplémentaires.

Efficacité renforcée du dispositif de protection sociale

L'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie 2000-2003 a été menée sur les caisses primaires d'assurance maladie de la Côte d'Or et de la Saône-et-Loire. Des évolutions très positives ont été constatées en matière de qualité du service rendu et d'efficacité des remboursements (progression des feuilles de soins électroniques grâce à Sésame VITALE). Ces évaluations ont donné lieu à une restitution interrégionale Bourgogne-Franche Comté.

Le contentieux technique a enregistré 1 623 recours, soit une augmentation de 3,71 % par rapport à 2001. Pour sa part, l'activité du contentieux général est en baisse. Sur une période de cinq ans, cette baisse significative peut s'expliquer par la diminution des dossiers liés au mouvement d'opposition du comité de défense des commerçants et artisans (CDCA).

Capacités d'action multipliées

L'utilisation fréquente de la visioconférence avec les sites les plus éloignés du chef-lieu a facilité les réunions et favorisé l'interdépartementalité. Le site Internet de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et de la direction régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) a été enrichi, notamment sur les thématiques de santé publique, de santé environnementale et de statistiques. Il enregistre 7 000 visites mensuelles.

Le projet de regroupement immobilier des services de la DRASS avec ceux de la DDASS et de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), dans la ZAC Champollion du quartier des Grésilles, s'est concrétisé avec la finalisation du programme technique détaillé et du montage juridique et financier de l'opération.

La mission régionale et interdépartementale d'inspection et de contrôle (MRIICE) a permis de contrôler, en partenariat étroit avec les DDASS, 20 structures (établissements pour enfants et adultes handicapés, maisons de retraite) au titre de l'action sociale et médico-sociale. Parmi celles-ci, 18 relèvent du programme de prévention et de repérage des risques de maltraitance envers les personnes vulnérables.

La MRIICE a également participé, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion, à l'inspection de 12 établissements ou services, ainsi qu'à un audit et à l'évaluation d'un organisme de sécurité sociale.

Recomposition de l'offre de soins hospitalière

En 2002, la recomposition du système hospitalier bourguignon s'est poursuivie, dans l'objectif de concilier sécurité et accès aux soins. Deux opérations de restructuration significatives ont été conduites sous l'égide de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) :

- la réorganisation de l'offre de soins privée sur l'agglomération dijonnaise, avec le transfert de la maternité de la clinique de Chenôve sur la clinique Sainte Marthe (plus de 3000 accouchements) et la création d'un service d'urgences à la clinique de Chenôve, en collaboration avec le CHU de Dijon ;
- la transformation de la maternité du centre hospitalier d'Avallon (250 accouchements) en centre périnatal de proximité.

Par ailleurs, en termes de planification, la carte sanitaire et le volet « psychiatrie et santé mentale » du SROS ont été révisés en juillet 2002. Plusieurs grandes orientations ont été définies :

- réduction des inégalités interdépartementales ;
- prise en charge psychiatrique aux urgences ;
- prise en charge des adolescents et des patients chroniques.

La carte sanitaire des équipements matériels lourds a également été révisée en juillet 2002, afin de tenir compte des nouveaux indices nationaux.

En matière de promotion de réseaux, l'ARH et l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) ont préparé les conditions de mise en œuvre de la nouvelle procédure de financement régionalisée, avec la création d'une cellule régionale d'appui aux réseaux et l'élaboration d'un guide des promoteurs. 40 % de la dotation régionale pour le développement des réseaux (DRDR) 2002 (240 000€.) ont été répartis entre cinq réseaux.

Enfin, des maisons médicales ont commencé à voir le jour à proximité des services d'urgences à Dijon, au Creusot et à Mâcon.

Priorités de santé publique et qualité des soins

Dans ce domaine, l'ARH a mis l'accent sur :

- la prise en charge des soins palliatifs, avec l'accompagnement financier des équipes mobiles et la

structuration d'un réseau de soins palliatifs en Bourgogne ;

- la prise en charge des personnes âgées, avec l'identification de 7 centres référents en gériatrie ;
- la lutte contre les pratiques addictives, avec le soutien au développement d'unités d'addictologie au sein des établissements ;
- le développement de la prévention au sein des établissements de santé, avec la mise en place d'un comité régional sur la prévention et l'éducation et un appel à projets.

En matière de qualité des soins, l'ARH a réalisé un effort important sur la politique du médicament, afin de responsabiliser les médecins prescripteurs et d'améliorer les prescriptions.

Allocation des ressources

La dotation régionale hospitalière bourguignonne a progressé de 5,40 % en 2002, ce qui représente 56,4 M€ de moyens supplémentaires, hors crédits ARTT. Les mesures régionales nouvelles ont principalement concerné les remises à niveaux, les investissements, les postes médicaux, la sécurité sanitaire, la gériatrie, la psychiatrie, la qualité et la complémentarité.

Une politique active de contrôle de gestion a été amorcée, avec un objectif de retour à l'équilibre budgétaire pour les établissements en situation de report de charges.

En matière de contractualisation, la négociation de trois contrats d'objectifs et de moyens a été engagée avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Dijon, le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône et le centre hospitalier de Mâcon. Une journée régionale de réflexion a été organisée le 27 novembre 2002, en présence du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Il s'agissait de lancer la campagne de signature des contrats d'objectifs et de moyens inter-établissements, permettant la mise en place de projets médicaux par territoire de santé.

Pour les établissements privés, les tarifs ont été modulés en fonction de quatre critères : place de la clinique dans l'offre de soins et réponse aux besoins, qualité et sécurité des soins, coopération et complémentarité, réduction des inégalités tarifaires.

Dialogue social et ressources humaines

Depuis le 1^{er} janvier 2002, l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) s'applique aux personnels de la fonction publique hospitalière, avec la création de 247 postes équivalents temps plein (ETP). L'ARTT a également été mise en œuvre pour les personnels médicaux, dans une logique d'affectation des moyens par territoire de santé. À ce titre, des aides ont été allouées à la revalorisation des déplacements en astreinte, au paiement de jours RTT et à la prime d'engagement.

Information sur la contraception

En Côte d'Or, le comité de pilotage sur la contraception a soutenu la création d'une pièce de théâtre intitulée « Parlez-moi d'amour ». Créée par la Compagnie du Sablier en 2002, elle sera jouée tout au long de l'année 2003 devant des jeunes de 12 à 16 ans, dans les centres sociaux des collectivités locales ou dans les missions locales. Interprétée par des comédiens professionnels qui font participer le public, elle se présente sous la forme de cinq saynètes traitant des relations amoureuses et de la construction de la sexualité : « Savoir dire non », « Je l'ai fait », « C'est d'accord », « C'est ton problème » et « Mon cher tonton, je suis enceinte ».

À l'issue de cette représentation interactive, le centre de planification rappelle la loi, informe sur les méthodes contraceptives et sur l'IVG. Un dépliant est également distribué, avec les coordonnées et adresses utiles.

EMPLOI

Dans le cadre du processus de réforme de l'État lié à la mise en place loi organique du 1^{er} août 2001, la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) de Bourgogne joue un rôle d'expérimentation, avec la nomination d'un secrétaire général au sein du comité technique régional interdépartemental (CTRI).

Le lancement cette expérimentation, centrée sur la politique du travail (santé, sécurité et dialogue social), s'est accompagné d'une nouvelle approche budgétaire. Celle-ci permet de développer le contrôle de gestion, à travers la globalisation des crédits de fonctionnement, et de faire évoluer le fonctionnement du CTRI.

Au-delà de la régulation des ressources humaines, la préparation de la mise en œuvre de la directive nationale d'orientation (DNO) 2003 a été l'occasion d'approfondir et de concrétiser les notions de travail par objectifs et de mise en œuvre d'indicateurs.

Le processus ainsi engagé a conduit les services régionaux et départementaux à développer fortement leur expertise.

Réglementation du travail et développement des compétences

La politique de santé et de sécurité au travail a mis l'accent sur trois priorités :

- l'évaluation des risques professionnels ;
- les risques à effets différés ;
- les approches collectives ou partenariales.

Comme en 2001, les services ont continué d'aider les entreprises et les branches professionnelles à mieux mettre en œuvre la réglementation en matière d'évaluation des risques professionnels. Quatre forums départementaux « santé au travail » ont été organisés, afin de sensibiliser les employeurs aux risques à

effets différés et aux prérogatives des représentants du personnel. Par ailleurs, des travaux ont été menés par l'échelon régional pour favoriser cette démarche dans les PME, notamment dans le domaine des risques chimiques.

En matière de contrôle des situations de travail, les services régionaux et départementaux se sont mobilisés dans deux domaines correspondant aux priorités nationales : le contrôle des sites Seveso, en lien avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE), et le contrôle des garages automobiles.

Avec la perspective de l'expérimentation Moderfie-DNO, la mise en œuvre de diagnostics de territoire (départements et section d'inspections) dans la politique des relations de travail a été décidée sur l'ensemble des sections. Elle bénéficie d'un appui technique du service d'études, prospectives, évaluations et statistiques (SEPES), mais aussi de la sensibilisation des inspecteurs à leur rôle de chefs de services dans la mise en œuvre des priorités de la future DNO. Dans le même temps, le service développe un partenariat avec les branches professionnelles. L'objectif est double : élaborer la politique du travail ; maintenir et développer les compétences des salariés dans un contexte économique difficile.

Politiques d'emploi et de lutte contre l'exclusion

Dès le premier semestre, les services se sont fortement mobilisés pour atteindre les objectifs ambitieux du programme 2002 de lutte contre les exclusions et le chômage, en matière de contrats emploi solidarité (CES), de contrats emploi consolidés (CEC), ou stages d'insertion et de formation à l'emploi (SIFE) collectifs. Les résultats obtenus placent la région parmi les premières au niveau national. Ils illustrent la capacité des services déconcentrés, et plus largement du service public de l'emploi, à mobiliser les énergies, les compétences et les moyens pour les publics dont ils ont la charge dans le cadre des politiques nationales.

Cette mobilisation des services, dans un contexte de réduction des moyens de lutte contre les exclusions, a permis de définir de nouvelles mesures pour appuyer et renforcer cette politique, sous réserve de leur éligibilité et de leurs procédures propres.

Dans ce contexte, la Bourgogne bénéficie d'une situation exceptionnelle. Dans le cadre du Programme 17 du contrat plan État-Région (CPER), elle dispose en effet de financements importants au titre de l'économie sociale et solidaire : 426 858 € annuels à parts égale entre l'État et la Région. Leurs larges conditions d'éligibilité permettent d'accompagner les politiques d'emploi de l'État sous tous leurs aspects, notamment celui de la lutte contre les exclusions.

Cette approche devrait être particulièrement utile dans le contexte budgétaire de l'année 2003.

Formation de formateurs à la création d'entreprise en Bourgogne

Une formation « Etre ou ne pas être créatrice » a été développée en Bourgogne et inscrite dans les actions co-financées par la Région dans le cadre du contrat de plan État-Région 2000-2006.

Cette formation consiste à :

- identifier les potentialités personnelles et professionnelles des participantes ;
- appliquer la méthode pédagogique d'auto-évaluation ;
- appréhender le fonctionnement de l'entreprise ;
- mettre en place un travail individualisé sur le projet ;
- promouvoir des initiatives en lien avec le développement local ;
- rencontrer des personnes ressources spécialisées dans la création d'entreprise ;
- utiliser la vidéo pour analyser les comportements entrepreneuriaux.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	1 610 067
Population active ayant un emploi (RP99)	618 243
Population salariée (RP99)	532 623
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	126 374
- Construction	31 870
- Tertiaire	224 419
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	53 155
- Femmes (en %)	50,3
- Moins de 25 ans (en %)	22,0
- Chômage Longue Durée (en %)	29,1
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	0,5
Taux de chômage 2002 (en %)	8,1
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	26 574
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	13 933
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	2 245
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	245 878
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	37 085

SANTÉ, SOCIAL

Mise en place de la coordination de l'observation sanitaire et sociale

Prolongeant une coordination déjà engagée, l'ensemble des commanditaires de l'observation sanitaire et sociale ont décidé la création d'un comité régional en ce domaine. Cette démarche fait écho à la loi du 4 mars 2002, prévoyant la mise en œuvre de programmes régionaux de statistiques et d'études.

Ce comité regroupe les représentants de l'État, l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), les collectivités territoriales, l'union régionale des médecins libéraux (URML), les organismes de protection sociale... Son rôle est de :

- déterminer les orientations stratégiques de l'observation sanitaire et sociale locale ;
- recueillir et mettre en commun les informations et travaux existants et les communiquer ;
- arrêter les thèmes pertinents d'observation et d'étude et les répartir entre les cosignataires concernés ;
- valider les travaux réalisés et approuver la programmation, avec le concours d'experts.

Développement de la prévention des cancers

La généralisation du dépistage des cancers du sein est effective pour les quatre départements bretons, en partenariat étroit avec les conseils généraux. Trois associations de dépistage ont donc été créées (Morbihan, Côtes-d'Armor, Finistère), celle d'Ille-et-Vilaine étant déjà en place depuis deux ans. Elles ont toutes été financées toutes dans le cadre du contrat de plan État-Région, à hauteur de 75 000 € annuels par association.

Les médecins coordonnateurs ont été recrutés, ce qui a permis un démarrage rapide des campagnes.

Par ailleurs, un risque spécifique à la Bretagne (et aux autres régions granitiques) a été identifié : le radon, un gaz radioactif cancérigène. Une campagne de prévention a donc incité les particuliers à réaliser des mesures dans l'habitat individuel. Des réunions de sensibilisation ont été organisées et des supports d'information envoyés aux élus locaux.

Renforcement de la surveillance épidémiologique et environnementale

Pour améliorer la connaissance de l'impact de l'environnement sur la santé de l'homme, un pôle de compétence épidémiologique a été constitué, grâce à la mobilisation de ressources interministérielles. Celui-ci s'intéresse à tous les dangers potentiels liés à la filière « élevage » en Bretagne.

Ses objectifs sont de :

- fédérer les données existantes ;
- interpréter les risques pour la santé humaine ;
- proposer une évolution des réseaux de mesure ;
- assurer l'information en retour.

Expérimentation de la COTOREP

La direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) du Morbihan co-pilotent la mise en place de la réforme de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnels (COTOREP). De nombreuses actions ont déjà été menées à ce titre en 2002 :

- finalisation de l'organisation du travail du secrétariat, basée sur la polyvalence des tâches ;
- fonctionnement en équipe technique unifiée avec élargissement du domaine de délégation (remontée unifiée des décisions pour validation auprès de la COTOREP) ;
- installation d'un accueil délocalisé à Lorient (permanence, une journée par semaine) ;
- convention de service avec un service social spécialisé (Association des paralysés de France) chargé de réfléchir à l'opportunité de créer un poste de travailleur social (assistante sociale, psychologue) intégré à la commission. Ce service dressera aussi un état des lieux des relations avec les différents services sociaux pour accompagner les décisions COTOREP ;
- recrutement d'une secrétaire médico-sociale pour les médecins ;
- création de deux groupes de travail, l'un pour l'accueil et l'information du public, l'autre pour assurer le fonctionnement unifié de la COTOREP.

Une démarche similaire d'expérimentation a été engagée en Ille-et-Vilaine.

Mise en démarche « qualité » des missions d'inspection

Le service de l'inspection régionale de la pharmacie de Bretagne ainsi que ceux de deux autres régions, Pays de Loire et Basse-Normandie, ont initié une mise en démarche « qualité » des missions d'inspection dans leur domaine d'intervention.

S'inscrivant pleinement dans les projets de modernisation des modes d'intervention de l'État, cette démarche cherche notamment à :

- répondre aux exigences « qualité » des donneurs d'ordre ;
- optimiser l'organisation des services d'inspection ;
- former des inspecteurs aux systèmes « qualité » utilisés par les établissements contrôlés ;
- permettre la reconnaissance extérieure, voire la certification.

Cette mesure s'effectue dans le cadre d'un protocole rigoureux, comprenant un diagnostic « qualité », la formation des équipes de direction au management de la qualité, celle de l'ensemble du personnel des inspections de la pharmacie, ainsi que la mise en place de formations-actions sur les sites.

Elle a fait l'objet de la publication d'un « manuel qualité », destiné à être étendu, à terme, à d'autres services d'inspection.

Contractualisation avec les établissements hospitaliers

Pour l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Bretagne, 2002 s'est inscrit dans une grande continuité par rapport à 2001. Ainsi, les principaux dossiers de l'année 2002 ont été ceux lancés l'année précédente. Il en va ainsi, notamment, de la démarche de contractualisation : 17 contrats ont été signés en 2002 (15 en 2001). À la fin de 2002, 37 % des établissements sous dotation globale de fonctionnement (DGF) dont la quasi-totalité des établissements de référence - représentant au total plus de 80 % de l'enveloppe régionale - peuvent désormais se prévaloir d'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'agence.

L'approbation, par ailleurs, de 22 projets d'établissement sur 2002 augure d'une poursuite de la démarche sur 2003 et 2004, avec l'objectif affiché de couvrir, à terme, tous les établissements de la région.

L'ensemble des réalisations permet aujourd'hui d'affirmer que la politique d'allocation de ressources aux établissements est largement subordonnée à la politique contractuelle.

Ces résultats sont le fruit d'une recherche méthodologique engagée dès 2000 et complétée, en 2002, par une formation-action organisée par l'École nationale de la santé publique (ENSP), sur sollicitation de l'ARH de Bretagne. Celle-ci a rassemblé, trois jours durant, les membres du réseau de l'agence en charge de ces négociations et les représentants des établissements de santé.

De même, pour les établissements sous objectif quantifié national (OQN), 2002 a été l'année de la préparation d'un nouveau cadre méthodologique. Le but est la signature, au cours de 2003, de contrats dits de 2^e génération, avec l'ensemble des établissements. Ces nouveaux contrats se rapprochent, dans la forme et dans la démarche, des contrats signés avec les structures publiques.

Ressources humaines des hôpitaux

Le dossier de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) s'est porté, après un chevauchement d'un trimestre, de la fonction publique hospitalière aux professions médicales. Il a nécessité un important travail de concertation, illustré, en matière d'ARTT médical, par les six réunions du comité régional de suivi et les dix rencontres du groupe projet régional.

Offre de soins

L'ARH de Bretagne a poursuivi ses travaux sur l'offre de soins avec, notamment, des travaux importants sur la prise en charge sanitaire des personnes âgées, dans la perspective d'une publication en mai 2003.

Une semaine d'information sur la contraception

Les comités de pilotage départementaux « contraception » en Bretagne, co-pilotés par le service des droits des femmes et de l'égalité, les DDASS et les conseils généraux, organisent chaque année depuis 2000, la troisième semaine d'octobre, une semaine d'information sur la contraception dans l'ensemble des départements.

En 2002, une plaquette sur les moyens contraceptifs a été réalisée par les membres des comités de pilotage et éditée à 30 000 exemplaires à cette occasion. Elle a été intégralement financée par les conseils généraux et largement diffusée dans les diverses manifestations : journées portes ouvertes, permanences d'associations, interventions auprès des jeunes lycéens et étudiants et mobilisation de la presse régionale.

EMPLOI

La formation de délégués du personnel à l'égalité professionnelle

La délégation régionale aux droits de femmes et à l'égalité (DRDFE) et la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) ont co-financé une action d'accompagnement des délégués du personnel et de salariés d'entreprises bretonnes, afin de développer des négociations sur l'égalité professionnelle, à la suite de la loi du 9 mai 2001.

L'objectif de cette action, portée par l'union régionale CFDT, était triple :

- donner des clés de lecture pour analyser le rapport de situation comparée ;
- appuyer l'ouverture de négociations sur l'égalité professionnelle dans l'entreprise ;
- former les responsables des sections locales, afin de les mettre en mesure de répondre aux questions sur ce thème.

En 2002, les responsables de 120 sections locales ont bénéficié de sessions de sensibilisation. Trente autres responsables de sections ont été rencontrés pour l'analyse approfondie des données de leur propre entreprise en matière d'égalité professionnelle.

Affermir l'ancrage territorial des politiques pour l'accès de tous à l'activité et à l'emploi

Dans le souci de rendre plus efficace l'offre de services, au regard des besoins des individus et de l'économie dans les territoires, des efforts spécifiques ont été consacrés à l'offre d'insertion par l'activité pour les personnes les plus fragiles.

À ce titre, le potentiel des contrats emploi solidarité et emploi consolidé (CES et CEC) a été optimisé. Les besoins des territoires les plus en difficulté au regard de l'emploi ont été pris en compte, tandis que l'accent était mis sur le suivi et l'accompagnement. Les moyens du programme territorialisé (plus de 90 M€) et ceux du contrat de plan État-Région (CPER) ont été mobilisés à cet effet.

Le programme TRACE - Trajet d'accès à l'emploi - a également été ouvert à tous les jeunes, quel que soit leur niveau de qualification. En 2002, il a enregistré 3 300 entrées. Priorité a cependant été donnée aux jeunes femmes.

Une offre de service mieux intégrée a été déployée dans le cadre du projet d'action personnalisée pour un nouveau départ (PAP-ND) : l'objectif reste de prévenir l'exclusion du marché du travail. Les personnes les plus éloignées de l'emploi ont bénéficié d'un accompagnement individualisé. Ces actions ont été rendues possibles par certains moyens du CPER. Le suivi coordonné au sein du Service public de l'emploi (SPE) a par ailleurs été renforcé.

Le réseau d'accueil des jeunes (17 missions locales et 20 000 jeunes accompagnés), les ateliers pédagogiques personnalisés (16 structures et 4 900 personnes formées), les ateliers des savoirs fondamentaux (15 structures et 1 800 bénéficiaires) ont participé à cet effort, soutenus par les moyens du Fonds de la formation professionnelle, du CPER et du Fonds social européen (FSE).

Contribuer au développement économique d'activités et d'entreprises sur un territoire

L'objectif de renforcer l'accompagnement de la création d'entreprises a été poursuivi. Au-delà de l'attribution de l'aide à la création ou à la reprise d'entreprise (2 450 bénéficiaires) ont été entrepris par les moyens du CPER et du FSE :

- une aide au démarrage et à la consolidation des couveuses d'entreprises ;
- un accompagnement spécifique des créateurs au cours des deux premières années d'existence de l'entreprise.

De même, la création et le développement d'activités répondant à des besoins spécifiques ont été encouragés (services aux personnes, environnement, culture, loisirs, sports). Les porteurs de projets ont pu bénéficier de l'appui d'une structure conventionnée, d'actions de professionnalisation (encadrants et intervenants à domicile) et d'une plate-forme de services.

Une action en faveur du développement de nouvelles modalités d'emploi (groupements d'employeurs, pluri-activité, temps partagé) a été mise sur pied, grâce à l'aide à la constitution et au démarrage des structures, toujours dans le cadre du CPER et avec le concours du FSE. Les structures d'insertion par l'économie participent à cet objectif. Elles regroupent 47 associations intermédiaires avec 40 500 mises à disposition, 25 entreprises d'insertion proposant 300 postes subventionnés, ainsi que 7 entreprises de travail temporaire d'insertion.

L'action de consolidation des activités créées dans le cadre des nouveaux services et emplois jeunes (12 650 jeunes recrutés) a concouru à cet effort. Elle s'est appuyée sur la plate-forme régionale de professionnalisation, sur le dispositif régional d'ingénierie et sur un partenariat régional spécifique, créé avec le réseau France Active en direction des employeurs associatifs.

Accompagner le développement d'un emploi de qualité et la valorisation du potentiel humain

Cet axe de travail s'est concrétisé par l'appui apporté, en priorité, aux petites et moyennes entreprises, notamment pour moderniser leurs organisations de travail et développer les compétences et qualifications de leurs salariés.

À cet effet ont été mis en œuvre :

- les moyens de l'antenne régionale de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) ;
 - ceux des engagements de développement de la formation (164 entreprises bénéficiaires pour plus de 1,8 M€) ;
 - l'aide au conseil (21 conventions) ;
- l'apport des contrats d'objectifs (15 contrats signés dans la région) ;
- une mission régionale sur la validation des acquis de l'expérience (VAE) ayant un rôle d'information, d'animation et de coordination des acteurs.

Les ressources financières du CPER, du FSE ainsi que des lignes budgétaires spécifiques ont permis d'accroître les interventions en ce domaine.

Enfin, un nouveau programme spécifique en faveur de la formation des cadres supérieurs (« Objectifs Cadres ») a été créé, pour un montant de 258 000 €.

Favoriser le dialogue social et garantir la protection des salariés

Un effort important a été entrepris, en 2002, dans le domaine de la prévention des risques dans les entreprises.

L'information et l'accompagnement des entreprises dans la démarche d'évaluation des risques a constitué un premier objectif. Celui-ci a été mis en œuvre en liaison avec les organismes de prévention institutionnels et les partenaires sociaux. Il s'est appuyé sur une action spécifique de l'inspection du travail auprès des employeurs et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Des interventions plus ciblées ont été menées en direction des risques liés aux agents cancérogènes, aux produits chimiques et de l'utilisation résiduelle de l'amiante dans le secteur des garages.

Une surveillance particulière a concerné les entreprises à haut risque (prioritairement celles relevant de la directive Seveso 2) - en collaboration avec les services de la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) – ainsi que le marché et l'utilisation des équipements de travail. La prévention des troubles musculo-squelettiques, en particulier dans le secteur des industries agricoles et alimentaires (IAA), a également constitué une action prioritaire. Elle s'est appuyée sur un partenariat avec les professionnels, les organismes de prévention et l'ANACT.

Enfin, un effort a été déployé pour favoriser la parité hommes-femmes, en liaison avec les services des droits des femmes, l'ANACT et certains partenaires sociaux (cf. *supra*).

Renforcer la capacité de pilotage et optimiser la gestion des ressources

Dans cet objectif, un premier axe de travail a consisté à engager progressivement le système d'information vers le développement des systèmes coopératifs. À ce titre, de nouvelles applications Internet ont été déployées : SANAA, Synergie RH, numérisation des accords. Une formation spécifique a été suivie par le correspondant régional et les services gestionnaires. Les partenaires chargés d'une saisie déportée ont bénéficié, entre autres, d'une assistance locale par un programmeur.

Le développement de l'utilisation d'Internet dans les relations avec les usagers - axée sur la communication des services déconcentrés avec les administrés et la préparation d'une évolution vers le traitement

en ligne - a constitué une deuxième ligne de force. L'administration du site a été réorganisée, son graphisme retravaillé, de nouvelles pages départementales ont été créées. Enfin, un correspondant Web a été désigné par département.

En matière de ressources humaines, un accroissement de l'effort de formation continue dans le domaine de l'informatique et de la bureautique a été poursuivi. Cela s'est traduit par des travaux de préparation, à l'horizon 2003, d'un plan de formation informatique et bureautique en département avec l'assistance des programmeurs, et par la création d'une fonction d'assistance bureautique au poste de travail (9 agents concernés).

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	2 906 197
Population active ayant un emploi (RP99)	1 112 583
Population salariée (RP99)	939 223
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	178 408
- Construction	60 627
- Tertiaire	426 430
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	98 996
- Femmes (en %)	49,4
- Moins de 25 ans (en %)	21,3
- Chômage Longue Durée (en %)	27,7
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	4,6
Taux de chômage 2002 (en %)	7,7
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	44 092
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	17 781
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	4 858
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	417 472
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	39 025

La contractualisation de la gestion

Pour se préparer à l'entrée en vigueur de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a lancé, en 2001, le projet d'expérimentation d'une gestion globale des moyens budgétaires de fonctionnement affectés aux services déconcentrés. La région Centre a été choisie pour cette expérimentation dans les secteurs de l'emploi et de la solidarité. Dans le domaine de la solidarité, un contrat a été signé en mai 2002 entre le ministère et les préfets de la région, pour la période allant du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2004. La contractualisation porte sur 14 thèmes :

- 3 sont liés à la santé (dépistage du cancer, prévention du suicide, plan d'action en santé environnement) ;
- 4 relèvent du secteur social (retour vers l'emploi des bénéficiaires de l'appui social individualisé, gestion du fonds d'aide à l'insertion, accès aux droits des personnes handicapées, éducation spéciale pour les handicapés) ;
- 7 concernent les moyens de fonctionnement nécessaires à la mise en œuvre de ces politiques (optimisation de la gestion des ressources humaines, communication, globalisation des crédits de fonctionnement...).

Des objectifs, des indicateurs de suivi et des crédits d'intervention appropriés ont été définis pour chacun de ces thèmes. Un groupe de projet interdépartemental a été créé pour chaque action, dont le pilotage est confié à un cadre A. Au niveau régional, le comité technique régional et interdépartemental (CTRI) assure la coordination et l'animation de la mise en œuvre du contrat.

Les outils permettant de mesurer l'efficacité des politiques menées et d'adapter les ressources correspondantes sont en cours de développement. À la demande du CTRI, un groupe transversal « méthodologie » est chargé de travailler sur ces outils. Actuellement, l'application gestion locale du budget (GLB) assure le suivi budgétaire.

Un schéma complet de contrôle de gestion est encore en attente. Le cloisonnement de la gestion des différentes ressources reste une difficulté, qui devrait être résolue par la démarche de contractualisation. En effet, tous les moyens - ressources humaines, moyens de fonctionnement ou crédits d'intervention - doivent être mis au service d'un programme. Des progrès ont déjà été réalisés en matière de souplesse de gestion et de réactivité des contractants pour trouver des solutions. Le contrat s'inscrit dans une démarche de responsabilisation des acteurs. Celle-ci doit permettre d'assouplir progressivement les cadres de gestion et de prendre des décisions au plus près du terrain.

Le développement de la mutualisation

La directive nationale d'orientation (DNO) 2002 - qui confirme les orientations ministérielles 2001 - a renforcé son soutien aux projets de regroupement des services déconcentrés dans les chefs-lieux de région. Ces projets visent à renforcer l'efficacité de ces services, grâce à la mutualisation des moyens. À Orléans, le projet de regroupement immobilier de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) est une priorité de l'administration centrale. Décidé en commission interministérielle de programmation des investissements de l'État (CIPi), le 2 septembre 2002, il fait partie du plan de restructuration de la cité Coligny, piloté par le préfet.

Compte tenu des délais nécessaires à la mise en œuvre de cette opération immobilière, prévue pour 2007, les directeurs de la DDASS du Loiret et de la DRASS du Centre ont décidé d'engager la réflexion sur la mutualisation des moyens, indépendamment des questions de regroupement physique. Cet objectif s'inscrit dans le cadre du dialogue de gestion, mené depuis avril 2001. Les différentes formes d'association et de mutualisation mise en place entre les deux services permettront d'optimiser les ressources existantes, de partager et valoriser les savoir-faire les plus opérationnels, de travailler de manière plus approfondie, de gagner en cohérence et de développer les services vers l'usager. Les services supports (logistique, comptabilité, communication, documentation), informatiques et ressources humaines deviendront des services communs aux deux directions. Cette volonté s'est concrétisée, le 25 octobre 2002, par la décision de regrouper sur un seul site les activités gestion budgétaire et comptable, logistique, communication et documentation.

Avec l'accord du préfet et du contrôle financier régional, les directeurs ont par ailleurs proposé à l'administration centrale un budget de fonctionnement unique pour le chapitre 34-98 article 90, géré par un ordonnateur secondaire unique : le DRASS du Centre. Ce dernier veille désormais à la bonne exécution de ce budget, en liaison avec les services concernés des deux directions. Le suivi et l'évaluation sont assurés par le comité de pilotage du rapprochement de la DDASS du Loiret et de la DRASS du Centre. Composé des deux directeurs, du secrétaire général de la DRASS et du directeur adjoint de la DDASS du Loiret, il se réunit une fois par mois pour aborder les questions liées à la mise en œuvre de ce rapprochement, notamment au niveau du suivi de l'exécution budgétaire.

Inspection et contrôle

Le programme régional et interdépartemental d'inspection, de contrôle et d'évaluation a pour objec-

tif de mettre en place le volet régional du programme national de lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Dans ce cadre, les catégories d'intervention fixées par le programme national ont fait l'objet d'une déclinaison département par département.

En 2002, 3 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été contrôlés dans l'Indre, 18 dans le Loiret et 20 en Indre-et-Loire. Cinq directions départementales ont pu contrôler au moins un établissement pour personnes handicapées. Les DDASS du Cher et de l'Indre ont, par ailleurs, organisé un colloque sur la maltraitance des personnes vulnérables en établissement. Il s'agit de combattre les violences physiques et psychologiques à l'égard des personnes en maison de retraite ou en institution médico-sociale, mais aussi de soulager les familles.

Une journée de sensibilisation a également été organisée à Bourges, le 20 septembre 2002, à l'intention des professionnels en contact avec des personnes fragiles. Elle a réuni près de 300 personnes, dont des élèves de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

Autre objectif du programme régional et interdépartemental d'inspection, de contrôle et d'évaluation : assurer la mise en place des contrôles requis par les priorités nationales en matière de sécurité sanitaire. Cette volonté concerne notamment :

- la désinfection des endoscopes ;
- le contrôle des préparations pharmaceutiques dans les établissements de santé ;
- le contrôle du suivi biologique des receveurs de produits sanguins labiles ;
- la prévention de la légionellose, avec notamment l'organisation d'une journée régionale d'information et d'échanges sur le thème des légionelloses, destinée aux directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, aux syndicats hôteliers, aux fédérations de camping, et aux syndicats de plomberie et de chauffagistes ;
- la mesure du risque infectieux dans le milieu extra-hospitalier. À cet effet, une initiative régionale a été développée en direction des pédicures-podologues.

Enfin, pour la première fois en 2002, les documents définis par l'IGAS/MAFI (Mission permanente d'animation des fonctions d'inspection dans les services déconcentrés du secteur sanitaire et social) ont été utilisés pour établir les bilans de l'activité d'inspection. Ils permettent de mesurer l'efficacité des procédures conduites et l'engagement des services en termes de temps et de moyens.

La DDASS de l'Indre certifiée ISO 9001

Le 26 juin 2002, la DDASS de l'Indre a obtenu la certification ISO 9001, dans la version 2000 de cette norme de services. Celle-ci concerne les activités de deux services : Santé et environnement, Organisation sanitaire et gérontologie. Les services supports (informatique et administration générale) sont également parties prenantes, bien qu'ils ne figurent pas dans le champ de la certification. Les outils de surveillance et de mesure mis en place s'appliquent à tous les services, la norme choisie étant « système global ».

Dans ce cadre, la DDASS s'est engagée à :

- être à l'écoute de ses « clients ». Il s'agit d'améliorer les délais de réponse, de mieux communiquer et de veiller à satisfaire les interlocuteurs ;
- mobiliser le personnel autour de la démarche qualité à tous les niveaux de l'organisation, développer et adapter les compétences de chacun et travailler en toute transparence ;
- améliorer de façon continue les performances, à travers la mise en place d'audits internes, d'indicateurs d'efficacité, d'objectifs précis, de fiches d'amélioration, d'actions correctives et préventives.

Avec cette certification ISO, la DDASS de l'Indre a franchi la première étape d'une démarche qualité novatrice dans l'administration. Cet engagement de progrès continu, qui s'appuie sur une reconnaissance concrète des résultats obtenus, doit permettre une évolution des mentalités et des pratiques, une harmonisation des procédures de travail, une écoute plus importante des usagers et des partenaires, ainsi qu'une amélioration constante du service rendu. Il répond à la nécessité, pour l'administration de l'État, de faire évoluer son image. À terme, le but est de faire entrer progressivement tous les services de la DDASS dans le champ de la certification.

Mise en œuvre de l'ARTT pour les médecins des établissements publics de santé

Le second semestre de l'année 2001 avait été marqué par la préparation de la mise en place des 35 heures pour les personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière, avec effet au 1^{er} janvier 2002 et déploiement sur trois ans. En 2002, l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) ont été mis en place chez les médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers, en vertu du protocole signé le 22 octobre 2001 entre le gouvernement et quatre organisations syndicales représentatives.

En région Centre, cette dernière réforme s'est traduite par :

- l'allocation, pour 2002, d'une enveloppe de plus de 4,3 M€ pour le rachat de 5 jours de RTT, le financement de primes pour les assistants et l'amélioration de la prise en charge des déplacements et astreintes opérationnelles ;
- l'allocation, pour l'année 2003, d'une enveloppe de plus de 7,8 M€ dans les budgets primitifs. Celle-ci permet la création de 88 postes de médecins et assistants.

Planification, recomposition et complémentarité de l'offre de soins hospitalière

Un nouveau volet du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) a été adopté le 5 juillet 2002. Il concerne l'imagerie médicale (IRM, scanographes, caméras à scintillation non munies de détecteurs d'émission de positons en coïncidence), la radiothérapie oncologique et la fixation d'indices de besoins plus lar-

ges pour ces équipements. De nouvelles autorisations ont ainsi pu être délivrées.

Le volet SROS urgences a été modifié à la même date. Il permet l'autorisation de trois nouvelles unités de proximité d'accueil des urgences, sur des secteurs déjà bien dotés dans ce domaine.

Une réflexion a, par ailleurs, été lancée sur trois volets du SROS, dont l'adoption est prévue courant 2003 : gériatrie, réanimation et soins de suite pour les personnes en état végétatif chronique.

Dans le Cher, la constitution de l'établissement psychiatrique intercommunal « Georges Sand » a été menée à bien en 2002, avec effet au 1^{er} janvier 2003. Les axes de coopération ont été renforcés entre les centres hospitaliers de Bourges et Vierzon. La coopération entre le public et le privé s'est poursuivie à Saint-Amand.

En Eure-et-Loir, les centres hospitaliers de Chartres et de Châteaudun ont renforcé leur partenariat en chirurgie. À Nogent, la reconfiguration des activités de l'hôpital, après la fermeture en 2001 de la clinique chirurgicale, a donné lieu à des études intégrant la question du devenir de l'activité obstétricale.

Dans l'Indre, la mise en œuvre d'accords de complémentarité entre les centres hospitaliers de Châteauroux, Issoudun et Le Blanc s'est poursuivie. L'un des axes de réflexion a porté sur la mutualisation des urgences et services mobile d'urgence (SMUR).

En Indre-et-Loire, les actions de coopération ou de complémentarité entre établissements se sont intensifiées. Ainsi, à la demande de l'agence régionale hospitalière (ARH), le centre hospitalier universitaire de Tours a effectué une mission d'appui pour la préparation du projet d'établissement du centre hospitalier intercommunal d'Amboise Château-Renault. La mission nationale d'appui en santé mentale a rendu le rapport commandité par l'ARH sur les évolutions à privilégier en la matière dans le département.

Dans le Loiret, un axe de coopération a pris forme à l'est du département, entre le centre hospitalier de l'agglomération montargoise et le centre hospitalier de Gien. À Orléans, la décision de regrouper sur un seul site toutes les activités de court séjour du centre hospitalier régional a été prise par les instances de l'hôpital, à l'initiative de l'Agence.

Allocation de ressources aux établissements

La dotation finale des établissements sous dotation globale s'est élevée en 2002 à 1 508 722 000 €. Elle a été calculée sur une base de référence hospitalière de 1 495 510 160 € en janvier 2002 (crédits RTT non-médicale inclus) et d'un taux d'évolution initial de 5,02 %. En intégrant les moyens 2002 pour la RTT médicale, elle affiche une progression globale de 5,9 %. Les mesures nouvelles attribuées dans les budgets primitifs se sont élevées à plus de 15 440 000 € dont :

- près de la moitié servent à la mise en œuvre des SROS ;
- plus du quart permettent la prise en charge de surcoûts d'investissement (Châteaudun, Châteauroux, Tours, Chinon, Blois, Orléans).

Les deux décisions modificatives intervenues en cours d'année ont permis de répartir plus de 40 M€ de crédits supplémentaires, destinés notamment à la prise en charge des molécules innovantes, aux mesures de soutien budgétaire, de santé publique et d'organisation des soins, aux mesures filières, à la RTT médicale...

Pour les établissements sous objectif quantifié national, le processus de tarification 2002 s'est déroulé dans un contexte de mise en œuvre du protocole destiné à harmoniser les rémunérations des personnels non médicaux, par l'intermédiaire du fonds de modernisation des cliniques privées et des revalorisations tarifaires. L'accord régional s'est caractérisé par :

- le relèvement des forfaits de salle d'opération ;
- l'attribution de moyens ciblés en cardiologie et cancérologie niveau 2 ;
- la réduction des écarts de prix de journée entre les cliniques sous concession de service public ;
- la revalorisation du forfait salle de travail pour les maternités de niveau 2 ;
- une modulation tarifaire au titre du PMSI pur les établissements sous-dotés.

Poursuite de la contractualisation

En 2002, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a signé des contrats d'objectifs et de moyens avec les centres hospitaliers de proximité de Loches, Châteaudun, Chinon, Romorantin-Lanthenay et Vendôme. Dix-sept contrats d'objectifs et de moyens (COM) ont été conclus en région Centre avec des établissements sous dotation globale.

Après la parution du décret du 6 mai 2002, le travail de contractualisation a été renouvelé avec les établissements sous objectif quantifié national.

Organisation d'un colloque sur la contraception

Un colloque intitulé « La contraception aujourd'hui et demain » a été organisé, le 5 novembre 2002, par le mouvement français du planning familial de l'Indre et les membres du comité de pilotage départemental contraception. Ce comité, créé en septembre 2002, est animé par le chargé de mission départemental d'aide aux femmes (CMD) et la DDASS de l'Indre.

Le colloque a réuni environ cent personnes. Il a permis de faire le point sur les succès et les difficultés rencontrés par les différentes politiques de contraception, mais aussi d'ouvrir des perspectives en présentant les nouveaux produits contraceptifs mis sur le marché et les recherches en cours.

EMPLOI

Conforter l'action territorialisée du service public de l'emploi et de ses partenaires

Malgré un retournement de tendance de la conjoncture, notamment à la fin de l'année 2002, la

qualité des interventions des services a été renforcée et les partenariats se sont développés.

Le deuxième Forum régional des initiatives « développement des compétences et des territoires », organisé conjointement par le service public de l'emploi (SPE) et le conseil régional, s'est élargi cette année aux services de l'ASSEDIC. Plus de 200 professionnels ont partagé leurs pratiques et renforcé la cohérence de leurs interventions, à travers l'analyse de 32 actions partenariales conduites au plus près des besoins locaux.

L'année 2002 a également vu la création d'Alfa Centre, pôle ressources au service des acteurs de l'emploi et de la formation. Assurant les missions précédemment dédiées au Centre d'animation et de ressources pour l'information sur la formation (CARIF) et à l'Observatoire régional emploi formation (ORFE), il contribue à l'animation du réseau des missions locales, des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), et de trois lieux ressources : « illettrisme », « validation des acquis de l'expérience (VAE) », « nouvelles compétences et nouvelles qualifications ». Cette structure est le fruit d'une volonté commune de l'État et du conseil régional, qui se sont rapprochés des partenaires sociaux.

Créer un contrat d'expérimentation triennal

Dans le cadre du contrat d'expérimentation conclu, le 25 février 2002, entre les préfets de la région, le trésorier payeur général et les directions d'administration centrale, les services territoriaux de la région Centre ont engagé, dès 2002, la mise en œuvre de la gestion globalisée des crédits de personnel et de fonctionnement.

En élargissant les capacités de décision des équipes de direction, cette démarche a favorisé l'apprentissage d'un système de pilotage territorial. Elle a également permis d'élaborer les premiers outils d'un contrôle de gestion partagés avec l'administration centrale.

Les requalifications de crédits opérées ont, en outre, donné lieu à la réalisation de projets importants pour les services : réaménagement des halls d'accueil, lancement d'un journal interne...

Développer un programme régional d'accès à l'emploi

Avec leurs partenaires du SPE, les services ont préparé l'expérimentation d'un programme « accès à l'emploi ». En 2003, celui-ci bénéficiera de l'extension de la globalisation au champ des crédits d'intervention, avec la création d'une dotation d'un montant total de 11 M€. Cette dotation regroupe les crédits des deux sous-programmes « emplois aidés » et « accompagnement des parcours ».

Lutter contre l'illettrisme : une priorité régionale

Dans le cadre du programme insertion, réinsertion, lutte contre l'illettrisme (IRILL), 35 actions de

formation ont été conventionnées. Elles ont bénéficié à 11 000 personnes ne maîtrisant pas les savoirs de base (lire, écrire, compter).

Parallèlement, les sept centres ressources « illettrisme et analphabétisme » (CRIA) ont participé à la construction d'une « plate-forme régionale illettrisme ». Celle-ci est portée par le conseil régional, avec le soutien du fonds social européen (FSE). L'objectif est double :

- mettre à la disposition des organismes de formation un logiciel commun de gestion administrative et pédagogique ;
- renforcer la cohérence et la complémentarité de leurs actions.

Séduire les employeurs avec le contrat jeunes

Le contrat jeunes en entreprise a été lancé par une conférence de presse à la préfecture de région, à l'occasion de la publication, par la DRTEFP, d'un hors-série du « Bref Centre » consacré à l'emploi des jeunes dans la région.

À la fin de décembre 2002, ce contrat concernait 10 266 jeunes de moins de 23 ans inscrits à l'ANPE (catégorie 1 + 6), sur lesquels 1 856 jeunes en ont effectivement bénéficié.

Favoriser l'accès des femmes aux métiers de l'industrie en région Centre

À l'initiative de la déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), le programme « accès des femmes aux métiers industriels » est né de deux constats :

- la pénurie de main-d'œuvre qualifiée dont souffrent les entreprises industrielles, principalement les PME d'Eure-et-Loir et du Loiret ;
- un taux de chômage des femmes supérieur à celui des hommes dans ces deux départements, dans une proportion supérieure à la moyenne nationale.

Sur cette base, deux actions ont été mises en œuvre :

- l'élaboration d'outils permettant la conception de parcours de formations qualifiantes ;
- une campagne d'information et de sensibilisation auprès des femmes, afin qu'elles connaissent mieux les offres d'emplois dans l'industrie et accèdent plus facilement aux parcours qualifiants des métiers industriels. Les entreprises disposeront ainsi d'un vivier de main-d'œuvre féminine qualifiée.

Favoriser la validation des acquis par l'expérience (VAE)

Dans le cadre du projet territorial de l'État, l'animation d'un pôle de compétences « ressources humaines » par le recteur et la DRTEFP a permis d'impliquer les ministères valideurs dans une coopération renforcée.

Un site Internet régional, dédié à la diffusion d'information pratique sur la VAE, a été lancé par le GIP Alfa Centre.

Par ailleurs, dans le cadre d'un financement paritaire « État-Région », des points relais conseil (PRC) en VAE ont été créés dans les 23 zones d'emploi de la région. Leur mission est d'apporter aux candidats à la VAE un premier niveau d'information et de conseil dans le choix du diplôme visé.

Renforcer le réseau d'accueil, d'information et d'orientation des jeunes

L'État, la région Centre et l'association des présidents des missions locales et des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) de la région Centre (AMICENTRE) ont adopté, le 23 juillet 2002, une charte régionale. Le but est de renforcer la cohérence et les complémentarités de leurs politiques d'insertion sociale et professionnelle des jeunes. En 2003, cette charte se traduira par la signature de contrats d'objectifs pluriannuels avec chaque structure d'accueil. Ces contrats préciseront les priorités et les objectifs retenus, tout en laissant aux structures la possibilité d'initier des actions particulières pour répondre à des besoins spécifiques. Ils offrent également une sécurisation financière.

Développer les compétences des salariés

Au titre du Fonds social européen (FSE) objectif 3, six conventions cadres ont été signées en 2002 avec des organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) de branche : agriculture, imprimerie, professions libérales et interprofessionnels. Il s'agit de favoriser la formation des salariés des petites, voire des très petites entreprises (TPE).

Adapter l'offre de service en matière de santé au travail

En coopération avec tous les acteurs de la prévention, une étude diagnostic de l'offre de service en matière de santé au travail a été réalisée par l'agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), sous la conduite de la DRTEFP. La restitution finale auprès des partenaires sociaux a permis de définir des enjeux communs et de relancer la mise sur pied de l'Observatoire régional de la santé au travail.

Accompagner les entreprises dans des démarches d'évaluation des risques

Tous les départements ont lancé des actions collectives pour inciter les entreprises à s'engager dans une démarche d'évaluation des risques. Dans le Loiret, 30 entreprises du secteur de l'imprimerie ont fait l'objet d'un contrôle. Pour remédier aux carences constatées (absence de fiches d'entreprise et de protection collective et individuelle dans un cas sur deux), un plan d'action sera élaboré en 2003 avec les professionnels de la branche et les préventeurs. D'autres secteurs ont été ciblés par l'inspection du travail (chimie, traitement de surface, grande distribution et centres de contrôle technique), en favorisant l'implication particulière des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Une campagne régionale sur les risques chimiques dans les garages s'est traduite par 150 contrôles.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	2 440 329
Population active ayant un emploi (RP99)	937 512
Population salariée (RP99)	823 020
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	194 701
- Construction	53 382
- Tertiaire	362 815
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	82 191
- Femmes (en %)	49,0
- Moins de 25 ans (en %)	21,2
- Chômage Longue Durée (en %)	26,8
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	10,1
Taux de chômage 2002 (en %)	7,6
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	39 918
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	18 274
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	4 094
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	398 065
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	32 573

C HAMPAGNE-ARDENNE

SANTÉ, SOCIAL

Accueil des réfugiés et demandeurs d'asile

L'année 2001 était marquée par l'arrivée massive de demandeurs d'asile et de personnes réfugiées dans la région. Cette situation s'est confirmée en 2002, avec un taux d'occupation moyen régional sur le dernier trimestre de 47,22 % dans les structures non spécialisées (avec une sur-occupation en Haute-Marne de 83,40 % et un taux non négligeable pour les trois autres départements : 29,17 %, dans les Ardennes, 36,60 % dans l'Aube et 53,73 % dans la Marne).

Annoncée en 2001, l'ouverture de structures spécialisées - les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) - a eu lieu en 2002. Trois CADA ont été créés en cours d'année : un dans la Marne, d'une capacité de 72 places, et deux en Haute-Marne, d'une capacité de 100 places. L'Aube reste à ce jour en tête, avec trois CADA pour 205 places.

Réforme annoncée du contentieux technique de la Sécurité sociale

Le ministère a annoncé une refonte complète du Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI). Cette réforme a pour objectif de garantir l'impartialité de cette juridiction atypique (puisque présidée jusqu'à présent par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales - DRASS). La composition du tribunal sera modifiée : présidence exercée par un magistrat ou une personne qualifiée, assisté de deux assesseurs employeurs et de deux assesseurs salariés. La DRASS aura le rôle de greffier et le médecin-expert. Les instances dont la décision est contestée devant le TCI ne feront plus partie de la composition du tribunal. L'année 2002 a été l'occasion pour la DRASS, dans l'attente de la parution du décret, de se rapprocher du Service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles (SRITEP-SA) et de la cour d'appel de Reims, aux fins de préparer la réforme en partenariat.

Aide aux plus démunis

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) de 1^{re} génération s'achevant au 31 décembre 2002, la DRASS, qui le pilote, a amorcé l'élaboration du PRAPS de 2^e génération. Le groupe technique régional (DDASS / DRASS) s'est donc réuni à plusieurs reprises, pour lancer l'évaluation du premier programme. Ce groupe a, en outre, réfléchi aux objectifs du second, qui ne doivent en aucun cas rompre avec ceux du précédent. Au plan départemental, les groupes techniques multi-partenariaux ont également été réactivés.

Enfin, la démarche d'évaluation des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) a été relancée en 2002. Elle a pour double objectif de mesurer l'efficacité et l'efficience des missions des CHRS au regard des moyens dont ils disposent, et de constituer un appui technique auprès de ces structures.

Formations professionnelles

La région Champagne-Ardenne s'est dotée d'un schéma régional des formations sociales pour la période 2002-2005.

Élaboré sur la base d'un diagnostic partagé, celui-ci s'inscrit dans les perspectives du schéma national et a l'ambition d'être un outil de pilotage du dispositif régional de formation.

Six priorités régionales ont été retenues :

- adapter et renforcer le dispositif de formation initiale ;
- développer et accentuer la formation aux emplois de proximité, développer le champ des formations de niveau I et II ;
- améliorer l'alternance ;
- professionnaliser les emplois jeunes ;
- valoriser l'image des métiers du social ;
- réunir une conférence régionale des formations sociales.

Par ailleurs, la réforme des diplômes du travail social, longtemps attendue, a commencé par celle du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD). Le nouveau diplôme (DEAVS, diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) devient le premier niveau de la filière rénovée de l'aide à domicile. Il consacre l'exigence de qualification des salariés de ce secteur. En Champagne-Ardenne, de nombreux titulaires de l'ancien CAFAD sollicitent l'équivalence au DEAVS auprès de la DRASS.

Pour ce nouveau diplôme - désormais accessible par la formation initiale, la formation continue et, en 2003, par la validation des acquis de l'expérience - la DRASS a accordé l'agrément pour dispenser la formation à un nouvel établissement.

Actuellement, cinq autres demandes sont en cours d'instruction.

Poursuite de la réforme des EHPAD

L'année 2002 a été marquée par une accélération du rythme de signatures des conventions tripartites dans la région Champagne-Ardenne. Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) peuvent ainsi poursuivre leur médicalisation. Sur le plan des autorisations, 38 dossiers ont fait l'objet d'un passage devant le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS), dont 37 ont reçu un avis favorable.

Sur le plan financier, la dotation allouée à la région Champagne-Ardenne (3 568 066 €) a permis la signature de 15 conventions, ce qui établit un coût par convention de 237 871 €.

Depuis le début de la réforme, 26 conventions ont déjà été passées en Champagne-Ardenne, dont 12 pour le département de l'Aube. Toutes concernent principalement les maisons de retraite publiques autonomes, ayant des lits médicalisés. Toutefois, il est à noter que 2 foyers-logements bénéficient d'une convention dans le département de la Haute-Marne, et que dans le département de la Marne, cela concerne principalement les établissements privés à caractère commercial.

Inspections et contrôles

La mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE) de Champagne-Ardenne a fonctionné en 2002 avec son effectif complet. Les objectifs essentiels du plan de contrôle arrêté en Comité technique régional et inter-régional (CTRI) ont donc pu être réalisés. Outre les inspections de sécurité sanitaire (activité de stérilisation, pharmacies à usage intérieur...), ont été conduites :

- 5 actions dans le champ de la santé publique (Unité de consultation et de soins ambulatoires, service médico-psychologique régional, évaluation du fonctionnement des urgences et en périnatalité, désinfection des endoscopes) ;
- 9 actions dans le secteur médico-social (8 inspections d'établissements sociaux et médico-sociaux, poursuite de l'évaluation du CREMA) ;
- 3 actions de protection sociale (enquêtes ponctuelles d'une Caisse primaire d'assurance maladie, évaluation convention d'objectifs et de gestion, examen des schémas approfondis d'action sociale des caisses d'allocations familiales) en dehors des contrôles du Comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC). Les missions sont menées dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires, associant des personnels des DDASS et de la DRASS.

Politique régionale de santé publique

L'inspection régionale de la santé, en lien avec ses partenaires institutionnels, associatifs et les professionnels de santé, a poursuivi la mise en œuvre des différents programmes régionaux de santé (PRS). Certains ont évolué, notamment en matière de prise en charge des conduites addictives (redéfinition du PRS alcool en un PRS addiction). Le nouveau comité régional de dépistage des cancers a également créé des structures de gestions dans les quatre départements de la région. Celles-ci auront la charge des dépistages organisés pour le cancer du sein en 2003 et le cancer colo-rectal en 2004.

Le PRS suicide s'est traduit par l'organisation d'un colloque national à Reims en lien avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, présidé par le professeur Debout, président du Comité national de lutte contre le suicide. Plus de trois cents profession-

nels se sont réunis autour de cette problématique. La réflexion s'est poursuivie par une formation spécifique en faveur de l'ensemble des services d'urgence de la région et des professionnels sanitaires et sociaux.

Ces différentes actions ont été débattues et confirmées lors du débat régional organisé en novembre 2002 pour préparer la loi d'orientation en santé prévue en 2003.

Enfin, les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales ont participé à l'application des orientations de la politique sanitaire hospitalière au travers du schéma régional de l'orientation sanitaire (SROS) sous l'égide de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), sur la santé mentale, la cancérologie, les urgences et la périnatalité.

Dans le cadre du contrat de plan, une réflexion régionale a été relancée sur la télémédecine.

Bilan de deux schémas régionaux d'organisation sanitaire

L'objectif de la révision du schéma de santé mentale a été de recentrer les priorités de psychiatrie, en distinguant les missions centrales des missions satellites (appui, soutien ou formation d'autres professionnels, coordination et intervention au sein d'autres dispositifs de soins et de préventions).

Les premières concernent :

- l'accueil et la prise en charge des urgences ;
- l'accueil en hospitalisation complète et les alternatives à l'hospitalisation complète ;
- la prise en charge de certaines catégories de patients, telles les personnes âgées, les adolescents ou les prévenus ;
- la prévention, la recherche et la formation.

L'enjeu important de ce SROS a résidé dans la création d'unités d'admission dans les hôpitaux généraux en coordination avec les services d'urgences. Un nouvel équilibre entre des capacités d'hospitalisation complète et des alternatives à l'hospitalisation, au profit de ces dernières, a également été recherché.

Concernant le schéma gériatrie, trois objectifs principaux ont été retenus :

- participer à la politique générale de maintien à domicile par une démarche qui permette d'éviter une hospitalisation traumatisante ;
- donner un véritable statut à la gériatrie dans l'ensemble des établissements publics de santé ;
- améliorer le dispositif de prise en charge des patients souffrant de démences de type Alzheimer.

Aménagement et réduction du temps de travail (ARTT) médical

L'ARH a préparé l'ARTT médical dans les établissements publics de santé en y associant le comité régional de suivi de la mise en place de la RTM. La réflexion s'est portée essentiellement sur l'impact de cette dernière dans les services en temps continu, là où il est nécessaire d'avoir une présence permanente d'au moins un médecin. Sont concernées les spécialistes suivantes : les urgentistes, les anesthésistes-réani-

mateurs, les gynéco-obstétriques et les pédiatres. Une première enveloppe de crédits a été allouée pour les services en temps continu normés. Ils doivent amener à la création de postes médicaux. Cette répartition a pris en compte le fait que les effectifs des urgences doivent être renforcés durant les week-ends et les jours fériés.

Relance des comités techniques régionaux (CTR)

À fin de dresser le bilan du SROS 2^e génération, les CTR ont repris leur fonctionnement. Les disciplines concernées sont :

- la cancérologie, avec la mise en place d'un réseau régional ;
- les urgences, en particulier dans le cadre des mises en conformité aux textes réglementaires et à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et de la cardiologie ;
- la périnatalité, au sein d'un réseau régional et en prenant compte de l'évolution de l'activité de certains établissements ;
- l'insuffisance rénale chronique ;
- la réanimation, dans le cadre des modifications réglementaires.

L'insertion de femmes par la création d'une pièce de théâtre

Dans le cadre du contrat de ville de Reims, la délégation régionale aux droits de femmes et à l'égalité a soutenu une action du centre social de Turenne à destination de quinze femmes intégrées au dispositif d'insertion - stage vie quotidienne. Cette action a consisté à écrire une pièce de théâtre et à l'adapter à la scène. Elle a permis aux stagiaires de s'exprimer, d'écrire et de découvrir le monde du théâtre (création de la pièce, des décors, des costumes et rencontres avec des professionnels). La pièce, *L'Homme dans le miroir*, a été présentée trois fois en novembre 2002 devant un public d'environ 300 personnes.

EMPLOI

Mobilisation des acteurs à l'égalité des chances

En Champagne-Ardenne deux réseaux d'acteurs ont été créés en 2002.

Le premier, dans le cadre du projet territorial de l'Etat, est composé de correspondants à l'égalité des chances dans les services de l'État. Son objectif est de définir une méthode commune permettant la mise en cohérence entre les différentes actions, notamment en matière d'égalité professionnelle.

Le second a réuni les différents acteurs régionaux, référents dans leur structure, pour analyser la situation en matière d'égalité professionnelle et proposer des projets à leur direction. Les référents de ce ré-

seau appartiennent à des organismes de formation, à l'Éducation nationale, à des organismes consulaires, des organisations syndicales de salariés et d'employeurs, à la société civile et à des entreprises.

L'ouverture au partenariat

En 2002, les difficultés de recrutement ont perduré dans les secteurs professionnels comme le bâtiment-travaux publics, l'hôtellerie-restauration, les transports et, de façon générale, les très petites entreprises (TPE). L'action du service public de l'emploi vers ces secteurs d'activité s'est poursuivie et a été renforcée pour répondre à leurs besoins. En Haute-Marne, plusieurs organisations professionnelles comme la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB), la FNTR (Fédération nationale des transports routiers), la FNTV (Fédération nationale des transports de voyageurs) ont engagé des actions spécifiques comprenant un repérage des publics puis des actions de formation conduisant à des recrutements.

Ailleurs, l'Union professionnelle artisanale (UPA) et l'Union des industries métallurgiques et minières (UIMM) ont pris des initiatives similaires, en association avec le Service public de l'emploi (SPE), avec la volonté d'inscrire cette démarche dans la durée. Une convention-cadre avec l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la métallurgie a été conclue pour faire évoluer les compétences des salariés de la branche.

Une autre a été signée avec celui des professions libérales pour permettre un accroissement des qualifications des femmes dans deux secteurs paramédicaux (pharmacie et soins dentaires).

Pour les jeunes en difficulté scolaire ou d'intégration, des classes-relais et une école de la 2^e chance ont également pu être créées grâce à la mobilisation du contrat de plan État-Région.

Enfin, les premiers P@T (points d'accès à la téléformation) ont été ouverts dans deux départements ruraux (Haute-Marne et Ardennes) en co-financement avec le conseil régional.

Évaluation des risques au travail

Les agents de contrôle se sont fortement impliqués dans la démarche d'évaluation des risques.

Un colloque régional « Prévention des risques professionnels » a été organisé en juin 2002, par la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) avec le SRITEPSA, l'agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) et la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM). Il a réuni 350 participants (chefs d'entreprise, membre du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), responsables de sécurité, médecins du travail, inspecteurs du travail). Des pistes d'actions ont été retenues : démarche de prévention par secteur d'activité, ciblage des petites et moyennes entreprises (PME) et TPE, sensibilisation approfondie des CHSCT et directions du personnel.

À l'intention des représentants du personnel, des plaquettes d'information sur la démarche de prévention des risques professionnels ont été réalisées.

Les élections prud'homales ont également été un moment important dans la vie des sections : suivi des listes électorales, implantation des lieux de vote, etc. Une très légère augmentation de la participation aux élections a été observée.

La modernisation des services

La globalisation des crédits de fonctionnement, avec son corollaire la construction d'un budget régional, a modifié profondément les modes de fonctionnement du CTRI.

Celui-ci s'est inscrit en 2002 dans une démarche de responsabilité collective, axée sur l'optimisation des ressources autour de grandes priorités régionales :

- harmonisation de l'affectation de la dépense annuelle à partir d'un état des lieux mettant en évidence des disparités importantes entre les sites ;
- accélération du taux de renouvellement du parc informatique (25 % par an) ;
- accroissement sensible de l'effort de formation à destination des agents ;
- mobilisation programmée des moyens sur des projets importants d'amélioration des conditions de travail des agents.

La construction du budget régional de fonctionnement 2002 a inscrit la réflexion et l'action du CTRI dans une démarche collective, et l'a situé comme instance politique régionale de décision.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	I 342 363
Population active ayant un emploi (RP99)	517 178
Population salariée (RP99)	451 791
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	106 656
- Construction	26 342
- Tertiaire	185 171
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	53 760
- Femmes (en %)	48,7
- Moins de 25 ans (en %)	23,3
- Chômage Longue Durée (en %)	30,4
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	9,1
Taux de chômage 2002 (en %)	9,2
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	19 694
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	11 355
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	3 690
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	217 380
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	34 594

SANTÉ, SOCIAL

Missions générales des services sanitaires et sociaux

La direction de la solidarité et de la santé de Corse Let Corse-du-Sud et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de Haute-Corse ont à gérer de nombreuses missions :

- veille sanitaire et sociale ;
- protection du cadre de vie ;
- gestion des professions sanitaires ;
- contrôle de légalité ;
- suivi budgétaire et comptable des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- secrétariat et animation de multiples commissions
- notamment la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), la commission départementale d'éducation spéciale (CDES), le comité médical, la commission de réforme, la Commission de l'action sociale d'urgence (CASU) – ou d'instances de nature contentieuse : commission départementale d'aide sociale (CDAS), tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS), tribunal du contentieux de l'invalidité (TCI) ;
- lecture et mise en œuvre de circulaires (3 089 pages pour 2002) ;
- mise en place particulièrement lourde de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT). Dans le cadre de la directive nationale d'orientation du 17 janvier 2002 et à partir d'une analyse de la situation régionale, elles ont en outre convenu de recentrer leurs actions communes autour de quelques priorités fortes, dont le détail suit.

Sécurité sanitaire

Outre la participation à la mise en place de lutte contre le bio-terrorisme, des campagnes de mesures des teneurs en radon ont été conduites dans les établissements recevant du public. Une étude métrologique a été finalisée sur le risque lié à l'amiante environnemental, tandis qu'étaient poursuivies les opérations de sensibilisation au risque du monoxyde de carbone.

Autre préoccupation : la réduction des risques infectieux. Un premier bilan des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) a ainsi été élaboré. La réflexion sur la lutte antivectorielle a conduit à la mise en place d'une cellule régionale d'évaluation et de suivi épidémiologique, tandis qu'une campagne de contrôle en matière de légionelles a été menée dans les établissements ouverts au public.

Ont aussi été contrôlées les activités de stérilisation des dispositifs médicaux et les conditions de fonctionnement des pharmacies à usage intérieur.

Actuellement, 4,6 % de la population corse est desservie par une eau de très mauvaise qualité bactériologique. Il appartient aux communes concernées de présenter un programme de travaux d'amélioration. Dans cette optique, les directions ont engagé des actions de sensibilisation et des campagnes systématiques d'information du public et des élus. Elles ont également aidé à la mise en place de périmètres de protection des captages.

Enfin, l'approvisionnement menacé de la Corse en oxygène médical a été sécurisé.

Priorités de santé publique

Plusieurs programmes régionaux de santé ont conduit à :

- l'installation d'un atelier Santé Ville à Ajaccio et à Bastia ;
- la réunion d'un comité technique régional pour mettre en place, dès 2003, un dépistage du cancer du sein ;
- l'élaboration d'un plan d'action jusqu'en 2007 portant sur la santé des jeunes en Corse ;
- la réactivation d'un plan de prévention contre les conduites addictives en Corse-du-Sud.

Enfin, le constat d'échec de la contraception en Corse a conduit à élargir la réflexion sur les nouvelles actions à mener.

Comme dans les autres régions, une consultation des acteurs sur les priorités de santé publique a été organisée dans le cadre de la préparation de la loi quinquennale de santé publique.

L'offre de soins

Les services ont été confrontés à des conflits sociaux quasi permanents dans les établissements. Ils ont cependant réussi à achever leurs travaux de planification concernant la santé mentale et les équipements lourds. De nombreuses actions ont également été menées :

- approbation du projet d'établissement du centre hospitalier de Bastia ;
- assainissement de la trésorerie de l'hôpital de Bonifacio ;
- actualisation de la situation budgétaire du centre hospitalier d'Ajaccio).

D'autres actions ont été engagées, comme la rénovation du centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone ou la formalisation du projet de l'antenne médicale urgente de Calvi.

Les directions ont également conçu de multiples projections financières dans le cadre du programme exceptionnel d'investissement (PEI) pour les opérations de santé.

Enfin, une analyse concertée avec les acteurs de la formation laisse entrevoir les améliorations nécessaires dans le domaine : évolution des quotas, création

sur le territoire de cursus pour infirmiers de bloc opératoire et pour cadres de santé.

Politiques médico-sociales

Avant constaté des retards d'équipements collectifs, la direction de la solidarité et de la santé de Corse et Corse-du-Sud (DSS) et la DDASS ont tenté de redynamiser, dans la limite de leurs compétences, les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées.

Dans le premier secteur, l'État a participé à l'ouverture d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 43 lits et à l'installation de 3 places d'hébergement temporaire. Trois projets de création et d'extension ont été co-instruits. Parallèlement, 4 structures hors normes ou non autorisées ont été fermées, après inspections conjointes avec les départements.

Cinq centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ont également été soutenus financièrement par l'État. Ces centres ont bénéficié d'une première évaluation par les comités de pilotage départementaux.

Enfin, la politique de médicalisation a conduit à la création de 36 places nouvelles de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et à la conclusion de quatre conventions tripartites.

En matière d'intégration des personnes handicapées, l'État a soumis aux partenaires, par un document régional, ses priorités en termes de planification pour les années à venir. De nouveaux équipements ont été autorisés et leur financement négocié pour une mise en œuvre en 2002-2003 : 21 places pour enfants autistes, 21 places d'instituts de rééducation, 46 places de services de soins à domicile (dont 20 pour troubles du caractère et de comportement et 26 pour déficients sensoriels), 19 places nouvelles de centre d'aide par le travail.

La politique nationale d'ouverture de sites pour la vie autonome a donné lieu à une évaluation des besoins en Haute-Corse. Un site a été ouvert à Ajaccio, sous l'égide d'une association regroupant l'ensemble des partenaires gestionnaires d'établissements. Dans cette même ville ont été regroupés dans une Maison du handicap la COTOREP, la CDES et le site pour la vie autonome (mise en place prévue au cours du premier semestre 2003).

Protection sociale

La réforme du Code de la mutualité a été mise en œuvre et celle du contentieux technique de la Sécurité sociale préparée avec les instances judiciaires. La convention d'objectifs et de gestion (COG) État/Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a également été évaluée à mi-parcours, en partenariat avec la DRASS de Provence Alpes Côte d'Azur, sur trois caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), dont celle d'Ajaccio. Parallèlement aux contrôles financiers menés pour la Cour des Comptes avec la Trésorerie générale, des inspections ont porté sur les prestations versées par les organismes de protection sociale au titre du revenu

minimum d'insertion (RMI) ou des accidents du travail. Certaines ont donné lieu à information du procureur.

Action sociale générale

Si le taux d'allocataires du RMI reste sensiblement supérieur à la moyenne nationale à la fin de 2002 (3,9 personnes couvertes pour 100 habitants contre 3,1), la politique menée conjointement avec les conseils généraux a permis une nouvelle diminution du nombre d'allocataires en 2002 (- 8,2 %) et un taux de contractualisation sensiblement supérieur au chiffre national (71,5 % contre 49,9 %).

L'augmentation du nombre de commissions locales d'insertion (CLI) a été actée et son financement obtenu. Une réflexion sur la redéfinition des territoires est en cours.

Tout en restant exorbitante du droit commun, la politique de contrôle de l'allocation par les caisses d'allocation familiales (CAF) a été réorientée.

Par ailleurs, les plans départementaux d'accueil des primo-arrivants sont en attente de contractualisation avec le Fonds d'action et de soutien à l'intégration et à la lutte contre les discriminations (FASILD).

Enfin, le dispositif d'aide à la parentalité, inscrit dans le schéma départemental de l'enfance en Haute-Corse, a été structuré et renforcé en Corse-du-Sud. Cette démarche publique forte a été menée parallèlement à :

- la négociation d'un plan d'action triennal de la DSS décliné en 3 objectifs stratégiques, 9 objectifs opérationnels et 44 actions ;

- une réorganisation en pôles de la direction ;
- la recherche de nouveaux locaux ;
- l'élaboration de fiches de postes, circuits de procédure et nouveaux plans de communication et de formation par le même service.

À noter : un site Internet commun à la DSS et à la DDASS a été ouvert en 2002.

Politiques hospitalières

Le projet d'établissement du centre hospitalier de Bastia, approuvé le 3 octobre 2002, s'organise autour de deux objectifs essentiels :

- la restructuration de l'offre de soins, en particulier par la mise en place d'un pôle cardio-vasculaire médical et chirurgical, le développement de la filière de soins gériatriques et de la prise en charge ambulatoire, le renforcement de la psychiatrie et l'organisation des spécialités dans les services de médecine ;
- la mise aux normes, notamment en matière de sécurité.

Enfin, deux schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ont particulièrement mobilisé les services de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) : ceux concernant les équipements lourds et la psychiatrie.

Le premier a notamment défini la carte sanitaire relative à :

- l'imagerie médicale (scanner et IRM) ;
- la médecine nucléaire (caméra à scintillation non munie de détecteur de positons) ;
- la radiothérapie (accélérateur de particules) ;

Ces documents ont été approuvés au début de 2003. Le SROS de psychiatrie s'est surtout concentré sur l'accessibilité et la qualité des soins, notamment par le développement des alternatives à l'hospitalisation, la mise en réseau des dispositifs, l'amélioration de la prise en charge des situations d'urgence, ainsi que celles des adolescents.

À ces réalisations s'ajoutent quelques objectifs spécifiques concernant la lutte contre les suicides, la prise en charge des personnes âgées et celle des détenus. Enfin, les travaux relatifs aux SROS insuffisance rénale chronique et réanimation ont été entamés ; ils doivent aboutir en 2003.

Des dispositifs pour développer l'accès aux droits

La délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) participe au financement d'un point de rencontre pour l'exercice du droit de visite, dans lequel se tiennent :

- une permanence d'accueil et d'information de personnes en situation de divorce ou de rupture de concubinage ;
- des consultations de médiation familiale.

Par ailleurs, sous l'impulsion de la DRDFE, le centre d'information sur les droits des femmes (CIDF) de Bastia gère un numéro d'appel gratuit 24 heures/24, afin de répondre aux situations de violence faites aux femmes.

EMPLOI

Une étude sur les conditions de la promotion de l'égalité des chances pour les femmes

Celle-ci a été réalisée dans le cadre du Document unique de programmation (DOCUP), en partenariat avec la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de Corse (DRTEFP). Elle a pour objectif de définir un dispositif d'actions concrètes pour promouvoir l'égalité des chances, concernant l'accès des femmes et leur participation à la vie active de la société dans toutes ses dimensions. Le domaine professionnel en constitue l'axe privilégié.

Une activité économique dynamique

La tendance positive, apparue en 2000 et confirmée en 2001, s'est poursuivie en 2002. Les perspectives apparaissent également encourageantes dans une conjoncture qui reste favorable.

Les bons résultats de l'activité touristique ont rejailli sur l'économie insulaire, même si les taux de croissance très élevés de 2001 n'ont pas été égalés.

Les principaux bénéficiaires de ce développement sont les services marchands (hôtellerie, transports, location

de voitures) avec une progression de 13,6 %. Le secteur agroalimentaire reste bien orienté, mais l'activité « travaux publics » est demeurée atone : la mise en œuvre du programme exceptionnel d'investissement reste en attente. En revanche, le dynamisme du bâtiment, soutenu par la construction, n'a pas fléchi.

La bonne tenue de l'activité profite au développement de l'emploi, surtout dans le privé où il progresse de 5,5 % entre 2000 et 2001.

Depuis 1997, le secteur privé a créé dans l'île environ 4 500 emplois. Pour la première fois, le nombre de postes dans le secteur privé dépasse celui des emplois publics ou semi-publics.

Cette progression est cependant contrariée par des tensions sur le marché du travail, dues aux difficultés de recrutement et au déséquilibre entre l'offre et la demande.

Pour les professionnels du secteur secondaire, en particulier, commence à se poser de façon cruciale le problème de l'attractivité des emplois dits manuels pour les jeunes en formation comme pour les demandeurs d'emploi. Le service public de l'emploi (SPE) régional participe donc à une large réflexion, associant les professionnels des secteurs concernés, l'Éducation et la collectivité territoriale de Corse : comment orienter ces publics vers des métiers dont l'image doit être valorisée ou revalorisée de façon urgente ?

Une attention particulière est également portée au problème de vieillissement de la population active. Une première étude sur ce sujet a été menée en 2002 par l'observatoire régional de l'emploi et de la formation (OREF) avec le concours actif de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et de la collectivité territoriale de Corse.

Baisse du chômage et recul de l'exclusion

À la fin de l'année 2002, le nombre de demandeurs d'emploi durable à temps plein (10 813) avait diminué de 10 % en un an, à l'inverse de la tendance nationale orientée à la hausse.

Le nombre des chômeurs de longue durée recule toujours plus sensiblement (- 21,3 %) : les mesures spécifiques de l'État de lutte contre l'exclusion continuent à conforter les embellies saisonnières de ces dernières années.

Le poids des minima sociaux demeure toutefois important : 12 555 personnes bénéficiaient du RMI à la fin de septembre 2002 et la précarité frappe 12 % de la population active, contre 7,8 % en France métropolitaine. Dans ce domaine, le SPE régional poursuit, en étroite concertation avec les collectivités concernées, une politique à long terme de passage de l'assistance à l'emploi. Ces publics prioritaires ont bénéficié en 2002 d'environ 2 000 places dans les mesures spécialisées pour l'emploi. L'Association pour le droit à l'initiative économique (ADIE), implantée depuis peu en Corse, a contribué en 2002 à la création de 82 entreprises par des demandeurs d'emploi ou des bénéficiaires du RMI.

Les résultats enregistrés sont encourageants :

- sur 2 ans, l'évolution du nombre de bénéficiaires du RMI affiche une diminution sensible (- 9,5 %) ;
- les bénéficiaires du régime de solidarité diminuent de 6,4 % en un an ;
- le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés régresse de 1,3 % sur un an.

La lutte contre l'exclusion est également confortée par un ambitieux programme d'actions de lutte contre l'illettrisme et la poursuite du programme TRACE (trajet d'accès à l'emploi) : ce dernier a accompagné vers l'emploi 41 % du public accueilli dans le dispositif.

Une approche territoriale de la politique d'emploi

La dynamique de développement et de l'emploi est portée par les potentialités et la valorisation des territoires. Le SPE régional est très attentif à cette dimension, autant pour les opportunités à saisir que pour les réponses à apporter. Il s'efforce de faciliter la mobilisation des acteurs à travers la réalisation des diagnostics locaux et l'élaboration de plans d'actions concertés. Leur mise en œuvre requiert la conjugaison de différents instruments d'intervention, dont notamment le contrat de plan et le DOCUP.

La consolidation des activités générées par le dispositif « emploi jeunes » constitue un des principaux enjeux en matière de développement local pour les services. Un partenariat a été développé dans ce domaine entre la DRTEFP, la Caisse des dépôts et les partenaires locaux, en particulier l'Office de l'environnement.

L'appui au dialogue social

Les relations sociales dans le secteur privé corse se singularisent par une conflictualité individuel-

le élevée et des conflits collectifs peu nombreux mais longs et bloquants pour l'économie locale.

L'emploi salarié est dispersé dans un nombre important de très petites entreprises, qui ne disposent pas de structures de représentation du personnel.

L'inspection du travail doit faire face à une présence importante du travail dissimulé en même temps qu'à une demande croissante des salariés en matière d'information sur leurs droits fondamentaux.

Dans ce contexte, les services se sont organisés pour développer la lutte contre le travail illégal en coordination avec les autres services de l'État compétents. Un projet de relogement des services du travail de Corse-du-Sud devrait permettre, à court terme, d'améliorer les conditions d'accueil, d'orientation et d'information du public.

Enfin, une session régionale de l'Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP), consacrée au dialogue social et au développement en Corse, a réuni entre décembre 2001 et juin 2002 une trentaine d'auditeurs issus du monde patronal, syndical et administratif ou d'entreprises publiques. Les propositions d'amélioration du dialogue social ont ensuite été formulées lors d'un colloque tenu à Ajaccio en juin 2002. Les services déconcentrés du travail étaient représentés dans cette session par trois cadres. Les premiers résultats de cette démarche sont encourageants :

- création d'une association regroupant les anciens auditeurs, dont l'objet est d'assurer la promotion du dialogue social dans l'île ;
- projet d'installation d'une agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail, ainsi que d'un institut du travail ;
- premières médiations dans des conflits collectifs assurées par des membres de l'association.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	260 196
Population active ayant un emploi (RP99)	85 608
Population salariée (RP99)	69 303
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	4 098
- Construction	6 951
- Tertiaire	35 583
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	10 813
- Femmes (en %)	49,7
- Moins de 25 ans (en %)	18,9
- Chômage Longue Durée (en %)	19,9
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	- 21,3
Taux de chômage 2002 (en %)	10,5
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	3 977
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	1 684
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	338
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	20 144
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	58 592

SANTÉ / SOCIAL

Une politique dynamique de santé publique

Dans le cadre de l'élaboration de la loi d'orientation en santé publique, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) a organisé, le 19 novembre 2002, une consultation régionale de santé. Cette instance a regroupé des acteurs et des partenaires du secteur. Sa mission était d'apprécier le processus actuel de détermination des priorités de santé, d'élaborer des propositions pour améliorer son efficacité et de définir des objectifs de santé prioritaires pour la région.

En relation étroite avec l'assurance maladie et les conseils généraux, la DRASS a également engagé la mise en œuvre du programme national de dépistage du cancer du sein. Le dispositif retenu a la particularité d'être géré par une structure interdépartementale unique, choisie en juillet 2002 : l'Association pour le dépistage des cancers (ADECA).

La DRASS, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et le Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES) du Doubs ont signé, à la fin de 2002, une convention en vue de la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS). L'objectif est d'adapter les orientations nationales au contexte local. Un comité technique régional de la nutrition a été constitué pour piloter ces travaux.

Les actions relatives à la lutte contre les drogues et les toxicomanies sont par ailleurs pérennisées dans l'ensemble des départements, notamment à travers l'élaboration de schémas départementaux (Haute-Saône, Jura...).

Le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) est en cours de réalisation. La priorité 2002 porte sur un diagnostic des actions et des structures existantes. Les volets départementaux du programme régional d'accès aux soins et à la prévention des plus démunis (PRAPS) continuent d'être mis en œuvre par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), en liaison étroite avec la DRASS. L'évaluation du PRAPS 1^e génération a fait l'objet d'une réflexion méthodologique et des travaux d'élaboration du PRAPS 2^e génération sont en cours.

Santé environnementale : de nombreuses actions

Dans le Jura, le Territoire de Belfort et la Haute-Saône des campagnes de prévention et de dépistage du saturnisme infantile (recherche de plombémie) ont été lancées auprès d'enfants résidant dans des logements potentiellement à risques. Une campagne de sensibilisation des médecins est actuellement en

préparation, en liaison avec l'Observatoire régional de santé (ORS). Dans les quatre départements, un important travail a également été mené en matière de lutte contre l'insalubrité, le saturnisme hydrique et celui de l'habitat.

La campagne de mesure et de travaux correctifs en matière de concentration en radon dans tous les établissements scolaires de Haute-Saône s'est en outre poursuivie.

Enfin, dans le Territoire de Belfort, l'ensemble des acteurs de l'eau ont bénéficié de la création d'un guide sur l'eau potable. Dans le Doubs, l'activité de prélèvement en vue du contrôle sanitaire des eaux a été déléguée.

Organisation de l'offre de soins

En matière de planification, l'année 2002 a été marquée par l'élaboration du schéma régional d'imagerie médicale et de médecine nucléaire. Piloté par la DRASS, en collaboration avec la Commission médicale régionale (CMR), il a été arrêté par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) en novembre 2002.

Les grèves des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes, ont nécessité de mettre en œuvre des procédures de réquisition dans les différents départements, mobilisant fortement les services.

Vigilance et sécurité sanitaire

Cette année, des travaux destinés à organiser un dispositif de prise en charge des risques exceptionnels ont été menés. À terme, l'objectif est de mettre sur pied une coordination régionale des surveillances et des vigilances et un appui technique mutualisé en cas d'urgence ou de crise.

Secteur social et médico-social : Observer, partager

La DRASS a joué activement son rôle d'observation sociale et d'élaboration de systèmes d'informations partagés avec les partenaires du secteur. Elle a ainsi participé aux groupes de travail de la mission d'information régionale sur l'exclusion (MIRE), créée en 2001.

En Franche-Comté, elle a élaboré un tableau de bord des données de la pauvreté et de la précarité, en liaison avec la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP).

L'étude qualitative sur l'utilisation de la mesure appui social individualisé (ASI), engagée en 2001, a été poursuivie et développée en 2002, en étroite concertation avec les DDASS.

Mieux aider les personnes en difficulté

En avril 2002, une mise en perspective régionale des schémas départementaux de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion a été présentée au comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS). Les capacités d'intervention en faveur des populations en grande difficulté et des demandeurs d'asile ont été renforcées, avec en particulier l'augmentation du nombre de places dans certains centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) : + 30 places en Haute-Saône, + 10 places dans le Jura...

Pour les publics précaires, le département du Doubs a veillé à la structuration d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des personnes en grande difficulté. Deux nouveaux CHRS ont également été ouverts en Haute-Saône et dans le Jura.

La 3^e journée consacrée au bilan de mise en œuvre de la loi contre les exclusions s'est par ailleurs tenue dans le Territoire de Belfort. Elle a associé l'ensemble des acteurs : État, collectivités territoriales, organismes de protection sociale et associations.

Personnes âgées et handicapées : planification et programmation

Les programmations annuelles ou pluriannuelles des structures pour personnes âgées ou handicapées se sont poursuivies, avec en particulier une augmentation des capacités des établissements et des services pour enfants et adultes lourdement handicapés (polyhandicapés, traumatisés crâniens...).

En Franche-Comté, 41 places d'accueil de jour ont été créées, ainsi que 14 places d'hébergement temporaire pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, 21 places de centres d'aide par le travail (CAT) et 92 places de services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées.

L'élaboration des schémas départementaux en faveur des personnes handicapées s'est poursuivie dans certains départements. Ainsi, dans le Doubs et le Jura, le schéma des adultes handicapés a été mis en place. L'objectif est de diversifier les prises en charge en établissements, mais aussi de développer l'accompagnement à domicile pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle des handicapés et le respect de leurs droits. Dans le département de la Haute-Saône, l'activité du site pour la vie autonome, l'une des rares structures de ce type réellement opérationnelle en France, s'est développée rapidement.

Les DDASS ont, en outre, poursuivi la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : 25 conventions annuelles tripartites (État, assurance maladie et conseils généraux) ont été signées.

Le dispositif des centres locaux d'information et de concertation (CLIC) a aussi été mis sur pied : 2 CLIC ont ouvert en Haute-Saône (Gray et Luxeuil), tandis que 3 sont opérationnels dans le Jura (Pays Lédonien, Nord-Jura et Triangle d'Or).

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées à domicile, un travail de réflexion est en cours avec les structures d'aide à domicile et les autres partenaires financiers. L'objectif est de présenter un plan régional de formation des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées, en lien avec la réforme du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD), désormais transformé en diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). Cent places ont été ouvertes pour l'année scolaire 2002-2003, afin de faire face aux importants besoins de formation dans la région.

Les DDASS ont également financé des postes d'auxiliaires de vie, notamment dans le Jura et le Territoire de Belfort.

En matière de formations sociales et paramédicales, 81 places supplémentaires ont été créées à l'Institut régional en travail social (IRTS) et 104 dans les huit écoles d'aides-soignants de la région.

Inspection, contrôle et évaluation

Les actions ont été menées principalement dans le cadre du programme annuel régional et interdépartemental. Coordonnées et animées par la mission interdépartementale de contrôle et d'évaluation (MICE), elles ont couvert les volets santé, protection sociale et action sociale.

En 2002, les principaux thèmes abordés ont été les suivants :

- la prévention et le dépistage des risques de maltraitance dans les structures recevant des personnes vulnérables : deux établissements pour enfants présentant des troubles du comportement et six maisons de retraite ont été inspectés ;
- les contrôles en matière de sécurité sanitaire : prévention de la transmission des agents de l'encéphalopathies spongiforme, désinfection des dispositifs médicaux, lutte contre la légionellose dans les établissements de santé, hémovigilance... ;
- l'évaluation de la déclinaison locale des conventions d'objectifs et de gestion (COG).

L'organisation des services

Au début de l'année, l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) ont été mis en œuvre par les cinq directions. Chaque structure a mis en place un système automatisé de gestion des horaires et de suivi de l'ensemble du dispositif.

La poursuite de la préparation du regroupement de la DRASS, de la DDASS du Doubs et de l'ARH dans de nouveaux locaux à Besançon a donné lieu, tout au long de l'année, à de nombreuses réunions de travail, notamment sur les aspects juridiques, les prévisions budgétaires, l'organisation fonctionnelle et le suivi technique de l'opération. Le déménagement dans de nouveaux locaux est prévu pour l'été 2003.

Une politique originale de développement des systèmes d'information

En 2002, l'agence a engagé et coordonné une politique originale de développement des systèmes d'information et de télé-médecine, qui fait de la Franche-Comté une région pilote en ce domaine.

Grâce aux appuis financiers des appels à projets nationaux « e-santé », divers projets ont été rendus opérationnels.

Ainsi, dans le cadre d'un réseau régional associant les services d'urgence de la région, la prise en charge des urgences neurologiques peut faire appel à la télé-expertise. La création d'un dossier minimum, partagé entre tous les réseaux de santé, a obtenu le consensus des professionnels. L'utilisation d'un « serveur identifiant patient régional » permet la circulation et le partage d'informations.

L'ensemble est fédéré au sein d'un portail régional accessible, selon divers niveaux d'autorisation, au grand public, aux professionnels de santé et aux acteurs des réseaux de santé franc-comtois. Les développements techniques sont effectués dans le respect de normes d'interopérabilité.

Cette politique est conduite en partenariat avec les établissements et les médecins hospitaliers et libéraux des réseaux de santé, avec le soutien de la préfecture de région et du conseil régional. Elle répond aux nécessaires évolutions des systèmes d'information hospitaliers. Le maillage territorial et fonctionnel ainsi créé permet, en recomposant l'offre hospitalière, d'assurer une meilleure continuité de la prise en charge des patients, une plus grande équité et un meilleur service aux usagers. Cette recomposition s'est poursuivie en 2002, avec notamment :

- la fusion des centres hospitaliers de Vesoul, Lure et Luxeuil, en Haute-Saône ;
- la création d'un centre périnatal de proximité et d'une hospitalisation à domicile en périnatalité à Gray, à la place de la maternité, qui a été fermée.

Contrats d'objectifs et de moyens : leviers de l'allocation de ressources

En matière d'investissement et de fonctionnement, et hors mesures liées à la réduction du temps de travail, l'agence s'est engagée dans la négociation de contrats d'objectifs et de moyens globaux. Ces négociations, conduites avec l'ensemble des établissements, ont été menées sur la base de projets d'établissements réécrits et adaptés aux objectifs du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS).

Sur les 28 établissements sous dotation globale de la région, 24 ont signé un contrat. Au total, les engagements budgétaires d'accompagnement s'élèvent à 8,57 M€ en 2002, dont 2,69 M€ non reconductibles.

Une modernisation largement engagée

À mi-parcours du SROS, l'offre régionale a été fortement modernisée.

Avec l'adoption du volet du SROS d'imagerie médicale et de médecine nucléaire, à l'automne, la Franche-Comté rattrape une partie de son retard, en dotant notamment la cancérologie de moyens thérapeutiques et de diagnostic adaptés. À ce titre, un PET-Scan a été installé. Cette modernisation a nécessité une amélioration des conditions de travail dans les établissements. En 2002, 18 accords locaux ont été conclus pour la mise en place de la réduction du temps de travail des personnels non médicaux.

Une mobilisation autour de la contraception en Franche-Comté

La campagne nationale sur la contraception a permis de mobiliser l'ensemble des partenaires, à travers les comités de pilotage départementaux coanimés par les DDASS et les délégations départementales aux droits des femmes et à l'égalité (DDFE).

En 2002, les membres du comité de pilotage ont choisi de profiter de différents événements – comme le Festival international de la musique (FIMU), les Eurockéennes de Belfort ou la Fête de la musique en Haute-Saône – pour sensibiliser les jeunes à la contraception. Des fascicules sur le sujet ont été distribués et des stands d'information installés. Le Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES), la direction départementale de la jeunesse et des sports (DDJSS), le Bureau info-jeunesse et le Centre d'information et de documentation sur les droits de la femme (CIDF) ont été partenaires dans chaque département. Par ailleurs, le 28 novembre 2002, une journée d'échanges autour de la contraception a été co-organisée par la mutualité française, la déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et le Centre d'information et de consultation sur la sexualité (CICS). Elle a réuni 120 professionnels à Besançon et a été précédée, la veille, d'une conférence de Martin Winckler destinée au grand public.

EMPLOI

Des équipes mobilisées au service de l'emploi

En Franche-Comté, les 200 agents de la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) et des directions départementales (DDTEFP) sont mobilisés pour :

- améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les entreprises ;
- participer à l'insertion et à la promotion des salariés et des demandeurs d'emploi ;
- encourager la création d'activités nouvelles.

L'inspection du travail et le service régional de contrôle de la formation professionnelle veillent au respect des dispositions légales. L'échelon régional apporte un appui technique en matière de sécurité et de santé au

travail, une logistique au service de la prospective et de l'anticipation, la définition des orientations en termes d'objectifs et de moyens, ainsi qu'une évaluation des résultats. Dans ce cadre, la DRTEFP gère les programmes du contrat de plan État-Région (CPER) et du Fonds social européen (FSE).

L'emploi en Franche-Comté

Le bilan de cette année est mitigé. Malgré un recul de l'emploi direct dans l'industrie, en partie compensé par un niveau élevé de recours à l'intérim dans ce secteur, les effectifs salariés se sont accrus de 0,4 %. Le nombre de demandeurs d'emploi (DEFM 1 + 6) inscrits en Franche-Comté a augmenté de 9,1 % en un an (+ 3 626 personnes). Les hausses les plus fortes concernent le Territoire de Belfort (+ 15 %) et le Jura (+ 12,9 %). Le taux de chômage est passé de 7,2 % à 7,8 % en un an.

Le nombre de chômeurs de longue durée - qui avait reculé de 55,4 % (- 11 091 personnes) entre 1997 et 2001 - s'est accru de 20,9 % (+ 1 864 personnes) en 2002, malgré l'intervention du service public de l'emploi. Le nombre de chômeurs de longue durée a particulièrement augmenté dans les bassins les plus industriels : Saint-Claude, Montbéliard, Morteau et Belfort.

Territorialiser, individualiser, mutualiser les moyens

La territorialisation de l'action en matière d'emploi a été poursuivie. À l'issue d'une journée de travail, organisée le 19 juin à Arbois par le service public régional de l'emploi, une charte régionale de la territorialisation a été signée par le DRTEFP et les directeurs régionaux de l'ANPE et de l'AFPA. Elle définit le cadre d'intervention des composantes du service public de l'emploi (SPE), en relation étroite avec les partenaires régionaux et locaux.

Les plans d'action locaux visent à consolider une offre locale de services aux demandeurs d'emploi, aux salariés, mais aussi aux entreprises confrontées à des difficultés dans la recherche de compétences ou dans le traitement de plans de sauvegarde de l'emploi. Toutes les composantes du SPE sont engagées dans la collecte des offres d'emploi par l'ANPE, la mise en place de réponses adaptées et la lutte contre les problèmes persistants de recrutement dans certains secteurs ou entreprises.

Par ailleurs, la création d'un service public de l'emploi interdépartemental sur le périmètre du pays de l'Aire urbaine traduit la volonté de faire coïncider le cadre de l'action de l'État et celui des acteurs territoriaux, au-delà des découpages administratifs. Pour la première fois en 2002, un diagnostic partagé entre les intervenants des trois départements a été réalisé. Il a donné lieu à la programmation d'actions concertées entre le Doubs et le Territoire de Belfort.

Conformément aux décisions gouvernementales, la politique de l'emploi a été davantage orientée vers le secteur marchand au cours du second semestre. Le contrat pour l'emploi des jeunes en entreprise, applicable à partir du 1^{er} juillet, a permis de recruter 814

jeunes dans des entreprises de la région, soit 4 % des contrats signés au plan national.

En matière de lutte contre l'illettrisme, des actions de formation ont été conduites sur 22 sites territoriaux. Un programme universitaire « illettrisme et apprentissages », sanctionné par un diplôme de l'université de Franche-Comté associée à l'université de Paris V, a été créé pour professionnaliser les formateurs. Une concertation avec tous les acteurs institutionnels concernés a été engagée, afin de mettre sur pied une coordination régionale.

Une politique ciblée de formation et de qualification des salariés

La politique contractuelle en matière de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences est un axe important des relations entre l'État, le conseil régional et les partenaires sociaux. En février 2002, les orientations régionales du dispositif ont fait l'objet d'une importante action de communication auprès des partenaires sociaux. L'enjeu était de rappeler la nécessité d'améliorer la qualification et l'accès à la formation pour les salariés les plus fragiles, mais aussi de sensibiliser chacun à son rôle en vue de réactiver l'emploi sur un bassin en difficulté. Une vingtaine d'entreprises ont, par ailleurs, bénéficié de prestations d'appui-conseil, dont 13 dans le cadre de l'accord régional signé en 2001 avec le MEDEF, au titre de la gestion des compétences.

Plusieurs accords ont également illustré la politique menée avec les branches professionnelles en matière de développement de l'emploi et de la formation. Dans le domaine de l'artisanat du BTP, un accord-cadre régional a ainsi été signé entre l'État et la profession, par déclinaison de l'accord national.

L'accord régional relatif aux maisons de retraite permet, pour sa part, d'engager des actions de validation des acquis de l'expérience et de professionnalisation des salariés de ce secteur.

Enfin, un projet collectif mobilisant douze entreprises du secteur des transports sanitaires a également été conventionné, afin de favoriser l'accès des salariés au certificat de capacité d'ambulancier.

L'engagement de développer la formation sur le Territoire de Belfort a été conclu pour la période 2001-2003. Il s'inscrit dans une démarche de prévention des difficultés économiques et de revitalisation d'un bassin d'emploi affecté par les restructurations industrielles. Dans ce cadre, 44 entreprises ont bénéficié des aides publiques, en vue de diversifier leurs activités et de renforcer les compétences de leurs salariés. La chambre des métiers a également soutenu un projet collectif élaboré par 19 très petites entreprises (TPE).

Des discussions ont, par ailleurs, été ouvertes, en 2002, sur un nouveau contrat d'objectifs professionnels dans la métallurgie et dans le secteur du bâtiment et des travaux publics. Des négociations sont aussi conduites dans l'agroalimentaire, ainsi que des travaux préparatoires à la signature d'un contrat d'objectif interprofessionnel.

En 2002, 11,4 M€ ont été programmés au titre du

Fonds social européen. Celui-ci est intervenu de manière substantielle dans le financement des actions de développement de la formation professionnelle, notamment dans la programmation de la mesure 6 de l'objectif 3 : « moderniser les organisations du travail et développer les compétences ». Ainsi, 72 entreprises et associations ont bénéficié d'un financement communautaire pour la mise en œuvre de leur plan de formation. Trois conventions cadres et trois projets collectifs ont également été conclus avec des organismes professionnels. L'ensemble des projets retenus concerne 3 859 salariés, dont 44 % de femmes. Près des deux tiers des bénéficiaires sont des salariés relevant du premier niveau de classification (ouvriers, employés). Dans le cadre du programme européen EQUAL, dont l'objectif est de lutter contre toutes les formes de discrimination et d'inégalité dans les domaines du travail et de l'emploi, des projets régionaux ont été retenus pour la période 2002-2005. Six opérations ont ainsi été financées. Elles concernent plusieurs domaines :

- l'insertion des travailleurs handicapés ;
- le développement de services d'utilité collective en zone rurale ;
- la prévention des discriminations au travail ;
- l'accompagnement des entreprises dans la prise en compte de l'âge et dans la gestion des ressources humaines ;
- la formation qualifiante des travailleurs temporaires entre les missions.

Enfin, l'année 2002 a vu, en Franche-Comté, le démarrage du dispositif d'information et de conseil en validation des acquis de l'expérience (VAE). Une journée de travail a été organisée le 8 octobre à Besançon, à l'attention des acteurs de la formation et de l'emploi. Une cellule régionale inter-services a également été créée. Des points relais-conseil seront mis en place au début de 2003.

Structuration du secteur de l'économie sociale et solidaire

Inscrite dans le projet territorial de l'État, la constitution d'un pôle régional de compétences pour le développement de l'économie sociale et solidaire s'est concrétisée en 2002. Le DRTEFP et le délégué régional au commerce et à l'artisanat ont réuni les services régionaux et départementaux concernés, dans le cadre d'appels à projet « dynamiques et solidaires ». Treize dossiers ont été soutenus. L'État a par ailleurs encouragé et accompagné la création d'une chambre régionale de l'économie sociale et solidaire, née en novembre 2002 de l'initiative des représentants du monde associatif, mutualiste et coopératif. Cette structuration a pour but de favoriser la dynamique interne et la reconnaissance d'un secteur important, notamment dans les services. Les activités créées ou développées dans le cadre du dispositif nouveaux services emplois jeunes (NSEJ) ont été consolidées. Au 31 décembre 2002, elles avaient déjà bénéficié à 2 905 personnes. Des actions sectorielles ont également été menées, notamment dans le

tourisme, et des diagnostics territoriaux ont permis la mise en place de dispositifs d'accompagnement dans le Jura et dans le Doubs.

Deux études ont par ailleurs été menées à bien cette année : une étude de la DRTEFP sur la localisation des activités et des emplois dans la région, et une étude de l'Observatoire régional emploi formation (OREF) sur les besoins et les actions de formation. Des conventions d'épargne consolidée ont en outre été conclues pour 362 emplois dans le secteur associatif. En matière de formation professionnelle, les objectifs définis dans le cadre de la politique de contrôle 2001-2002 ont été tenus.

Trente contrôles ont été effectués sur l'utilisation des fonds structurels européens relatifs à la programmation 1994-1999. Ils ont porté sur des dépenses d'un montant de 43 640 625 € et se sont traduits par 359 271 € de corrections financières et par de multiples mises en conformité.

Un contrôle approfondi de deux collecteurs de la taxe d'apprentissage, représentant un montant de collecte de 3 292 248 €, a été réalisé.

Une série de contrôles ciblés, portant sur les pratiques de formation dans le secteur du gardiennage et de la sécurité, a été menée de façon concertée avec trois autres régions volontaires. Ces actions se sont prolongées au niveau national, sous la forme d'un jeu de fiches intégré dans le guide du contrôle de la formation professionnelle.

Santé au travail et prévention des risques professionnels

La méthode franc-comtoise d'évaluation des risques, élaborée à l'initiative de la DRTEFP, a été actualisée en partenariat avec l'Union des industries métallurgiques et minières (UIMM), la Caisse régionale d'assurance maladie (GRAM) et le Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (FACT). Des actions d'information et de sensibilisation des entreprises, des représentants du personnel, des médecins du travail et des agents de contrôle de l'inspection du travail de la région ont été conduites, sous la forme de colloques départementaux. Plus de 600 représentants d'entreprises et de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ont participé à ces manifestations. Des actions collectives pluriannuelles 2002-2003 vont permettre d'approfondir cette approche avec les PME et les TPE des secteurs du BTP, de la métallurgie et de l'interprofessionnel. Un séminaire sur le stress au travail, organisé au cours de la Semaine européenne de la prévention des risques, a rassemblé plus de 100 personnes, le 24 octobre. Cette manifestation, alimentée de débats entre les préventeurs et les partenaires sociaux, a confirmé l'intérêt d'un travail concerté sur des sujets comme la charge ou l'organisation du travail, le harcèlement... Une cellule régionale de préventeurs s'est donc constituée sur le thème de la souffrance mentale au travail. L'objectif est de créer des indicateurs permettant aux entreprises de mesurer l'impact de l'organisation du travail sur la santé des salariés.

Des actions de contrôle de l'inspection du travail ont été ciblées sur la prévention des risques liés à l'utilisation des produits cancérigènes, notamment dans les secteurs de l'horlogerie et du traitement de surfaces. Un rapprochement et une collaboration avec l'inspection des établissements classés de la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) ont permis une analyse concertée et des interventions coordonnées sur la prévention des risques industriels les plus importants dans la région.

Par ailleurs, l'inspection médicale du travail a engagé, depuis plusieurs années, une action de suivi et d'analyse des pathologies professionnelles en Franche-Comté. Des études pluriannuelles sur les maladies indemnisées, les maladies à caractère professionnel signalées par les médecins, les maladies professionnelles allergiques ou celles liées à l'amiante ont été publiées cette année à destination de l'inspection du travail, des préventeurs (médecins du travail, CRAM) et des partenaires sociaux. Ceux-ci ont posé les jalons d'un Observatoire régional de la santé au travail (ORST), en application d'un accord signé au plan national en 2000.

Des métiers porteurs d'emplois pour les femmes de Franche-Comté

Une recherche-action sur l'orientation des femmes a été réalisée et pilotée en partenariat avec le conseil régional et la DRTEFP. Elle repose sur la volonté des femmes d'accéder à des métiers peu féminisés et sur le soutien des entreprises. Le but est d'identifier les processus qui fondent les identités professionnelles et d'adapter les outils pédagogiques permettant de transformer ces identités.

Dans le cadre d'une grande campagne de sensibilisation aux métiers du bâtiment, fondée sur un contrat d'objectif avec la fédération française du bâtiment, la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) a participé à la conception d'une cassette sur « les femmes dans le bâtiment », destinée aux organismes-relais et aux entreprises.

Le Centre européen de formation des compagnons du tour de France à Mouchard a également réalisé une campagne d'affichage, presse et télévisée, sur les formations dans les métiers du bois.

Enfin, la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB) a organisé une table ronde sur l'emploi féminin dans le bâtiment.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	1 117 059
Population active ayant un emploi (RP99)	430 068
Population salariée (RP99)	378 753
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	117 544
- Construction	20 900
- Tertiaire	151 283
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	36 531
- Femmes (en %)	50,1
- Moins de 25 ans (en %)	23,3
- Chômage Longue Durée (en %)	22,9
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	21,2
Taux de chômage 2002 (en %)	7,8
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	18 391
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	9 131
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	1 708
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	173 788
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	37 085

SANTÉ, SOCIAL

Réorganisation des services sociaux

La restructuration de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) en direction de la santé et du développement social (DSDS), actée en juillet 2001, a pris son plein effet en 2002. La nouvelle direction a notamment en charge, depuis le 1^{er} janvier 2002, les missions relatives à la protection sociale, à l'inspection régionale de la santé et à la formation des personnels. Elle a saisi cette occasion pour revoir son organisation sous forme de pôles (pôles social, santé et ressources). Cette décision a entraîné des mouvements importants de personnels à la fois internes et par mutation.

Les services ont donc dû s'approprier des missions nouvelles, tout en renforçant celles relatives à la tutelle sur l'offre de soins. Cette réorganisation s'est opérée dans un contexte difficile. La caisse générale de Sécurité sociale a en effet été confrontée en 2002 à la mise en œuvre très conflictuelle de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT), nécessitant l'intervention de la direction et de la Caisse nationale d'assurance maladie. Finalement, grâce à un protocole d'accord signé le 19 septembre 2002, la grève a été évitée et il a été possible d'attendre le jugement du tribunal d'instance pour interpréter l'accord ARTT précédemment signé.

Parallèlement, les comptes 2001 ont reçu un avis défavorable du comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC) : la CGSS n'avait pu effectuer les régularisations nécessaires, en dépit de l'accompagnement mis en place conjointement par la Trésorerie générale et la DSDS à la suite de l'avis favorable avec réserves émis sur les comptes 2000.

Enfin, les services ont dû aider la Caisse d'allocations familiales (CAF) et la CGSS dans la mise en œuvre de la loi d'orientation pour l'outre-mer.

Autre difficulté : la réforme du Code de la mutualité, dans le contexte d'une montée en charge toujours importante de la couverture maladie universelle (CMU). Cette réforme a un impact considérable sur le paysage mutualiste de la Guadeloupe, composé de nombreuses mutuelles de très petite taille : la dissolution de celles qui n'auront pas obtenu leur agrément pose ici un problème épineux.

Enfin, la DSDS a dû mettre en place très rapidement un plan de formation très lourd - en raison du nombre d'agents mutés ou ayant changé de service - sans que cet effort inévitable ait été pris en compte dans son budget. C'est ainsi que 131 agents sur 240 ont été formés en 2002, soit plus de 50 % de l'effectif. Face à l'urgence, la DSDS a fait appel, en plus des modalités classiques, à des formations actions sur les dossiers

animés par des agents de catégorie A ou B de la direction ayant l'expérience du domaine concerné. Elle a également privilégié des actions interrégionales au sein de la zone Antilles-Guyane.

La tutelle sur les établissements hospitaliers a constitué un vrai défi pour les services : la presque totalité des agents de ce service ont en effet très peu d'expérience en ce domaine. En outre, la gestion des dossiers avait pris des retards importants en raison des très grandes difficultés rencontrées par le centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre Abymes, le Centre hospitalier de Saint-Martin et le centre hospitalier spécialisé (CHS) de Montéran. Les effets des mesures prises pour accompagner ce service (formation, renforcement de l'effectif) ont commencé à porter leurs fruits dès la fin de l'année.

Dans le même temps, les relations entre la DSDS et l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ont été renforcées, grâce à la création de la commission des affaires hospitalières et de la commission de suivi des investissements. Le service du contrôle médical y a été également associé. La concertation entre les deux instances de tutelle s'en est ainsi trouvée améliorée. Enfin, le management au sein de la DSDS a été renforcé. Une démarche concertée de travail par objectifs a été mise en œuvre au sein des services à partir d'orientations stratégiques définies par la direction. Les cadres ont bénéficié de formations à cet effet. Cette démarche a eu l'avantage de rendre plus lisible l'action de la DSDS en interne et d'accentuer le travail en équipe au sein des services.

Grands chantiers nationaux des affaires sanitaires et sociales

Ceux-ci ont trouvé leur déclinaison en Guadeloupe dans diverses actions :

- le lancement de la réflexion sur la mise en œuvre du dépistage du cancer. Un rapport, présenté au comité régional des politiques de santé, définit l'épidémiologie et un projet d'organisation. La DSDS travaille à la sensibilisation des financeurs et des professionnels de santé. D'ores et déjà un accord est intervenu entre la direction, la CGSS, l'ARH, le conseil général et la Ligue contre le cancer. Il convient maintenant d'obtenir l'adhésion des professionnels au montage de la structure de dépistage ;
- la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), menée en concertation avec le conseil général et la CGSS, dans le cadre d'un comité de pilotage. La signature de conventions tripartites n'a toutefois pu intervenir, en raison notamment du retard mis par les établissements à produire leur auto-diagnostic, ne permettant pas à la Guadeloupe de bénéficier des moyens exceptionnels mis en œuvre par le ministère ;

- Dans le même temps, les services ont travaillé à augmenter l'offre médico-sociale : création d'un institut médico-professionnel (IMPRO) de 30 places, d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) de 50 places et d'un autre de 35 places, ainsi que d'un institut médico-éducatif (IME) pour artistes. Ils ont contribué également au développement de la coordination gérontologique, avec la création du premier centre local d'information et de coordination (CLIC) du département dans l'île de Marie-Galante. La Guadeloupe étant nettement sous-équipée, ces mesures étaient particulièrement attendues ;
- la décision de lancer le schéma régional de lutte contre le sida. L'élaboration d'un diagnostic a été confiée au Comité guadeloupéen de l'éducation pour la santé. En effet, la situation de l'île en ce domaine est particulièrement alarmante. Elle reste, avec la Guyane, le département d'outre-mer présentant la plus forte incidence de malades atteints par le VIH-sida : 2 698 patients ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie ; 117 nouveaux patients ont été pris en charge en 2002 et 1 077 sont suivis par le Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), dont 32 % d'étrangers. Ce dernier chiffre suppose de renforcer les actions de coopération avec Haïti sur la prévention et la lutte contre l'infection.
- la consultation en santé publique pour l'élaboration de la loi de programmation quinquennale en santé publique. La mobilisation des acteurs concernés s'est organisée autour d'un questionnaire diffusé aux professionnels sur la définition des priorités de santé, les objectifs opérationnels et leurs modalités de réalisation. D'autre part, environ 160 professionnels ont accepté de se rencontrer au sein d'ateliers, afin de préciser les besoins locaux en santé publique. Ont été retenues comme priorités : en premier lieu les accidents de la voie publique, l'abus d'alcool et l'hypertension artérielle ; puis la périnatalité (la mortalité périnatale stagne à un taux d'environ 15 pour 1 000 naissances vivantes depuis 1990, soit le double de la métropole), le diabète (faible mortalité, mais forte morbidité), le sida, le handicap et les inadaptations chez les jeunes ainsi que la toxicomanie au crack, la drépanocytose (12 % de transmetteurs sur le département et une union à risque sur 65), le cancer, en particulier ceux du sein, du col de l'utérus et de la prostate ;
- l'élaboration du schéma des formations sociales, validé par le comité de pilotage rassemblant l'ensemble des acteurs du domaine ;
- enfin, la lutte contre les pesticides. La direction en a profité pour conforter les actions partenariales menées avec la Direction des services vétérinaires, la Direction de l'agriculture et la Direction de l'environnement. Les services ont notamment travaillé à l'élaboration d'une stratégie commune qu'il conviendra d'étendre à la Martinique en 2003.

Gestion de crises sanitaires et de conflits

Crises sanitaires et conflits ont lourdement pesé sur le fonctionnement de la direction en 2002. On peut citer :

- la grève du CHU, qui a duré plus d'un mois. Deux inspections ont dû être diligentées afin de s'assurer de la sécurité des malades. La mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), intervenue à cette occasion, a également mobilisé les services. Elle devrait aboutir à l'élaboration d'un véritable plan stratégique de développement du CHU, portant à la fois sur ses missions - en particulier universitaires - son plateau technique, son projet immobilier et son programme social, qui devrait viser à réduire les tensions récurrentes au sein de l'établissement ;
- le non-respect des protocoles de stérilisation à la clinique « La Nouvelle Chirurgicale ». Celui-ci, constaté lors des inspections systématiques, a nécessité l'intervention de plusieurs services de la DSDS afin de circonscrire le risque sanitaire. Des mesures correctives immédiates ont été exigées, et l'ensemble des patients concernés par ces dispositifs médicaux stérilisés les mois précédents a été contacté ;
- la grève des salariés des mairies. Elle a eu des conséquences importantes sur le plan de l'hygiène en raison, là aussi, de sa durée ;
- la grève des salariés de la communauté des communes de Basse-Terre, Baillif, et Saint-Claude, qui a entraîné des perturbations fortes pendant près d'un mois dans la distribution de l'eau sur la zone. Le service santé-environnement de la DSDS s'est rendu en permanence sur le terrain pour contrôler la qualité de l'eau distribuée ;
- le conflit, signalé plus haut, portant sur la mise en œuvre de l'ARTT à la CGSS ;
- ceux, sporadiques, au CHS de Montéran, qui ont nécessité là aussi le déclenchement d'inspections, ainsi que l'intervention médiatrice de la DSDS ;
- les importants retards et dérapages financiers liés à la construction du centre hospitalier de Saint-Martin ou encore à la gestion financière de l'établissement. Ces problèmes ont là encore entraîné le déclenchement d'une inspection DSDS, ainsi que la saisine de la commission nationale de contrôle des marchés ;
- l'épidémie de dengue. Apparue à la fin de 2001, elle s'est poursuivie jusqu'en mars 2002. Plus de 2 000 cas ont été recensés, sans provoquer toutefois aucun décès. La lutte s'est organisée avec l'ensemble des partenaires - dont le conseil général - dans le cadre du comité de pilotage de lutte contre la dengue et les maladies transmissibles par les insectes ;
- après les États-Unis, la fièvre du West Nile constitue maintenant une menace réelle pour la Guadeloupe, dans la mesure où les sérologies pratiquées par les services vétérinaires sur les chevaux ont confirmé la circulation du virus. Les acteurs institutionnels - Direction des services vétérinaires (DSV), DSDS, Centre de coopération internationale en recherche agronomique (CIRAD), CHU, Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) et Institut Pasteur - se sont organisés au sein du groupe de travail sur les zoonoses arborifères. De même, le Comité national de pilotage (COPIL) « Dengue », associant les acteurs précités et les collectivités, s'est élargi aux maladies humaines transmises par les insectes.

Politiques hospitalières

Après consultation du comité régional de l'image-Arie, l'ARH a arrêté la carte régionale des équipements lourds (scanographes, IRM) et - avec l'appui du groupe de travail régional - celle des équipements de radiothérapie. Les autorisations découlant de ces nouvelles cartes - soit un équipement supplémentaire pour chacun des trois types d'appareils - ont été délivrées avant la fin de l'année 2002.

Pour l'application de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT), la répartition des emplois non médicaux (243 équivalents temps plein) a été systématiquement privilégiée. Il en a été de même pour l'ARTT des professions médicales.

Par ailleurs, l'agence s'est impliquée dans l'étude des besoins en formation paramédicale (infirmières, infirmières aide-anesthésistes et puéricultrices). Celle-ci débouchera, en 2003, sur une très forte augmentation des promotions de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Pointe-à-Pitre et sur la création des écoles interrégionales d'infirmières aide-anesthésistes et puéricultrices basées en Guadeloupe.

Établissements de santé privés

Lors de l'élaboration de la tarification 2002, l'ARH, en partenariat avec les représentants de la Fédération hospitalière privée, a achevé l'harmonisation, conduite sur trois exercices, des tarifs par discipline, opposables à toutes les cliniques de la Guadeloupe. Parallèlement, la maquette des contrats d'objectifs et de moyens résultant de l'application du décret 2002-780 du 3 mai 2002 a été élaborée, puis négociée avec les représentants de la Fédération hospitalière privée. Les contrats par établissement doivent être conclus, après négociations bilatérales, durant le premier semestre de l'année 2003.

Mobilisation des acteurs pour lutter contre les violences à l'encontre des femmes

Cette mobilisation est importante en Guadeloupe, grâce à l'impulsion donnée par la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE).

Ainsi, les associations locales, le sous-préfet et le maire de Saint-Martin ont décidé, à la suite d'une journée d'échanges et de réflexions, de développer un espace de parole pour les femmes victimes de violences.

Par ailleurs, dix-sept représentants de la Guadeloupe ont participé aux assises interrégionales de lutte contre les violences faites aux femmes, organisées en février 2002 par l'association Forces actives en Martinique. Il a été décidé, en conclusion des travaux, de créer un réseau régional et interrégional pour développer le partage de compétences et d'expériences novatrices et étendre l'aide aux victimes, notamment en matière d'hébergement.

Enfin, la DRDFE a soutenu une action de formation de professionnels du département, organisée par une association locale avec le soutien du Mouvement du Nid, sur la lutte et la prévention de la prostitution.

EMPLOI

Une conférence débat sur l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'emploi

Dans le cadre de la journée internationale des femmes de 2002, le Centre d'information sur les droits des femmes (CIDF) a organisé, avec le concours de la DRDFE, l'agence nationale pour l'insertion et la promotion des travailleurs d'outre-mer (ANT) et la ville du Moule, une conférence-débat sur le thème « Égalité des chances entre les hommes et les femmes ». L'objectif était de sensibiliser le public à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes dans le domaine de l'emploi ainsi que sur le rôle de l'ANT en matière de mobilité.

Formation professionnelle

L'étude menée dans le secteur de la sécurité a permis de préparer un projet d'accord-cadre sur les engagements départementaux de développement de la formation (EDDF). Cet accord n'a toutefois pu être encore signé, car le syndicat représentant les entreprises du secteur - l'Union professionnelle de prévention et de sécurité (UPPS) - connaît actuellement des problèmes de fonctionnement.

L'étude menée dans le secteur de la propriété a été menée à bien. Un accord EDDF, déjà élaboré, doit être signé dès que le plan de financement sera achevé (attente de l'accord du conseil régional).

Le secteur de la pharmacie a également lancé une étude qui s'est achevée en mars 2003. Un EDDF sera certainement envisagé.

Dans le secteur hôtelier, le bilan de l'année 2002 reste modeste et en deçà des prévisions. Les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) ont fait part de leur difficulté à mobiliser les responsables des structures dans ce domaine. Beaucoup d'hôtels ont reporté leurs actions sur l'année 2003. À noter cependant qu'en 2002, les hôteliers de Saint-Martin ont appliqué l'accord-cadre : 162 stagiaires ont pu suivre une formation pour un coût total de 75 139 €.

Dans le bâtiment-travaux publics (BTP), des actions de formation ont pu être mises en place. En raison d'un gel budgétaire, elles ont cependant dû être financées au titre de la politique contractuelle et par des aides du Fonds social européen (FSE).

L'AREF-BTP a fait part également de difficultés pour obtenir des plans de formation de la part des entreprises du secteur.

La lutte contre le travail illégal

Le Comité opérationnel de lutte contre le travail illégal (COLTI) a tenu une seule réunion plénière, le 12 novembre 2002, en raison du départ du substitut qui en assurait la présidence. Le bilan de son activité s'établit comme suit :

- 138 procédures reçues, dont 42 relatives à l'emploi d'étrangers sans titre ;

- 262 salariés concernés par ces procédures ;
- 9 % de ces procédures sont le fait de l'inspection du travail ;
- 5 actions de contrôle ont été programmées et conduites (inspection et Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociales et d'allocations familiales – URSSAF) : deux dans le BTP (chantiers), deux dans le commerce (Pointe-à-Pitre et Basse-Terre) et une dans le secteur du transport terrestre. Enfin, une dernière action, plus spécifique, a été menée lors de la manifestation marquant l'arrivée de la Route du Rhum : les stands du village artisanal ont été inspectés.

Projet initiative jeunes (PIJ) et création d'entreprises

En Guadeloupe, des dispositions spécifiques ont été prises en vue du suivi et de la pérennisation de ce dispositif. Ainsi, un cabinet conseil ou un coach de TPE (très petite entreprise) est chargé de suivre et d'assister le créateur pendant les trois premières années. En échange de sa prestation, un montant de 1 058 € est versé au cabinet conseil. Les 6 250 € restants de la subvention sont octroyés en deux tranches. En 2002, 740 entreprises ont été créées grâce à cette initiative. Les trois premiers mois de l'année 2003 enregistrent déjà un rythme mensuel de 67 créations d'entreprises, soit une prévision annuelle de 800 créations. Au sein des créateurs d'entreprises PIJ, environ 60 % sont des hommes (70 % en métropole). Près de 70 % sont des demandeurs d'emplois. Ces personnes sont concentrées vers l'âge limite du dispositif, le quart seulement ayant moins de 25 ans et la moitié 28 ans ou plus.

Les premières remontées du suivi par les cabinets-conseils et les *coachs* de TPE sur les années 2001 et 2002 (soit 18 mois) apportent les informations suivantes :

- sur les 1 165 entreprises créées, 1 045 sont effectivement suivies par des cabinets-conseils ou des *coachs* de TPE ;
- par tranche de 100 PIJ (soit 9 mois de moyenne de fonctionnement), on recense plus de 2 M€ de chiffre d'affaires, soit près de 2,7 M annuels de chiffre d'affaires pour des entreprises en démarrage. Cette somme est à rapprocher des 731 800 € de la subvention PIJ ;
- la moyenne de création d'emplois salariés s'élève à 1,7 emploi par entreprise PIJ, soit un ratio de 4 305 € par nouvel emploi salarié. 815 demandeurs d'emploi ont créé leur entreprise.

Fonds social européen : état d'avancement du programme

Au titre de l'année 2002, 61 projets avaient été instruits au 31 décembre. Le comité de programmation s'est réuni quatre fois au sujet du FSE. Les agréments ont donné lieu à 48 conventions de financement.

Parmi tous les dossiers traités, trois ont été définitivement rejetés pour non-éligibilité ou non-conformité. Globalement, le montant des projets agréés par le

comité de programmation s'élève à 34 254 541,80 € en coût total, soit 100,3 % de la maquette. La participation du FSE est de 19 555 793 €, soit 82 % de la maquette initiale. Ces chiffres valent pour l'année 2002 et toutes mesures confondues, à l'exception de l'assistance technique.

Comparativement à l'année 2001, on enregistre un taux global satisfaisant. Ceci, malgré la concentration, au cours du dernier semestre, des moyens d'instruction et de gestion sur les dernières opérations de clôture de la programmation 1994/1999.

L'analyse de l'état d'avancement par mesure révèle un niveau variable d'une mesure à l'autre. Certaines ont un faible niveau de programmation au terme de la période 2000-2002 ; il serait alors souhaitable de prendre des dispositions permettant d'amplifier l'effet de levier du FSE, afin de relancer le niveau d'engagement.

Parallèlement, les crédits devront être redéployés des mesures les moins sollicitées vers celles qui enregistrent un niveau d'utilisation élevé.

Formation professionnelle : des actions nouvelles

Lors de sa réunion du 23 janvier 2001, le comité directeur du Fonds pour l'emploi dans les DOM (FEDOM) a procédé à la répartition des différentes mesures d'insertion pour les départements d'outre-mer. Deux nouvelles mesures – PIJ Mobilité et allocation de retour à l'activité (ARA) – sont venues augmenter la charge de travail des agents.

Le PIJ bénéficie en Guadeloupe d'une dotation annuelle de 1 850 contrats : la moitié est affectée au volet PIJ Mobilité, l'autre étant allouée au PIJ Création. Cette aide se décompose en :

- une aide financière mensuelle (305 € pour la mobilité vers la Métropole ou les autres pays ; 152,5 € pour la mobilité au sein de l'archipel de la Guadeloupe, versée dans la limite de 24 mois) ;
- une aide à l'installation de 762 € versée sur le lieu de la formation.

Au 15 janvier 2003, la délégation du Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles (CNASEA) de Lille a versé à l'ANT de Guadeloupe 110 083,50 € pour 309 jeunes bénéficiaires du PIJ.

Quelques incohérences ont toutefois été constatées dans le traitement des dossiers. Aussi la direction du CNASEA a-t-elle diffusé, le 4 décembre 2002, des consignes pour documenter l'imprimé PIJ MO en cas de modification (durée du PIJ ou organisation de l'action de formation en elle-même). En 2002, 790 dossiers ont été traités.

Le groupe de travail pour la mise en application de l'ARA a été constitué le 20 novembre 2001. En font partie l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), la Direction des actions sociales du conseil général (DASD), la CGSS, la Caisse d'allocations familiales (CAF) et l'agence départementale d'insertion (ADI).

Un projet de convention de coopération a été proposé à la signature du préfet, intervenue le 28 novembre 2001.

La Caisse générale de Sécurité sociale est chargée de verser aux allocataires de l'ARA exerçant une activité une allocation forfaitaire de 228,7 € pendant 24 mois. Elle souhaite que la DTEFP, ainsi que l'ANPE, l'informent systématiquement des demandes de contrats aidés des bénéficiaires, pour assurer le non-cumul de l'ARA.

Entre cette date et le 25 mai 2002 une dizaine de réunions de travail se sont tenues. En avril 2002, le nombre de dossiers reçus et traités par la CGSS était de 33. Sur l'ensemble, 26 ont donné lieu à un accord. Sept mois plus tard, 63 dossiers avaient été traités par la CGSS et 56 avaient fait l'objet d'un accord.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	422 496
Population active ayant un emploi (RP99)	29,7 %
Population salariée (RP99)	23,9 %
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	6 833
- Construction	4 949
- Tertiaire	57 909
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	45 062
- Femmes (en %)	55,3
- Moins de 25 ans (en %)	12,8
- Chômage Longue Durée (en %)	50,9
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	5,6
Taux de chômage 2002 (en %)	-
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	3 234
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	5 970
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	2 417
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	18 876
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001 (chiffre global pour la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion)	5 370

SANTÉ, SOCIAL

De nouveaux services

Créée par décret du 2 juillet 2001, la direction de la santé et du développement social (DSDS) de la région Guyane assure désormais les missions dévolues en métropole aux directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS). Son fonctionnement effectif a débuté en 2002, année caractérisée par la montée en charge des départements et services. Constitués sur le modèle des DRASS de métropole, ces derniers ont été regroupés en trois pôles distincts.

Le pôle ressources internes

Ses effectifs ont bénéficié de l'arrivée de nouveaux cadres A (un directeur, deux médecins inspecteurs de santé publique, un inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales – IPASS –, un inspecteur des affaires sanitaires et sociales – IASS), B (une assistante sociale, deux secrétaires administratifs) et C (un agent administratif, quatre adjoints administratifs, dont deux recrutés par voie de concours déconcentré). Ce renforcement, rendu nécessaire par l'absorption des missions relevant jusqu'alors de la direction interrégionale de la Sécurité sociale (DIRSS), sera achevé au 1^{er} mai 2003.

Il faut noter également la présence régulière en Guyane de l'assistante sociale du personnel, compétente pour les DSDS des trois départements français d'Amérique (DFA).

Parallèlement, les moyens de fonctionnement ont été accrus. Malgré un budget largement grevé par la ligne déplacement, il a été possible de renouveler deux véhicules du parc automobile, d'acquérir une imprimante réseau couleur par site, de renouveler 10 postes informatiques et d'acquérir le logiciel de gestion de temps. Le système d'information a été modernisé (amélioration du trafic réseau, mise aux normes du câblage), et le parc informatique complété (nouveaux équipements pour les arrivants), voire partiellement renouvelé.

Enfin, la création de la DSDS guyanaise a coïncidé avec la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT). Il est toutefois encore trop tôt pour en évaluer les conséquences sur son fonctionnement et la mise en œuvre de ses nouvelles missions.

À noter cependant que le règlement intérieur local a été adopté par le comité technique paritaire (CTP), lors de sa séance du 28 mars 2002. Le système de gestion du temps de travail est en outre opérationnel depuis le 16 septembre 2002. Cette réforme a été menée de front, pour les agents de la gestion des ressources humaines, avec une autre, tout aussi essentielle pour la carrière des agents : le passage à l'application nationale Synergie RH.

Le pôle social

Dans le domaine de la lutte contre les exclusions, les services ont, cette année, déploré une baisse du nombre de mesures d'appui social individualisé, due à la défection d'un prestataire.

En revanche, une nouvelle structure d'hébergement d'urgence de 20 places été ouverte, ce qui porte à 78 places la capacité d'accueil totale.

Le dispositif du Fonds d'aide aux jeunes en difficulté a été transféré à la mission locale. La rapide montée en charge qui en a résulté se prolonge en 2003. Parallèlement, l'objectif TRACE (Trajet d'accès à l'emploi), fixé initialement à 600 places, a été largement dépassé : il a en effet concerné plus de 800 jeunes.

Autre mission : l'accueil des demandeurs d'asile, des réfugiés et des primo-arrivants. En 2002 ont ainsi été traités 452 dossiers de demande de regroupement familial.

Des négociations sont en cours pour créer 5 places d'accueil de demandeurs d'asile. Il est d'ailleurs à signaler l'absence de service social d'aide aux émigrants. La Commission technique d'orientation et de reclassement professionnels (COTOREP) a également été renouvelée :

- installation d'une classothèque ;
- affectation d'un adjoint administratif supplémentaire ;
- lancement d'une action de formation ;
- étude d'un projet de service entre la direction du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DTEFP) et la DSDS.

Afin de moderniser le secteur social et médico-social, le plan triennal 2001-2003 a été poursuivi et une institution pour déficients auditifs financée.

Les personnes âgées ont aussi été prises en compte : la direction a accompagné le Centre intercommunal d'action sociale de l'Île-de-Cayenne (CIASIC), afin de permettre le fonctionnement du centre local d'information et de coordination (CLIC).

La politique de maintien à domicile des personnes handicapées a été reconduite. Toutefois, malgré les 6 nouveaux postes d'auxiliaires de vie prévus par le programme pluriannuel 2001-2003, seuls 3 postes sur les 13 demandés étaient financés à la fin de 2002.

Enfin, il entre dans les fonctions de ce pôle d'améliorer le dispositif de protection sociale.

Les actions conduites en 2002 dans le secteur de la mutualité (immatriculation, agrément, élections au Conseil supérieur de la Mutualité - CSM - et au Comité régional de coordination de la Mutualité - CRCM) et de la réorganisation des tribunaux du contentieux de l'invalidité (TCI) n'ont pas rencontré de difficultés particulières.

Le pôle santé publique

Une cellule de veille sanitaire, mise en place à la fin de 2002, a permis la création de réseaux et engagé des études épidémiologiques sur le paludisme et la transmission de la tuberculose, ainsi qu'un pro-

gramme de surveillance spatiale épidémiologique de la dengue (S2E Dengue).

Par ailleurs, à la fin de 2002 a été lancé le programme d'inspection, de contrôle et d'évaluation, pour la période 2002-2004.

Le pôle s'est également chargé de développer les programmes de santé et de mettre en place la conférence régionale de santé.

Ainsi, les actions du programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS) 1^e génération relatives à l'accès aux droits sociaux et à la couverture maladie ont été poursuivies, avec la tenue de plusieurs réunions d'information. Les services ont également suivi de près l'activité des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et celle des associations agréées au titre de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide médicale de l'État (AME).

Par ailleurs, afin de combattre les pratiques addictives, un nouveau plan de lutte contre la drogue et la toxicomanie a été engagé en Guyane. Trois séminaires et six ateliers de réflexion ont mobilisé les professionnels sur la prévention, les soins et l'insertion des personnes dépendantes.

Dans le cadre des programmes d'actions en santé-environnement, des enquêtes ont été menées afin de mesurer l'imprégnation mercurielle des populations du Maroni et de Sinnamary.

La recomposition hospitalière a été poursuivie, à travers plusieurs opérations :

- 3^e tranche d'humanisation des lits d'hospice de l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni ;
- achèvement des travaux de l'unité de soins psychiatriques du centre hospitalier de Cayenne ;
- autorisation d'un scanographe au centre hospitalier de Saint-Laurent et d'un angiographe numérisé à celui de Cayenne.

Enfin, à la suite d'une épidémie de coqueluche sur la zone sud de l'Oyapock (Camopi), la direction a piloté une campagne de rattrapage vaccinal. Le centre hospitalier, le département et l'État ont œuvré en commun. Plus de 10 000 doses de vaccins ont pu ainsi être distribuées sur l'ensemble du territoire.

Contractualisation des établissements hospitaliers sous dotation globale

Le premier contrat de ce type a été signé le 28 mai 2002 avec le centre médico-chirurgical de Kourou, pour la période 2002-2006. Par ce contrat, dont l'objectif principal consiste à améliorer la qualité et la sécurité des soins, l'établissement a pris plusieurs engagements, notamment :

- de respecter les principes fondamentaux des droits des malades qu'il accueille ;
- d'améliorer sa gestion ;
- de participer aux actions favorisant l'accès aux soins des personnes défavorisées et aux réseaux mis en place dans le cadre des préconisations du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) : diabétologie, cardiologie et cancérologie.

En contrepartie, il bénéficiera d'une évolution de sa capacité (5 lits supplémentaires en médecine générale, 10 en pédiatrie-néonatalogie et 7 en gynécologie obstétrique) et de créations de postes étalées sur 5 ans.

Pour faire face aux surcoûts générés par ces opérations, l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) abondera la dotation globale de l'établissement d'un montant de 76 224,51 € chaque année, pendant 5 ans.

Le centre hospitalier de Cayenne a, pour sa part, adopté son projet d'établissement à la fin de 2002 : cet élément essentiel, attendu depuis près de deux ans, permettra d'envisager la signature de son contrat d'objectifs et de moyens (COM) en 2003. L'hôpital de Saint-Laurent du Maroni devrait adopter le sien prochainement.

Une formation pour préparer le diplôme d'auxiliaire de puéricultrice

La délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et la DSDS de Guyane ont constaté qu'une majorité des personnels des crèches et de garderies, exclusivement féminins, ne sont pas dotés d'un diplôme qualifiant, indispensable pour exercer les métiers de la petite enfance. Pour résoudre cette difficulté et maintenir dans leur emploi les 80 femmes concernées, un protocole de formation, d'une durée de cinq ans, a été signé entre la DRDFE et un institut guyanais de formation agréé par la DSDS. En 2002, 12 femmes ont ainsi suivi une formation, d'une durée de quatre mois et demi, préparatoire au diplôme d'auxiliaire de puériculture. L'ensemble des stagiaires préparera en 2003 le diplôme précité.

EMPLOI

Favoriser l'alphabétisation des femmes

De nombreuses femmes de multiples nationalités (Haïtiennes, Brésiliennes, Surinamaises, Dominicaines ou Péruviennes), en situation régulière dans le département de la Guyane, rencontrent des difficultés pour accéder à un emploi. Elles souffrent en effet d'un double handicap : un niveau souvent très bas de qualification et une non-maîtrise de la langue française. Pour résorber ces difficultés, la DRDFE et l'association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) de Guyane ont développé une formation d'alphabétisation d'une durée de quatre mois. En 2002, 15 femmes, orientées par les services de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), ont bénéficié de cette formation rémunérée.

Le développement de l'emploi

Cette année, la DTEFP de Guyane a centré son activité sur :

- le suivi des actions de la loi d'orientation pour l'outre-mer (LOOM) avec une montée en puissance sur les Projets Initiative Jeunes (PIJ) ;
- l'ambition de mieux répondre aux besoins d'insertion par l'activité économique ;
- la recherche de situations durables pour les emplois jeunes, avec la création d'une plate-forme de professionnalisation.

L'entretien et le développement des compétences et des qualifications

La concertation avec les partenaires sociaux a été engagée très tôt. Les services ont cherché à renouveler la convention interprofessionnelle, malgré les difficultés rencontrées avec l'instance représentative du patronat local.

Les premiers éléments de mise en place de la validation des acquis de l'expérience (VAE) ont été abordés. Des réflexions ont également été menées sur les actions de formation à travers différentes expertises de l'AFPA nationale. En corollaire, un contrat d'études provisionnelles (CEP) a été conduit avec la branche des organismes de formation.

La fluidité du marché du travail

L'activité du bâtiment-travaux publics (BTP) a cessé de connaître des moments difficiles : les services ont donc pu se consacrer à une lutte intensive contre le travail illégal. Celle-ci s'est déployée tout azimut, particulièrement sur le secteur de l'activité minière, avec le début des opérations Anaconda. Les professionnels de la riziculture, confrontés à des besoins d'introduction de main-d'œuvre saisonnière, ont été fortement encouragés à réfléchir au recours à la formation et à la mise en place d'un groupement d'employeurs.

La lutte contre la sélectivité du marché du travail

La mission locale a poursuivi son implantation sur le territoire, dans un partenariat concret avec l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE). Parallèlement, la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) a fait l'objet d'un projet de service afin d'optimiser son fonctionnement. Des permanences sont ainsi envisagées pour recevoir le public en dehors de Cayenne. Enfin, la mise à l'étude d'une création d'atelier protégé

a concrétisé la réflexion sur les modalités d'accueil des personnes handicapées. Cap emploi a été pressenti pour activer, avec le concours de l'Association gestionnaire des fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH), sa cellule de maintien sur le programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH).

La protection dynamique des salariés

Le diagnostic local a été approfondi, tandis que les contrôles ont repris un rythme à plus soutenu, en particulier sur la deuxième section.

Les actions de lutte contre le travail illégal n'ont pas eu qu'un caractère spectaculaire : les employeurs ont également dû répondre de leur programme de prévention. Le service s'est soucié en particulier des conditions de travail du port du Larivot.

La stimulation du dialogue social

Les études en vue de la session extérieure de l'Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP) sur le dialogue social ont été approfondies. Les différentes commissions mixtes en exercice ont poursuivi leurs travaux. Celle du BTP n'a cependant pas réussi à conclure un avenant « salaires » important.

Le secteur a connu peu de conflits, malgré une légère reprise par rapport à l'année précédente. La grève de Primistère a longtemps occupé le service.

L'information et l'accueil du public

Avec de nouveaux bureaux, un redéploiement des services et des effectifs enfin au complet, l'accueil a été nettement amélioré. Toutefois, cette satisfaction a été tempérée en fin d'année avec le non remplacement d'un agent d'accueil parti en retraite.

Enfin, il reste à envisager définitivement la construction de locaux, compte tenu des arrivées programmées.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	157 213
Population active ayant un emploi (RP99)	27,7 %
Population salariée (RP99)	23,1 %
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	2 447
- Construction	1 918
- Tertiaire	12 565
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	11 816
- Femmes (en %)	53,0
- Moins de 25 ans (en %)	14,0
- Chômage Longue Durée (en %)	35,5
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	18,7
Taux de chômage 2002 (en %)	-
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	788
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	3 610
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	243
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	3 424
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001 (chiffre global pour la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion)	5 370



SANTÉ, SOCIAL

Garantir un haut niveau de sécurité sanitaire

En relation avec les partenaires institutionnels, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) élabore, met en œuvre et évalue la politique régionale de santé. Elle assure des missions d'information et de prévention des risques, d'inspection et de contrôle dans le secteur pharmaceutique et celui de la veille sanitaire. Dans ce domaine, quatre axes ont été prioritaires en 2002 :

- l'analyse de l'organisation et de l'activité des comités de lutte contre les infections nosocomiales (contractées en milieu hospitalier) ;
- l'instruction des demandes d'autorisation des pharmacies hospitalières pour les préparations hospitalières stériles ou non stériles, la stérilisation du matériel médical, la préparation des médicaments pour les essais pharmaceutiques et la préparation de médicaments radio pharmaceutiques : 252 avis ont été rendus par les pharmaciens inspecteurs, qui se sont traduits notamment par 11 refus d'autorisation totale ou partielle pour la stérilisation des dispositifs médicaux, et de 12 pour les préparations hospitalières et les préparations rendues nécessaires pour les essais ;
- la sécurité de la distribution des produits sanguins. La mise en conformité des dépôts de produits sanguins labiles dans les hôpitaux et cliniques éloignés des centres de distribution de l'Établissement français du sang (52 % des dépôts ont obtenu l'autorisation réglementaire contre 1 % en 2000) et le suivi du taux de traçabilité des produits sanguins pour un maintien de ce taux au plus haut niveau possible ont été poursuivis ;
- la qualité de l'eau. En matière d'eaux de consommation, une attention particulière a été portée à l'information, grâce à la création d'un site Internet (www.ile-de-france.sante.gouv.fr/santenv/index_se.htm). Celui-ci informe sur les caractéristiques de l'eau distribuée chez le consommateur, rappelle la réglementation et les responsabilités de chacun sur les émissions de pollution à quelque niveau que ce soit. Par ailleurs, le contrôle d'une douzaine de fontaines publiques franciliennes a montré l'absence de légionelles. Ceci confirme le risque très réduit, grâce aux traitements appliqués à l'eau en recirculation pour détruire les algues et du fait que les jets d'eau ne sont, en général, pas producteurs de panaches avec brumisation.

Définir les priorités de santé publique

Plusieurs manifestations importantes se sont déroulées en 2002 :

- la 6^e conférence régionale de santé a réuni plus de 600 personnes le 8 février 2002, sur le thème de la

souffrance psychique des jeunes. Elle a été précédée d'un atelier préparatoire propre aux professionnels dans le département des Hauts-de-Seine et suivie par l'organisation d'un colloque sur la prévention du suicide. L'État soutient plusieurs actions de promotion de la santé visant à repérer ces phénomènes et à les prendre en charge ;

- une consultation régionale, organisée le 22 novembre 2002 pour préparer le projet de loi d'orientation en santé publique, a permis de présenter l'état des connaissances sur les principaux problèmes de santé (sida, tuberculose, saturnisme infantile, obésité juvénile) et les facteurs de risque (pollution) en Île-de-France ;
- deux séminaires réunissant chacun plus de 100 personnes se sont tenus en 2002 pour préparer le schéma régional d'éducation et de prévention en santé. L'objectif poursuivi est de consolider dans la région un service d'éducation à la santé.

L'offre de soins hospitaliers publique et privée

Dans le cadre des missions de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), la DRASS participe à l'élaboration de l'offre de soins hospitalière (planification, financement, autorisations).

L'année 2002 a été marquée par la réalisation du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital. Il insiste sur la prévention des risques et le développement des réseaux ville-hôpital pour favoriser le maintien à domicile. Il soutient le développement des consultations de gériatrie, des centres experts pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, des unités de géronto-psychiatrie et d'une formation adaptée du personnel. Des travaux de planification ont également été conduits dans les domaines de la chirurgie infantile, de la cancérologie (pour une meilleure identification des structures habilitées) et de l'imagerie (voir infra, « Réorganisations hospitalières »).

Renforcement de l'accueil des personnes handicapées

Très déficitaire en matière d'équipement pour les enfants et les adultes handicapés, l'Île-de-France a poursuivi les efforts de rattrapage, grâce aux crédits alloués au titre de la programmation pluriannuelle. Ceux-ci correspondent à une mesure nouvelle de 26 M€ en 2002. 529 places pour enfants handicapés ont ainsi été créées en 2002, soit :

- 138 places dans les structures pour enfants ;
- 75 places dans les structures pour autistes ;
- 325 places dans les services d'éducation spéciale et de soins à domicile.

Le schéma régional des personnes handicapées adultes, qui propose le développement des structures d'accueil,

a été arrêté par le préfet de région en décembre 2002. Une meilleure prise en charge des personnes handicapées passe par un renforcement des liens entre les structures médico-sociales et les établissements de santé. Pour cela, la DRASS et l'agence régionale de l'hospitalisation ont organisé un colloque en juin 2002, qui a permis de rassembler les professionnels des deux secteurs. Ce rapprochement devrait se traduire par l'ouverture en Île-de-France d'un centre de ressources et d'un réseau de santé en faveur des traumatisés crâniens.

Personnes âgées

La réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) engagée depuis 2001, et qui doit s'étaler jusqu'en 2005, vise deux objectifs : promouvoir une démarche de qualité dans les établissements et mettre en place la réforme de la tarification rendue possible par l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). Au 31 décembre 2002, 120 conventions tripartites avaient été signées par l'État, les établissements et les conseils généraux. Cet effort supplémentaire de 35 M€ doit accroître la médicalisation par l'Assurance maladie, et concerne 10 % des 1 167 établissements franciliens recensés.

La DRASS soutient également le maintien à domicile des personnes âgées par la création de nouvelles places dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et par le développement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) gérontologique. Ainsi, 662 places de SSIAD ont été financées en 2002 à hauteur de 5 M€, portant la capacité totale à 9 333 places et le taux d'équipement régional à 14,67 % des personnes âgées de 75 ans et plus (taux national de 15,67 %).

255 900 € ont été attribués sur des crédits État pour financer 19 nouveaux CLIC en faveur des personnes âgées. 25 CLIC sont déjà labellisés en Île-de-France, dans la mesure où ils disposent de guichets d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et de prise en charge des situations complexes qu'elles peuvent rencontrer. Par ailleurs, une journée d'échanges interrégionale sur les CLIC, placée sous l'égide de la DRASS, de l'administration centrale, des institutions régionales et des coordonnateurs de CLIC, a permis de faire connaître et de capitaliser les expériences menées en Île-de-France et en région Centre.

Enfin, 310 places d'accueil de jour et 136 places d'hébergement temporaire ont été créées en 2002 pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, représentant un financement de l'assurance maladie de 3,5 M€.

L'avancement du contrat de plan État-Région (CPER)

Le CPER s'est fixé l'objectif de soutenir par des aides à l'investissement le plan de renforcement de l'équipement pour les personnes âgées et les personnes handicapées, ainsi que sa modernisation.

Fin 2002, le taux d'exécution des engagements de l'État atteignait 26 % pour le secteur des personnes handicapées (six opérations réalisées, représentant 340 places, pour un montant de 4,9 M€) et 25,3 % pour le secteur des personnes âgées (sept opérations réalisées, représentant 787 places, pour un montant de 8,4 M€).

Prise en charge de la précarité

En trois ans, l'Île-de-France a considérablement augmenté sa capacité d'accueil en urgence : de 4 746 places fin 1999 à 7 288 places fin 2002 (soit une augmentation de 53 %).

En 2002, 58,7 M€ ont été mobilisés pour le financement des dispositifs d'hébergement, d'accueil de jour et de veille sociale.

L'année a également été marquée par le démarrage du schéma régional de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. S'appuyant sur les schémas départementaux du même nom, il favorise, sur des problématiques communes à tous les départements franciliens, l'émergence d'une réflexion dans les domaines suivants :

- urgence sociale et « interdépartementalité » du 115 (le « 115 », ligne téléphonique d'accueil et d'aide pour les personnes sans-abri, est un numéro d'urgence fonctionnant 24h/24 et 365 jours par an. S'adressant en priorité aux personnes les plus vulnérables, il apporte une réponse effective et de proximité à tout appelant) ;
- formation et qualification dans le secteur de la lutte contre les exclusions ;
- harmonisation des pratiques et coordination des acteurs ;
- insertion et accès à l'emploi, au logement et à la santé.

Par ailleurs, devant l'augmentation rapide de demandeurs d'asile en Île-de-France, un dispositif exceptionnel, piloté par la DRASS, a été mis en œuvre. En 2002, il portait sur :

- la création de 600 places d'hébergement en centre d'accueil pour les demandeurs d'asile et accueil d'urgence pour les demandeurs d'asile (CADA/AUDA) ;
- la stabilisation depuis 6 mois environ du nombre de familles de demandeurs d'asile dans Paris ;
- l'accueil en province d'environ 1 500 demandeurs d'asile « parisiens » dans le cadre du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile, soit 60 % des décisions d'admission nationales.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2001-2003 a retenu parmi ses priorités l'accès aux soins des personnes résidant en habitat collectif ou précaire (dont les personnes vivant en foyer de travailleurs migrants). L'action est à développer sur l'ensemble de la région avec le concours de l'assurance maladie.

Une autre initiative est à noter : celle des ASV, ou Ateliers Santé Ville. Un ASV s'efforce de réduire les inégalités sociales de santé, en favorisant l'accès à la prévention et aux soins des publics citadins en situa-

tion de précarité. À la suite de la circulaire du 13 juin 2000, la région Île-de-France a été choisie pour expérimenter cette démarche avec la région PACA. Le département de Seine-Saint-Denis s'est fortement impliqué en raison de problèmes sociaux importants, d'inégalités de santé caractérisées et d'une forte motivation des élus et des professionnels locaux sur ces enjeux. Après un premier bilan favorable en 2002, cette démarche a donc été poursuivie. Le développement des ASV a été accompagné par l'État sur des crédits du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité à hauteur de 152 500 €.

Développer et faire évoluer la formation

Le schéma régional des formations sociales 2001-2005, arrêté le 19 juin 2002 par le préfet de région, a pour objectif d'adapter l'appareil de formation des travailleurs sociaux dans le cadre d'une concertation accrue entre l'État, les collectivités territoriales, les centres de formation, les organisations syndicales, les employeurs et les organismes paritaires collecteurs agréés.

À la rentrée 2002, l'État a financé 617 nouvelles places de formation (dont 268 pour les éducateurs spécialisés, 113 pour les assistants de service social et 100 pour les auxiliaires de vie sociale).

Dans le secteur paramédical, la mise en place du certificat de capacité d'ambulancier aménagé a enregistré 535 inscrits en 2002. La DRASS et les trois rectorats franciliens (Paris, Créteil et Versailles) ont collaboré étroitement afin de faciliter l'accès aux écoles de formation d'aides soignantes, d'auxiliaires de puériculture et d'infirmiers.

Les relations avec les organismes de Sécurité sociale

La DRASS contrôle également les organismes de Sécurité sociale. Elle évalue les résultats des conventions d'objectifs et de gestion négociées au niveau national. Enfin, elle assure le secrétariat du contentieux de l'incapacité et des affaires de sécurité sociale, chargés de traiter les recours déposés par les assurés.

Ainsi la DRASS a-t-elle réalisé en 2002, en concertation avec les caisses d'allocations familiales (CAF) de la région, un bilan de la mise en œuvre du dispositif des contrats temps libres, instaurés par la CAF en 1998. L'objectif est d'aider les communes à développer l'offre de loisirs pour les jeunes de 6 à 16 ans.

En outre, l'évaluation à mi-parcours de la convention d'objectifs et de gestion conclue en 2000 entre l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour une durée de trois ans a porté sur trois thèmes : le contrat pluriannuel de gestion, la qualité de service et l'efficacité de la Caisse. Elle a concerné les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de la Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne et des Yvelines. Parmi les actions innovantes engagées par les CPAM,

il faut citer notamment la mise en place des plateformes téléphoniques : elles centralisent les appels destinés aux différents centres de paiement, afin de réduire le délai d'attente et d'améliorer la qualité de la réponse aux assurés.

L'année 2002 est la seconde année d'exercice du comité régional d'examen des comptes (COREC). Dans ce cadre, la DRASS a participé au contrôle de 42 organismes (dont quatre dans d'autres régions que l'Île-de-France). En Île-de-France, 11 contrôles ont porté sur les caisses du régime général des salariés (CPAM, CAF, Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ou URSSAF), 14 sur les caisses maladie et vieillesse des régimes des professions indépendantes, 13 sur les caisses maladie et vieillesse des régimes spéciaux. Au vu des rapports, le COREC a prononcé, au titre de l'exercice comptable 2001, 38 avis favorables, avec ou sans recommandations, 3 avis favorables avec réserves et un défavorable.

Dans le secteur de l'assurance vieillesse, la DRASS a suivi le dossier de la fusion, au 31 décembre 2002, de trois des six caisses ORGANIC (régime d'assurance vieillesse des commerçants et industriels) d'Île-de-France, qui forment désormais deux nouveaux organismes interprofessionnels (ORGANIC Paris-Hauts-de-Seine et ORGANIC Francilienne). Le but est à la fois de rationaliser le découpage géographique du fichier des ressortissants de la région et de réduire les coûts de gestion.

La déconcentration de l'URSSAF de Paris-Région parisienne est entrée dans une phase opérationnelle, depuis la signature le 17 juillet 2002 d'un avenant spécifique à la convention d'objectifs et de gestion – COG – entre l'État et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, tête de réseau des URSSAF. En liaison avec le ministère des Affaires sociales, la DRASS accompagne l'organisme dans cette démarche de délocalisation progressive de ses services dans les départements, en vue d'améliorer l'efficacité de la fonction de recouvrement et la relation avec les cotisants.

Nouveau Code de la mutualité

La mise en place du Code de la mutualité prévue par l'ordonnance du 22 avril 2001 a entraîné trois opérations essentielles :

- les élections au comité régional de coordination de la mutualité et au conseil supérieur de la mutualité. Le comité régional a été installé le 30 mars 2002. La DRASS en assure le secrétariat et participe à ses travaux ;
- de juin à décembre 2002, la gestion des dossiers d'immatriculation au répertoire national des mutuelles de 529 organismes mutualistes ;
- l'instruction des 92 dossiers de demandes d'agrément et de trois demandes de fusion relevant de la compétence du préfet. Cette procédure d'agrément devrait se poursuivre au moins jusqu'en septembre-octobre 2003.

Réorganisations hospitalières

En 2002, l'agence régionale d'hospitalisation d'Île-de-France a poursuivi l'élaboration des volets du SROS II.

Ainsi, les recommandations du volet personnes âgées à l'hôpital ont-elles été achevées et publiées. Elles seront complétées en 2003 par des annexes opposables, à l'issue d'une concertation par bassin de vie et du recueil des propositions de mise en œuvre par les établissements de santé de la région.

Le volet imagerie, initié en 2002, devrait être achevé au cours de l'année 2003. Sont intégrées, dans les réflexions, la situation actuelle et les perspectives d'évolution de l'imagerie libérale francilienne. Dans l'attente des recommandations définitives de ce volet du SROS et en raison du retard important de la région en matière d'équipements d'imagerie lourde (inférieurs de moitié à ceux dont disposent les autres capitales européennes pour une structure démographique identique), les indices relatifs aux IRM ont été desserrés. Concernant les scanographes, les choix de développement de l'agence régionale, initiés les années précédentes, ont été poursuivis.

L'ARH a conduit de nouveaux travaux de planification dans le cadre de volets élaborés les années précédentes (urgences, cardiologie). Pour l'accueil et le traitement des urgences, le directeur de l'agence a souhaité en 2002 qu'un groupe d'experts élabore des recommandations en matière d'urgences pédiatriques. L'organisation proposée permettra de mieux répartir l'accueil des enfants aux urgences avec une prise en charge généraliste des problèmes les plus fréquents et, chaque fois que nécessaire, l'avis d'un pédiatre.

Le SROS II a retenu les pathologies cardiologiques et vasculaires comme prioritaires en région Île-de-France. Dans ce cadre, deux rapports ont été achevés en 2002 : l'un concernant les sténoses carotides doit aboutir à la tenue d'un registre carotide et l'autre prévoit la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Sur ce dernier sujet, un coordinateur a été nommé pour le compte de l'agence, afin de mettre en place, à titre expérimental, des filières de soins.

Enfin, des travaux préparatoires ont été lancés au niveau régional en vue de l'élaboration d'un SROS 3^e génération ; ils concernent la démographie des professionnels de santé, le niveau territorial de planification, les données épidémiologiques régionales, le financement du SROS, la participation des usagers. La préparation du volet psychiatrie a été lancée.

Allocation des ressources

La région Île-de-France a poursuivi l'application des priorités de santé qui guident sa politique budgétaire dans le cadre de la péréquation interrégionale. Ainsi, au regard d'une enveloppe médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) en progression de 1,86 % (hors réduction du temps de travail) au titre du budget primitif, les moyens consacrés aux activités de psychiatrie et à celles de soins de suite ou de réadaptation ont progressé de 2,18 %.

Relations sociales

À titre des relations sociales, la mise en place de l'aménagement et réduction du temps de travail (ARTT) médicale et la préparation de la mise en œuvre de l'ARTT non médicale ont fortement mobilisé les équipes de l'agence.

Par ailleurs, et à titre expérimental, une cellule d'orientation et d'information des personnels de laboratoires a été installée en partenariat avec les fédérations hospitalières des établissements sous dotation globale. Les évolutions de ces secteurs seront anticipées et permettront d'accompagner les personnels dans leur projet professionnel.

Enfin, pour faire aux enjeux démographiques posés par l'exercice de la profession d'infirmière en Île-de-France, une étude démographique ainsi qu'un plan régional d'urgence de formation et de recrutement proposant différentes mesures de court terme et de moyen terme ont été élaborés.

Prévention des mariages forcés, contraints ou arrangés

Entendre et venir en aide aux jeunes filles confrontées au risque d'être mariées contre leur gré s'est imposé comme une nécessité dans une région qui accueille un nombre important de familles d'origine maghrébine, turque, africaine, pour lesquelles le projet matrimonial relève d'une décision de la famille, du clan ou de l'ethnie. Les filles confrontées à cette contrainte sont de plus en plus nombreuses aujourd'hui à s'y refuser et à demander du secours. Dans le cadre de la commission départementale d'action contre les violences à l'encontre des femmes, la sous-commission « Information et prévention des violences sexistes » de Seine-Saint-Denis, avec le soutien actif de la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), a élaboré et mis en œuvre des actions de formation des professionnels en contact avec les jeunes. D'abord réservées aux personnels des services sociaux et médicaux de l'Inspection académique, ces formations ont été ensuite proposées à l'ensemble des travailleurs sociaux.

La qualité et la pertinence de cette organisation ont conduit à promouvoir des actions de même nature dans les autres départements d'Île-de-France, coordonnées par les chargées de mission départementales (CMD) et l'association GAMS (Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles). À la fin de 2002, plus de 500 personnes avaient bénéficié de ces formations.

EMPLOI

Un ouvrage sur la création d'entreprise par les femmes en Île-de-France

La DRDFE Île-de-France a édité en juin 2002 un fascicule intitulé *Créer et entreprendre. Les conditions de l'insertion des femmes par la création d'entreprise*. Ce document s'appuie sur une expérience de dix ans dans l'accueil, la formation et l'accompagnement de femmes en situation de précarité devant l'emploi souhaitant créer une entreprise ou une activité indépendante. Pendant cette période, 3 500 créatrices ont été accompagnées ou formées par l'institut IRFED-Europe. Une recherche-action, réalisée par 300 d'entre elles, a permis de mieux déterminer les facteurs contribuant à la réussite de leur insertion par la création d'une activité économique. Ce document est exclusivement destiné aux partenaires institutionnels qui ont à traiter de la question de la création d'entreprise.

Il constitue la dernière parution de la collection « Femmes emploi Île-de-France » de la préfecture d'Île de France, dirigée par la DRDFE. Ont déjà été édités : *Parcours d'insertion professionnelle pour les femmes. Quelles conditions de réussite pour les parcours d'insertion des femmes de faible niveau scolaire ? Réussir l'insertion des publics en difficulté. Les atouts d'un accompagnement à la formation et pour une pédagogie de l'élargissement des choix professionnels des femmes. Des méthodes et des expériences pour réussir.*

Favoriser l'accès de tous à l'activité et à l'emploi

L'année 2002 s'est traduite par une dégradation conjoncturelle, spécialement pour ce qui concerne les jeunes, les chômeurs de longue durée et les cadres. Les dispositifs en faveur du marché du travail ont cependant produit de réels effets. Ainsi, en direction des personnes fragilisées ont été conclus 23 388 contrats emploi solidarité, 8 075 contrats emploi consolidés, 18 395 stages d'insertion et de formation à l'emploi, 1 686 stages d'accès à l'emploi et 1 600 postes pour travailleurs handicapés dans les ateliers protégés. Le programme trajet d'accès à l'emploi (TRACE) a concerné, en quatre ans, 25 000 jeunes fragilisés (dont 9 000 en 2002).

1 749 embauches ont été réalisées dans les structures d'insertion (entreprises, associations...).

En complément de ces interventions, le Fonds social européen (FSE) a participé à un retour à l'emploi de publics en difficulté et au maintien professionnel de salariés peu qualifiés.

Développement de l'activité sur un territoire

3 501 chômeurs franciliens ont bénéficié de l'aide de l'État (aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise-encouragement au développement

d'entreprises nouvelles – ACCRE-EDEN), en vue de la création de leur entreprise.

Dans le domaine des emplois de service aux particuliers, les 653 structures agréées ont salarié 29 000 personnes avec une durée de travail moyenne de 17 heures par semaine.

Enfin, les activités Nouveaux services emplois jeunes (NSEF) ont été consolidées : 40 % des jeunes dont le contrat est arrivé en fin d'aide de l'État (secteur associatif) ont été embauchés en contrat à durée indéterminée (CDI).

Le nouveau « contrat jeune en entreprise » (loi du 29 août 2002) a permis la signature de 3 200 contrats en Île-de-France, soit 12 % de ceux conclus au plan national.

Développement des compétences et qualification des salariés

Une cellule régionale inter-services d'information-conseil en matière de validation des acquis de l'expérience (VAE) a été créée pour les jeunes et les demandeurs d'emploi de faible niveau. L'accès aux diplômes, titres ou certifications leur est ainsi facilité.

Des accords régionaux de formation ont été conclus dans le cadre de l'engagement de développement de la formation (EDDF) avec les artisans du bâtiment et des travaux publics, les ambulanciers, le textile-habillement et la métallurgie. Des efforts ont été accomplis en direction des salariés ne maîtrisant pas les savoirs de base.

Cependant, dans le secteur marchand, les entrées dans les divers contrats de formation ou d'insertion par l'alternance ont baissé : 92 697 contrats pour 99 014 en 2001.

Favoriser le dialogue social

Dans ce domaine, les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ont traité 9 000 accords d'entreprise ou d'établissement (salaires, emploi, épargne salariale, ARTT). En matière de RTT dans les entreprises de moins de 20 salariés, les services territoriaux ont réalisé des démarches d'appui-conseil (actions collectives, conventions avec les chambres consulaires...) et passé 9 conventions avec des branches professionnelles (transports sanitaires, bâtiment, réparation automobile, imprimerie).

Enfin, des actions régionales ont été menées pour relancer la participation des salariés aux élections prud'homales 2002. Par exemple, une journée de rencontre a été organisée avec l'ensemble des acteurs institutionnels locaux.

Santé et sécurité au travail

Dans le champ de la politique du travail, l'action des services a concerné principalement la santé dans les entreprises.

Ainsi, en juin 2002, un séminaire a débattu sur le rôle de l'Inspection dans le cadre de la protection de l'intégrité physique des salariés.

En septembre, une journée de branche a fait le point sur les conditions de travail dans les secteurs hôtels-cafés-restaurants.

D'autres travaux ont porté sur la prévention des dangers à effets différés, liés à l'exposition aux produits et substances cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (amiantes, plomb, éthers de glycol).

Les entreprises à risque ont été recensées et contrôlées. Ces actions ont été conduites avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) et le Service technique interdépartemental des installations classées (STIIC) dans une trentaine d'établissements franciliens.

Enfin, pour lutter contre les accidents du travail, 300 arrêts de travaux ont été prononcés sur les chantiers. L'enquête nationale SUMER a également été réalisée : les médecins du travail ont analysé les répercussions de la RTT sur la santé des salariés.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	10 952 011
Population active ayant un emploi (RP99)	5 042 724
Population salariée (RP99)	4 582 866
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	630 033
- Construction	234 128
- Tertiaire	3 073 878
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	501 533
- Femmes (en %)	45,1
- Moins de 25 ans (en %)	13,1
- Chômage Longue Durée (en %)	29,7
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	18,1
Taux de chômage 2002 (en %)	8,7
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	147 830
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	41 348
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	22 332
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	2 224 446
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	124 982

SANTÉ - SOCIAL

Soutenir les professions paramédicales

La région Languedoc-Roussillon se caractérise par un fort taux de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) et de chômeurs, mais aussi par une progression de la part des personnes âgées. Dans ce contexte, priorité a été donnée à la professionnalisation des différents intervenants sociaux.

Parmi les mesures prises, un schéma régional des formations en travail social, conçu comme outil d'accompagnement des politiques sociales, a été édité en 2002. Il cherche à mieux répondre aux besoins des populations en adaptant le dispositif existant.

La région a également été site d'expérimentation pour la mise en œuvre de la validation des acquis de l'expérience (VAE) et le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale.

Maintenir à domicile les personnes âgées et handicapées constitue un autre axe de travail de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Dans ce but, elle participe activement aux engagements départementaux de développement de la formation (EDDF), afin de professionnaliser les salariés de ce secteur.

Enfin, les besoins en infirmiers, aides soignants et masseurs kinésithérapeutes ont été actualisés.

Préserver la qualité de l'environnement et améliorer le cadre de vie

Les inondations de septembre 2002 ont très fortement mobilisé les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Gard et de l'Hérault. Il a en effet fallu gérer les conséquences de ces pluies exceptionnelles sur les réseaux d'eaux de consommation.

Plus globalement, les DDASS de la région ont engagé une politique d'amélioration de la qualité de la fourniture d'eau potable. Sur ce thème, des actions de communication ont été lancées auprès du grand public : réalisation de bilans de qualité sur 2 à 5 ans selon les départements et élaboration d'une fiche d'information des usagers jointe à la facture d'eau.

Dans le domaine de l'air, une enquête éco-épidémiologique de l'habitat a été menée sur la région. Ce travail doit cerner les connaissances et les pratiques du grand public sur les pollutions atmosphériques à l'intérieur de la maison. Ses résultats seront publiés dans le courant de 2003.

Les services se sont aussi impliqués dans la résorption de l'habitat indigne : le département de l'Hérault est pilote dans ce domaine. Les Pyrénées-Orientales ont, pour leur part, élaboré un plan départemental d'éradication.

Améliorer l'offre de soins

La mise en place du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) et la recomposition de l'offre de soins ont été poursuivies.

Les services ont activement travaillé sur le schéma des services mobiles d'urgences (SMUR) rattachés aux établissements hospitaliers disposant de services d'urgence agréés. Ce schéma a pu être finalisé en 2002.

Afin de mieux coordonner les aspects sanitaire et médico-social de la politique régionale en direction des traumatisés crâniens - de la prise en charge de l'urgence jusqu'à la réinsertion -, un comité de pilotage régional a été installé.

Au-delà de l'implication traditionnelle des services dans l'instruction des projets d'établissements et des contrats d'objectifs et de moyens, l'année 2002 a aussi été marquée par la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) médicale dans le secteur hospitalier.

Enfin, d'importants chantiers ont été engagés pour améliorer l'offre de soins :

- reconstruction du centre hospitalier de Perpignan ;
- restructuration de l'hôpital local de Bédarieux ;
- réhabilitation des services de soins intensifs, de neurologie et de neuro-pédiatrie de l'hôpital Guy de Chauviac à Montpellier ;
- transfert du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nîmes sur Carémeau ;
- constitution d'un pôle médico-chirurgical à Marvejols, visant à reconstruire sur un même site la clinique et l'hôpital public.

Renforcer la sécurité sanitaire

C'est une préoccupation majeure pour l'ensemble des directions. La DRASS a ainsi créé deux nouvelles structures :

- la cellule CINESST a pour mission d'assurer une veille scientifique et réglementaire sur les infections nosocomiales et les encéphalopathies spongiformes en milieu hospitalier ;
- la cellule de lutte contre les événements exceptionnels (Biotox) répond à l'objectif d'élaborer les procédures de prévention et de réaction face aux risques nucléaires, bactériologiques et chimiques (NBC), dans le cadre de la zone Sud-Est (PACA, Corse, Languedoc-Roussillon).

Par ailleurs, 78 inspections ont été menées dans l'ensemble des établissements hospitaliers publics et privés de la région, afin d'instruire les demandes d'autorisation des activités facultatives des pharmacies des établissements sanitaires : stérilisation, radiopharmaceutique, essais cliniques, préparations hospitalières (décret du 26 décembre 2000).

Enfin, la DDASS de l'Hérault a dû gérer un épisode de cas groupés d'infections par le virus de l'hépatite C au centre d'hémodialyse de Béziers.

Développer la prévention et l'éducation à la santé

Le plan « Cancer », mis en place en 2002, a pour l'objectif de généraliser les campagnes de dépistage des cancers du sein et colo-rectal. L'ensemble de la région devrait être couvert en 2003.

Une conférence de santé s'est réunie le 26 février 2002 sur le thème de l'alimentation-nutrition. Elle a abouti à un plan d'action visant un double objectif :

- sensibiliser le grand public sur les comportements alimentaires respectueux de la santé ;
- améliorer la coordination de la prise en charge des personnes obèses et en surpoids.

Dans le domaine de la périnatalité (suivi de la grossesse et de l'accouchement), l'effort a porté, en lien avec la commission régionale de la naissance, sur la communication, avec l'ouverture d'un site Internet et la mise en place d'un dossier médical unique utilisable par les professionnels. Par ailleurs, le réseau des maternités a été évalué pour l'agence régionale d'hospitalisation (ARH).

L'insécurité routière fait également l'objet d'un programme régional de santé. De nombreuses actions de terrain ont été soutenues et accompagnées en 2002 autour des axes prioritaires suivants :

- alcool et conduite (prévention à la sortie des discothèques et lors des fêtes locales, formation des barmans...);
- éducation à la santé et à la citoyenneté (actions menées par les foyers de jeunes travailleurs, la Mutualité française, Familles rurales...), afin d'agir sur les comportements à risque en voiture.

La DRASS s'est impliquée dans la préparation de la loi d'orientation quinquennale en santé publique. Un schéma régional d'éducation pour la santé a été lancé afin d'organiser, dans une approche territoriale, l'éducation pour la santé avec la population, les acteurs de terrain et les professionnels de santé. Cette démarche, validée par le comité régional des politiques de santé présidé par le préfet, associe les principaux décideurs et financeurs : État, collectivités territoriales, ARH, Assurance maladie et mutuelles.

Par ailleurs, les DDASS de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales et de l'Aude participent activement aux programmes départementaux de prévention des addictions.

Mieux répondre aux personnes handicapées

Les besoins en équipement pour enfants handicapés ont été chiffrés et un projet de plan de rattrapage régional finalisé. L'ensemble des constats souligne les déficits importants de la région et les nécessaires efforts à réaliser dans ce domaine. Des problèmes de sécurité se posent dans l'Aude du fait de la faiblesse des ratios d'encadrement.

Les structures favorisant le maintien à domicile des enfants handicapés (services d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD) ont bénéficié d'une priorité dans la programmation des crédits de l'enveloppe attribuée à la région. En 2002, le financement « assurance maladie » affecté à cette action s'est élevé à 454 000 €. Sur 3 ans, il est prévu d'investir 1,362 M€.

Une enquête auprès de 2 350 personnes lourdement handicapées vivant à domicile a été lancée par la DRASS, afin de mieux connaître les besoins et les attentes de ce public.

Le département de la Lozère a également été désigné site pilote pour la réforme des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Dans le Gard, l'année 2002 a vu la montée en charge du dispositif « site pour la vie autonome » : un guichet unique destiné à faciliter les démarches des personnes en situation de handicap (soutien technique et financier).

Dans l'Hérault, enfin, une cellule de gestion « handicap et soins infirmiers à domicile » a été mise en place.

Améliorer la prise en charge des personnes âgées

La mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'est poursuivie. Une sensible amélioration institutionnelle se dessine :

- 52 conventions ont été signées entre les établissements, les conseils généraux et l'État pour un montant de crédits « assurance maladie » de 3 M€ ;
- la région a connu une montée en charge des centres locaux d'information et de communication (CLIC) ;
- dans l'Hérault, le partenariat étroit avec le conseil général a permis la finalisation du schéma gérontologique 2003-2007.

Renforcer la démarche de solidarité et lutter contre les exclusions

Notre région se caractérise par un taux important de précarité (chômage, minima sociaux). Les directions sont donc fortement mobilisées pour poursuivre et renforcer les mesures et dispositifs issus de la loi de lutte contre l'exclusion.

Les travaux préparatoires au programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2^e génération ont débuté au cours du 2^e semestre 2002. Le volet « prévention » a été renforcé, avec l'élaboration d'un cahier des charges régional.

La mise en œuvre, dans chaque département, des schémas de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion des personnes en grande précarité a mis en lumière les efforts accomplis mais aussi l'importance des besoins à satisfaire notamment dans le département de l'Aude.

Enfin, pour accompagner vers l'emploi les publics en difficulté, la DRASS a développé des réseaux de parrainage et participe au service public de l'emploi régional (SPER).

Améliorer la politique hospitalière

La région Languedoc-Roussillon comprend 2 387 874 habitants (projection au 1^{er} janvier 2003, soit + 0,97 % par rapport au 1^{er} janvier 2002), mais avec de très fortes disparités départementales (147 habitants au km² dans l'Hérault contre 14 en Lozère).

Les indicateurs socio-économiques défavorables et le taux de chômage supérieur à la moyenne nationale entraînent une précarité sociale. En termes d'emplois, le secteur santé est sur-représenté.

À la fin de l'année 2002, la région dispose de 20 664 lits et places installés dont 10 446 en court séjour.

Durant l'année 2002, l'ARH a poursuivi son travail d'élaboration et de mise en œuvre des différentes annexes du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS), en particulier dans les domaines des urgences, de l'imagerie, de la cancérologie et de la médecine. Son action a été particulièrement ciblée sur la permanence des soins et les urgences, autour de quatre priorités :

- faire progresser la régulation médicale : charte régionale de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins ;
- développer les coopérations et affirmer les complémentarités ;
- accroître l'accessibilité des secours d'urgence et de réanimation pour la population ;
- adapter les moyens à l'activité.

Dans cet esprit, l'agence, l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et l'union régionale des médecins libéraux (URML) se sont fixé comme objectifs communs d'améliorer l'accès de premier recours au dispositif de soins et de développer les liens entre médecine générale et hôpital afin d'optimiser les urgences. Les solutions d'organisation ne sont pas uniques mais plurielles : elles se déclinent au niveau départemental, voire local, et sont formulées par les professionnels eux-mêmes.

Pour conforter les expériences déjà menées dans la région et les développer sur d'autres sites, l'agence et l'URCAM ont lancé, dans le cadre de la dotation régionale au développement des réseaux, un appel à projets sur l'amélioration de la permanence des soins et des urgences en zones rurales isolées (caractérisées par une population âgée, un mauvais accès aux soins, une mortalité plus élevée que la moyenne régionale et des densités de population très faibles). L'objectif est de mettre en œuvre des actions comme la régulation médicale libérale des appels téléphoniques, les maisons médicales de garde libérales, la coordination des cabinets de ville (cabinets groupés...), les centres de consultations avancées, etc.

En outre, l'agence a mis en œuvre une politique dynamique de renforcement des moyens matériels et humains de l'ensemble des services d'urgence. Celle-ci porte en particulier sur :

- le renforcement des antennes saisonnières des services mobiles d'urgence (SMUR), afin de mieux répondre aux besoins en période estivale ;
- la création, dans les cinq ans, de deux antennes

permanentes supplémentaires dans des zones en difficulté d'accès aux soins ;

- le développement des réseaux de médecins correspondants SMUR (médecins généralistes libéraux intégrés dans le réseau pré-hospitalier du service d'aide médicale urgente – SAMU – départemental) dans les Pyrénées-Orientales et bientôt en Lozère et sur d'autres sites.

Un appel d'offre régional d'harmonisation de la qualité technique des prestations de transports a donc été publié. Ce dispositif s'entend aussi dans le cadre d'une régulation sanitaire, dès 2004, des hélicoptères d'urgence pour la région : il s'agit d'optimiser les coûts en rationalisant l'action des cinq centres 15 de la région par des conventions inter-SAMU prévues dans le schéma des SMUR. L'ensemble de ces dispositions a été acté dans le schéma des SMUR élaboré avec les professionnels.

En outre, toutes les activités liées aux urgences ont été particulièrement ciblées dans la répartition des postes créés au titre de l'ARTT médical (57 % des postes créés) et dans l'attribution de moyens nouveaux au titre de la dotation régionale (+ 1 690 000 €).

Ainsi cette priorité régionale du SROS a pu être accompagnée en 2002 de façon significative.

Appréhender le phénomène prostitutionnel

Une journée d'étude sur le thème : « Prostitution, regards croisés sur les pratiques » a été organisée pour la première fois en novembre 2002, par le Comité de liaison et de coordination des services sociaux de l'Hérault, en partenariat avec la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), de la DDASS et de Languedoc-Mutualité.

Cette journée a permis aux professionnels de l'action sociale de l'Hérault de partager leurs expériences et réflexions sur ce champ spécialisé, dans trois ateliers de travail consacrés aux thèmes suivants :

- en amont de la rencontre, la question de nos représentations respectives ;
- de la rencontre à l'accompagnement ;
- du traumatisme à la prostitution : trajectoires, réparations.

Les différents intervenants se sont également réunis autour d'une table ronde intitulée « Entre l'impasse et l'issue, quelles perspectives ? ».

EMPLOI

Réfléchir sur le travail et l'emploi

La DRDFE participe à la conférence régionale du Travail, seule instance de ce type existant en France et organisée sous la forme d'une réunion tripartite des syndicats salariés, patronaux et de l'État autour de thèmes de travail. La première conférence s'est déroulée en février 2001 et la deuxième devrait se tenir dans le courant du premier semestre 2003. Entre les deux conférences, trois groupes de travail ont été constitués sur les thèmes suivants :

- la santé au travail (création en cours d'un observatoire) ;
- le travail saisonnier dans l'agriculture et le tourisme ;
- l'égalité professionnelle.

Une plaquette pour les élections prud'homales et un document servant de base pour rencontrer les branches professionnelles et les employeurs ont été réalisés.

Cerner l'environnement socio-économique

Le Languedoc-Roussillon comptait 2 340 000 habitants en 2001. Depuis 1990, la population s'est accrue de 20 000 habitants par an : le rythme annuel de croissance est de +0,9 %, soit presque deux fois et demie la moyenne des régions françaises.

La région développe plus particulièrement des activités de services, en réponse à la croissance démographique et à l'évolution de la consommation des ménages. La prédominance de petites entreprises est très marquée. Le taux de création d'entreprises reste largement supérieur au taux national, mais le taux de survie est plus faible.

Malgré l'augmentation de l'emploi, plus forte qu'au niveau national, le taux de chômage de la région reste le plus élevé de France.

Affermir l'ancrage territorial pour l'accès de tous à l'activité et à l'emploi

Le programme trajet d'accès à l'emploi (TRACE) s'est poursuivi en 2002. 3 711 jeunes ont fait l'objet d'un suivi, dont :

- 39 % sont en emploi sous contrats aidés ou d'alternance ;
- 15 % suivent des actions de formation ;
- 46 % font l'objet d'accompagnement en vue d'une recherche d'emploi.

Par rapport au reste de l'Hexagone, le Languedoc-Roussillon se caractérise par un volume important de contrats aidés du secteur non marchand.

Son tissu économique fortement marqué par le secteur tertiaire et le taux important de bénéficiaires du RMI supposent un travail d'insertion fort avec le milieu associatif et dans l'emploi public.

Pour 2002, les taux de réalisation des contrats emploi solidarité (CES) et des contrats emploi consolidé (CEC) étaient supérieurs à la programmation : 113,7 % sur les CES et 104,1 % sur les CEC.

Contribuer au développement économique d'activités sur un territoire

La consolidation des emplois jeunes a fait l'objet d'un plan d'action régional sur plusieurs axes avec nos partenaires :

- avec la Caisse des dépôts et Consignations, pour solvabiliser des activités de secteur semi-marchand dans le département du Gard et de l'Hérault ;
- avec le secteur hospitalier et l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), afin d'élaborer un plan de formation dans les hôpitaux publics : l'objectif est de garder à terme les jeunes sur des emplois en milieu sanitaire ou administratif ;
- avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) pour titulariser dans ce secteur des jeunes, par le biais de concours de 3^e voie ou par titularisation directe en catégorie C. Cette dernière hypothèse est une piste de travail intéressante, étant donné les nombreux départs en retraite de ce type d'agents dans les années à venir.

Enfin, dès la réunion du service public de l'emploi en juin 2002, il a été convenu avec l'Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC) et l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) d'engager, au bénéfice des jeunes qui se retrouveront sans solution, une démarche de plan d'aide au retour à l'emploi (PARE) anticipée, semblable à celle mise en œuvre pour les licenciements économiques.

Afin de promouvoir la création d'activité dans le département de l'Hérault, la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) a travaillé sur plusieurs leviers :

- les stages (stage d'insertion et de formation à l'emploi – SIFE) de création d'entreprise pour les publics les plus en difficulté ;
- le financement de couveuses d'activité ;
- l'accompagnement des porteurs de projet sur les crédits de promotion de l'emploi ;
- le partenariat avec l'Agence interdépartementale et régionale pour le développement de l'insertion par l'économique (AIRDIE) sur le dispositif EDEN (encouragement au développement d'entreprises nouvelles) en particulier ;
- l'accompagnement et le soutien d'une initiative de mise en place d'une plate-forme de la création d'activité : outre l'action de conseil, celle-ci doit clarifier le rôle des acteurs institutionnels auprès du porteur de projet.

Au total, plus de 1 200 personnes dans l'Hérault ont été aidées, en 2002, dans la concrétisation de leur projet d'entreprise.

Accompagner un emploi de qualité et la valorisation des potentiels humains

Un groupe de travail réunissant les principaux ministères certificateurs et le conseil régional a été constitué en vue de développer la validation des acquis par l'expérience (VAE). Il a pour objet de faciliter les échanges de pratiques, d'informer les professionnels de l'orientation et de centraliser l'offre de validation.

Ces échanges réguliers ont permis d'organiser des journées professionnelles en novembre 2002, en présence des plus hautes autorités régionales et avec une participation de l'administration centrale. Ces journées avaient pour finalité d'informer les réseaux de prescripteurs - quel que soit leur public (demandeur d'emploi ou salarié) - sur les procédures de validation existantes en région et leurs spécificités, mais aussi sur les complémentarités des titres et diplômes.

Les services accompagnent une action originale dans le Biterrois. L'association Club alliance métaux pour le développement des industries du Biterrois (CAMDIB), créée en 1996, regroupe 22 entreprises de toutes tailles, situées dans la région de Béziers. Ces entreprises représentent 81 M€ de chiffre d'affaires et emploient 823 personnes.

Depuis la création du CAMDIB, de nombreuses actions ont été menées dans les domaines de la qualité, du développement commercial, des achats et de l'intégration des nouvelles technologies. Le but est d'élever le niveau des salariés, d'augmenter le professionnalisme et d'obtenir que les employés s'approprient les exigences liées à l'évolution de l'industrie (qualité, nouvelles technologies de l'information et de la communication). Dans le domaine des ressources humaines, le CAMDIB a engagé une réflexion collective. Celle-ci a débouché notamment sur l'élaboration d'un programme de formation. Ambitieux, il représente, sur trois ans, 75 687 heures de formation pour 443 salariés dans 17 entreprises, pour un coût global de 2,74 Me.

Dans le Gard, le service public de l'emploi a organisé plusieurs forums emploi dans l'agriculture, pour faciliter le recrutement de saisonniers agricoles. Ces opérations ont permis d'éviter l'introduction massive de travailleurs étrangers. Cette initiative, dont les résultats ont été appréciés des syndicats agricoles, a été menée en lien avec le service de contrôle de la recherche d'emploi (SCRE).

Les inondations du 9 au 11 septembre 2002 ont fortement perturbé l'activité économique du Gard et de l'Hérault. Une mobilisation importante des agents, ainsi que la mise en place de procédures exceptionnelles et originales, ont permis de traiter, dans des délais raisonnables, les demandes de chômage partiel des entreprises. Avec un dispositif d'indemnisation de l'État complété par une indemnisation ASSEDIC, la part revenant à l'entreprise a été prise en charge à 100 %, grâce à une convention globale portée par les chambres consulaires. Malgré l'ampleur des dégâts et le légitime désarroi d'un grand nombre de petits entrepreneurs, l'excellente réactivité des services a

permis de régler les difficultés sans que la question de l'indemnisation des entreprises ait pu, à aucun moment, nourrir une quelconque acrimonie à l'encontre des pouvoirs publics.

Favoriser le dialogue social et garantir la protection des salariés

L'initiative d'une conférence régionale du travail remonte à l'année 1999. Il s'agit d'une innovation régionale, car la démarche n'est prévue par aucun texte réglementaire. Le projet consiste à construire un espace stable et durable pour faciliter le dialogue entre l'administration du travail, les employeurs et les salariés. Les réalités et les problèmes du travail sont au centre de ce dialogue.

Le niveau régional est apparu comme pertinent, car il est proche des réalités et en même temps assez distant des problèmes traités au quotidien. La conférence est conçue comme un processus, dont la continuité est assurée par les débats et les décisions prises par le comité de pilotage tripartite ainsi que par les commissions de travail, elles-mêmes tripartites. Des temps forts sont prévus comme un forum régional biennal (voir également plus haut, « Une instance de réflexion... »).

En 2002, la conférence s'est dotée d'un bulletin d'information Ergon et a défini le thème du prochain forum régional prévu en octobre 2003 : « Le dialogue social dans l'entreprise : objets et pratiques. » Cette manifestation sera préparée au sein de rencontres départementales tripartites, innovation qui tentera d'impliquer les partenaires sociaux au niveau local. Il n'est pas usurpé de considérer qu'un certain nombre d'avancées - comme la création de l'Observatoire régional de la santé au travail en 2002 dans la région - découlent des relations tissées lors du premier forum de l'année 2001.

L'inspection du travail s'est également engagée dans un travail expérimental de diagnostic, section par section (avec, dans certains cas, une tentative de caractérisation départementale), des réalités du travail, dès le début de l'année 2002, bien avant que ne soient connues les orientations de la Direction des relations du travail (DRT).

Il faut préciser que le Languedoc-Roussillon avait fait le choix de l'exhaustivité territoriale (à chaque section son diagnostic, plus un diagnostic grandes villes), mais en limitant le diagnostic aux questions de la santé au travail. Dans certains cas, les plans d'action de section ont débouché sur des objectifs communs au département. L'ambition et le degré de précision de ces « plans départementaux » sont variables. Et, s'ils ne sont en aucun cas un passage obligé, tous restent de la responsabilité du directeur départemental.

Dans le Gard, l'inspection du travail a mené une opération de lutte contre le travail illégal tout au long de l'été sur les sites touristiques. Cette action a conduit à dresser un nombre de procès-verbaux jamais atteint dans le département (64 PV pour 105 infractions).

Orientation stratégique fonctionnelle

Dès le début de l'année 2002, le service régional a produit un rapport sur sa gestion du budget de fonctionnement et dessiné un projet d'orientation budgétaire pour les 5 ans à venir. Ce document a pu être repris en référence pour les travaux sur la dotation globale 2003.

Le comité technique régional et interrégional (CTRI) a validé la création de la fonction de secrétaire général, grâce à une vacance de poste au grade de directeur du travail à la DRTEFP sur le dernier quadrimestre 2002. La répartition infrarégionale des ressources mobilisant le réseau des gestionnaires a ainsi pu être préparée. Cette nouvelle fonction a également permis de porter une attention accrue aux enjeux de la Loi organique sur les lois de finance (LOLF) et de la Directive nationale d'orientation (DNO).

Les directeurs ont validé des axes de travail prioritaires en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, mettant les services déconcentrés du travail de la région en ordre de marche pour une nouvelle étape de la réforme de l'État.

Le travail sur la préparation de la DNO 2003 a fait l'objet de débats et de propositions au sein du CTRI. Les projets restent toutefois suspendus aux incertitudes liées au projet de décentralisation.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	2 295 648
Population active ayant un emploi (RP99)	756 172
Population salariée (RP99)	624 761
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	67 551
- Construction	42 466
- Tertiaire	321 551
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	126 979
- Femmes (en %)	47,3
- Moins de 25 ans (en %)	18,2
- Chômage Longue Durée (en %)	31,2
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	2,3
Taux de chômage 2002 (en %)	13,7
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	38 699
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	29 994
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	4 819
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	271 027
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	25 037

SANTÉ / SOCIAL

Vers un « service public de l'éducation pour la santé »

Dès le début de l'année 2002, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) a engagé une démarche participative avec les acteurs et les financeurs concernés par l'élaboration du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS). Un questionnaire adressé à 120 acteurs, ainsi que des réunions départementales et un séminaire, ont permis de dresser un état des lieux avant l'été. Après avis du comité régional des politiques de santé, le préfet de région a validé le document au début du mois de janvier 2003.

Le SREPS du Limousin met l'accent sur plusieurs points :

- mieux coordonner les politiques des financeurs, notamment en direction des populations les plus fragiles et des zones rurales ou urbaines les plus délaissées ;
- renforcer l'évaluation des actions ;
- approfondir les complémentarités entre les acteurs et concevoir un pôle de compétences régional accessible à tous ;
- organiser une formation en éducation pour la santé dans la région.

Prévention et dépistage

Les campagnes de prévention ont connu un fort développement en 2002, notamment dans le cadre du programme régional de santé (PRS) « cancer », lancé pour dix ans. Celles-ci ont mis l'accent sur les dangers liés à la consommation excessive d'alcool et de tabac, les déséquilibres nutritionnels et la surexposition au soleil. Les efforts ont porté aussi sur la prévention des suicides - notamment ceux des jeunes et des personnes âgées - dont le nombre est anormalement élevé en Limousin.

La structuration des dispositifs de dépistage a par ailleurs été poursuivie. Elle a permis d'installer des cellules de gestion du dépistage des cancers du sein en Corrèze et en Creuse, et de développer des actions déjà engagées en Haute-Vienne. Ce travail d'organisation permettra, dès le 1^{er} semestre 2003, de systématiser le dépistage des cancers du sein dans les trois départements de la région et de lancer le dépistage des cancers du colon et du col de l'utérus dans le cadre du PRS.

Dans le cadre du programme régional d'inspections, qui compte plus de 80 rubriques en 2002, les contrôles de sécurité sanitaire ont en outre été renforcés.

Le Plan Cancer : une déclinaison régionale

Le Plan Cancer du Limousin repose sur la mise en œuvre de six grandes priorités :

1) Favoriser l'accès des patients cancéreux aux traitements innovants et coûteux :

Cette année, les établissements ont bénéficié de plus de 1,32 M€ pour acquérir des molécules anticancéreuses. L'an dernier, 3,48 M€ avaient déjà été alloués.

2) Renforcer les équipes hospitalières pour améliorer la qualité de la prise en charge :

Les services d'oncologie et de radiothérapie ont pu s'adjoindre de nouvelles compétences. Des postes de praticiens en radiothérapie et en onco-hématologie, mais aussi des postes de personnels soignants (notamment de psychologues), d'infirmières et de manipulateurs en radiothérapie ont été créés. Plus de 282 000 € ont été consacrés à ce volet du plan.

Les équipes mobiles départementales de soins palliatifs, créées en 1999 et constituées en réseau régional, ont par ailleurs été renforcées, avec la création d'un poste de praticien et de 3,5 postes de soignants, principalement des psychologues. Les soins palliatifs peuvent en effet représenter 70 % de l'activité des services d'oncologie. Ces mesures, d'un montant de 115 000 €, ont été décidées dans le cadre de la politique régionale de développement des soins palliatifs, en cohérence avec les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), en cours de consultation.

3) Sensibiliser et informer les professionnels de santé à la prise en charge en soins palliatifs :

En partenariat avec le CHU de Limoges et l'Union régionale des médecins libéraux (URML), l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) ont organisé un cycle de quatre conférences régionales sur les soins palliatifs. Objectifs : développer une culture commune de soins palliatifs, diffuser les techniques de base, améliorer la transversalité des prises en charge et faciliter l'accès à cette forme de prise en charge. Cette manifestation s'est tenue du 22 novembre 2001 au 17 octobre 2002. Elle a réuni plus de 120 médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeute et assistantes sociales.

4) Aider au développement d'outils performants pour la recherche, la prévention, le dépistage, le suivi et le traitement des cancers :

La région dispose d'un outil de connaissance essentiel de l'évolution des pathologies cancéreuses : le registre des cancers. Depuis 1998, l'ARH apporte un soutien constant à son élaboration, aux côtés d'autres financeurs institutionnels. En 2002, elle a accordé un crédit de 38 000 €.

Grâce à une enveloppe de 152 450 €, une tumorthèque a également été mise en place, à la fin de 2001, au CHU de Limoges.

Ce dispositif, à la croisée des activités cliniques et de la recherche, constitue un enjeu majeur dans l'amélioration des prises en charge thérapeutiques basées sur la carte d'identité des tumeurs. Il a bénéficié d'un crédit supplémentaire de 64.000 € en 2002.

5) Accroître le parc régional des équipements matériels lourds afin d'améliorer les conditions d'accès au dépistage et aux traitements :

En biologie, radiothérapie ou imagerie médicale, le plateau technique joue un rôle capital dans la prise en charge des pathologies cancéreuses. En 2002, les équipements devenus obsolètes ont donc été remplacés par des appareils performants et des équipements nouveaux ont été autorisés.

Le parc des scanographe s'est accru de manière significative. Trois nouvelles autorisations de scanners multi-barettes permettent de renforcer le maillage territorial, la région disposant désormais de neuf scanners.

Le centre hospitalier universitaire, pôle référent régional en cancérologie, dispose désormais d'une deuxième IRM. Celle-ci permet d'améliorer la concertation pluridisciplinaire pour les bilans pré, per et post-thérapeutiques en cancérologie. Au CHU de Limoges, un tomographe d'émission à positons (TEP) a pris la place d'une gamma-caméra avec système de détection par coïncidence. Ce type d'équipement, encore très peu répandu en France, donne une nouvelle dimension à la médecine nucléaire. Une enveloppe de près de 457 000 € a été attribuée au CHU pour financer les consommables.

Les conditions d'accès à l'imagerie médicale des centres de radiothérapie ont ainsi été fortement améliorées grâce à ces nouvelles autorisations.

6) Soutenir le développement des réseaux de cancérologie :

Le réseau régional de concertation pluridisciplinaire de cancérologie « ONCOLIM » - agréé à la fin de 2001 - a permis d'améliorer la prise en charge des patients, grâce à la diffusion de thesaurus régionaux de bonnes pratiques établis par organe, appareil ou fonction, et grâce à la tenue de réunions de concertation pluridisciplinaires dans chaque département. Afin de favoriser le développement du réseau, l'ARH a renforcé le temps de coordination et a créé un poste de praticien pour les activités de réseau du service d'oncologie médicale du C.H.U. (consultations avancées). Le montant de l'aide correspondante s'élève à 25 000 €.

Par ailleurs, le réseau expérimental ville-hôpital ONCORESE - agréé à la fin de 1999 - répond de façon satisfaisante aux besoins de la population de la Corrèze. Son objectif est de permettre le maintien à domicile de patients sous chimiothérapie curative ou en fin de vie. En 2002, l'Agence a accordé une aide de 38 000 € au titre de sa participation à la fonction de coordination du réseau et travaille aux modalités de pérennisation de cette activité à domicile.

Qualité de l'offre de soins

En 2002, la priorité a porté sur l'enrichissement du SROS, avec l'élaboration de volets additionnels. Le schéma relatif à la psychiatrie a été arrêté. Les priorités concernent des populations spécifiques (mères-bébés, adolescents, détenus), les comportements à risques (alcoolisme, polytoxicomanies), les urgences, les pathologies du vieillissement, les maladies chroniques et les handicaps.

Les réflexions du groupe de travail « imagerie médicale » ont abouti à des propositions d'implantation de scanners, de radiologie vasculaire et de médecine

nucléaire, notamment en matière d'IRM. L'objectif est de renforcer les complémentarités entre équipements, d'assurer une couverture territoriale plus équitable et d'obtenir les niveaux de qualifications requis en termes de moyens et de plateaux techniques.

Les volets « insuffisance rénale chronique », « diabète », « soins palliatifs et douleur » ont donné lieu à des recommandations et à des plans d'actions.

La poursuite de la recombinaison et la recherche d'une complémentarité de l'offre de soins constituent une autre priorité. En ce domaine, l'année a été marquée par :

- l'adoption des projets d'établissements ;
- la signature de contrats d'objectifs et de moyens (COM) avec cinq nouveaux établissements. La part des crédits contractualisés concerne désormais 1 % du taux annuel d'évolution ;
- la poursuite du rééquilibrage progressif et négocié des bases de référence, avec une ponction de 1,3 M€ sur les établissements sur-dotés et une redistribution de 1,2 M€ aux établissements sous-dotés ;
- la modulation des taux d'évolution des crédits accordés aux cliniques, dans le cadre de l'accord régional conclu entre l'ARH et la Fédération des cliniques privées.

L'ensemble de ces initiatives a permis de recomposer le paysage hospitalier, notamment en psychiatrie : des unités ont été regroupées au CHS Esquirol de Limoges et une unité pour malades agités a été créée au CHS d'Eygurande en Corrèze. Elles ont également favorisé la conversion de certaines disciplines à la clinique des Émailleurs à Limoges (médecine convertie en chirurgie) et au CHU (médecine transformée en soins de suite et de réadaptation).

Elles ont, en outre, rendu possible le financement des priorités de santé publique identifiées en région Limousin : cancérologie (3 M€), urgences (1,631 M€), personnes âgées (0,503 M€), périnatalité (0,518 M€), psychiatrie (0,442 M€), mise en conformité de la stérilisation et de la désinfection des dispositifs médicaux (0,548 M€).

Accompagnement du vieillissement

La forte proportion de personnes âgées en Limousin et les réformes nationales ont conduit les représentants de l'État et des collectivités locales à mieux coordonner leurs politiques de prévention et de prise en charge de la dépendance.

Dans ce contexte, l'année 2002 a été marquée par trois événements majeurs :

- la coordination des actions, avec la poursuite de la mise en place des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Au 31 décembre 2002, la région compte 14 CLIC ;
- la montée en charge de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans ce domaine, le Limousin affiche le pourcentage le plus élevé de conventions signées (60 % au 31 décembre 2002) ;
- la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par les départements. Pour sa part, l'État a mis en œuvre un programme de formation et de qualification des personnels de l'aide à domicile, qui a bénéficié à plus de 150 personnes cette année.

Par ailleurs, deux enquêtes ont été lancées : l'une sur l'évolution de la dépendance à domicile, l'autre sur la prise en charge des handicapés vieillissants. Dès 2003, les conseils généraux disposeront d'un état des lieux régional, qui servira de base à la préparation des schémas départementaux médico-sociaux.

Enfin, le programme régional de santé (PRS) relatif à la dépendance des personnes âgées a fait l'objet d'une évaluation en novembre 2002. Malgré les nombreuses mesures d'ores et déjà appliquées, un programme de deuxième génération sera élaboré à partir de 2003.

Intégration des personnes handicapées

Pour des raisons historiques, le Limousin - particulièrement la Corrèze - accueille un nombre important de personnes handicapées. Aussi, le comité technique régional et interdépartemental a-t-il adapté, cette année, les dispositifs d'intégration et de prise en charge.

La politique de maintien à domicile s'est développée, avec la création de places de services de soins infirmiers à domicile dans les trois départements, et une qualification accrue des intervenants.

Le plan « Handiscol », qui réunit les DDASS et l'Éducation nationale, a facilité l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire. L'effort sera poursuivi en 2003.

Deux sites pour la vie autonome ont été ouverts en Corrèze et en Haute-Vienne.

Les travaux relatifs au schéma régional autisme de deuxième génération ont également débuté. En Haute-Vienne, les maisons d'accueil spécialisées s'ouvrent davantage aux enfants autistes. Dans la Creuse, l'accueil des handicapés adultes en foyer à double tarification s'est beaucoup amélioré.

La Région a, par ailleurs, mis sur pied une politique d'amélioration des parcours des handicapés en institution. Grâce à l'attribution de nouvelles places de centres d'aide par le travail, elle a permis de réduire la file active de personnes relevant de l'amendement Creton. Enfin, un centre régional d'information sur la surdité, financé à 100 % par des crédits de l'État, a été installé à Limoges en décembre 2002.

Accueil et accès aux soins des personnes démunies

En complément des dispositifs de lutte contre les exclusions, co-animés avec les conseils généraux, les services de l'État ont adapté les structures d'accueil et d'hébergement, saturées par l'afflux récent de personnes demandeuses d'asile ou en situation irrégulière : 60 places de centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) ont été créées en Haute-Vienne, ainsi que 20 en Creuse et 10 en Corrèze.

Deux schémas départementaux d'accueil et d'hébergement ont par ailleurs été adoptés, le troisième étant en cours de finalisation.

Les dispositifs de veille sociale ont été considérablement renforcés : des centres d'appels 115 ont été installés dans chaque département, sous la responsabilité du centre technique régional et interrégional (CTRI).

Grâce au financement du programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS), à hauteur de 400 000 €, l'accès aux soins des personnes démunies a également été facilité. Les actions ont porté en priorité sur l'accompagnement individualisé et sur l'organisation d'ateliers de santé. Les permanences d'accès aux soins, installées dans les hôpitaux de Limoges, Guéret, Brive et Tulle, ont fait l'objet d'une évaluation, qui a permis d'établir un cahier des charges régional. Au-delà de l'urgence, elles s'orientent désormais vers une prise en compte plus globale des soins et des besoins psychosociaux.

Enfin, le PRAPS de deuxième génération a été préparé. Il intègre les objectifs de développement durable, en mettant l'accent sur les politiques de prévention, une meilleure territorialisation des actions et la création de dispositifs associant les usagers.

Information sur la contraception

Le comité de pilotage régional contraception, co-animé par la déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et la DRASS, a souhaité informer et sensibiliser les étudiants et jeunes adultes sur la sexualité et la contraception. Une animation théâtrale a donc eu lieu dans chaque département durant une semaine, entre fin novembre 2002 et début janvier 2003.

La compagnie « Paroles » a présenté le spectacle « Elles. Questions de femmes ? », suivi d'un débat animé par un professionnel de santé. En Haute-Vienne, le spectacle a été présenté à quatre reprises devant des stagiaires de l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) Bâtiment, des jeunes d'une mission locale et des étudiants d'écoles de santé. Il a été présenté trois fois en Creuse et en Corrèze. Divers professionnels ont mené les débats : infirmière de la mission locale, conseillère familiale planning d'un centre hospitalier, chef d'un service gynécologie dans un centre hospitalier, intervenante du mouvement français pour le planning familial ou surveillante sage-femme.

EMPLOI

Le Limousin est la plus petite région continentale. Il compte 710 939 habitants (- 0,18 % par rapport à 1990). Sur les 231 352 emplois salariés, 40 % relèvent du secteur public.

La faible dimension des entreprises (91,5 % ont moins de 20 salariés) facilite l'emploi du personnel féminin, dont le taux d'activité est supérieur à la moyenne nationale pour les 25-60 ans, mais dont les salaires sont inférieurs de 7,8 % au niveau national. Le taux de chômage est lui aussi très inférieur au taux national : 6,7 % contre 9,1 % pour l'ensemble de la France au 31 décembre 2002. Mais cette situation masque l'absence d'un grand support économique et nécessite de développer des partenariats dans différents domaines : politique d'accueil et création d'entreprises, politiques de formation, projets locaux avec les collectivités régionales et locales et les partenai-

res sociaux dans le cadre d'une forte mobilisation des crédits inscrits au contrat de plan État-Région (CPER) et au Fonds social européen (FSE)

Fluidité du marché du travail

En 2002, l'organisation du réseau des structures d'accueil a été stabilisée. Celui-ci compte désormais cinq missions locales et une permanence d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO). La mise en réseau des ateliers de pédagogie personnalisée (APP) a, par ailleurs, permis de mutualiser les moyens en personnel et d'accroître l'efficacité des missions locales.

Afin de mieux faire connaître ces structures aux bénéficiaires potentiels et aux institutionnels, diverses actions ont été mises en œuvre : organisation, à l'automne, d'une manifestation nationale dans toutes les régions, tenue d'une conférence le 16 octobre, élaboration et diffusion d'une plaquette. Sur les sites se sont également tenues diverses manifestations : journées portes ouvertes, petits-déjeuners, points presse...

En matière de formation ouverte à distance, des réunions de concertation ont permis d'engager, autour d'un large partenariat, un processus d'implantation de points d'accès à la téléformation (P@T). Six sites ont été retenus et devraient faire l'objet d'une labellisation en 2003. Un groupement partenarial a été constitué, avec un pilotage confié à l'AFPA.

Lutte contre la sélectivité du marché du travail

En 2002, la couveuse d'activité, cofinancée notamment par le contrat de plan État-Région et le Fonds social européen, a permis d'accompagner une trentaine de porteurs de projets.

Les plans locaux pour l'insertion et l'emploi (PLIE) de Limoges, Tulle et Brive sont désormais opérationnels. Dans le domaine de l'insertion par l'activité économique, un projet d'engagement de développement de la formation (EDDF) est en cours d'élaboration. L'objectif est de valider officiellement le métier d'encadrant des structures d'insertion. Pour les salariés de ce secteur, les crédits du CPER ont favorisé le montage de projets professionnels sur l'ensemble de la région.

Développement de l'emploi

En 2003, 750 jeunes arriveront au terme de leur contrat emploi jeune. De 2004 à 2007, 1 466 sorties sont prévues. La direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) s'est donc engagée dans une démarche de consolidation du dispositif nouveaux services emplois jeunes (NSEJ). Dans ce contexte, l'accord-cadre national conclu entre l'État, la Région et la Caisse de Dépôts et Consignations (CDC) a donné lieu à la mise en œuvre d'un plan d'action. Il s'agit de conduire ou d'actualiser les diagnostics de territoire, de mettre en place des dispositifs locaux d'accompagnement à la consolidation et de créer un centre de ressources régional.

Une plaquette d'information sur les modalités de recrutement dans la fonction publique territoriale a également vu le jour.

Une opération de sensibilisation et d'information à la création d'entreprise, à destination du public des NSEJ, sera par ailleurs reconduite en mars 2004, en partenariat avec le conseil régional, la CDC et les réseaux d'accompagnement.

Enfin, des réunions d'information seront organisées au premier semestre 2003 dans les trois départements, avec le concours du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) et des centres de gestion.

Apprentissage au féminin en Limousin

À la demande de la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP), deux études-actions sur l'apprentissage au féminin ont été lancées en Alsace et en Limousin en 1998. Dans le cadre de la négociation des contrats d'objectifs territoriaux et du contrat de plan État-Région 2000-2006, le conseil régional et la déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) du Limousin ont participé à cette initiative.

L'étude mise en œuvre a alimenté la réflexion sur l'égalité des chances entre hommes et femmes. En avril 2000, elle a donné lieu à un projet d'action piloté par le conseil régional, en partenariat avec les centres de formation d'apprentis (CFA), les milieux économiques, la direction régionale de l'agriculture et de la forêt et l'Éducation nationale. Quatre axes ont été définis :

- la réalisation d'une réflexion-action sur l'évolution des professions ;
- le développement de quatre projets-pilotes dans des collèges de l'Académie de Limoges, sur le thème « orientation active, égalité des chances » ;
- la mise en place de formations en alternance ;
- la création d'un prix de l'apprentissage au féminin. Celui-ci comprend une bourse de 1 000 euros et un stage en entreprise en Belgique, dans le cadre d'un partenariat entre le conseil régional du Limousin et de la région Wallonie.

Entretien et développement des compétences (VAE)

L'expérimentation inter-régionale (Limousin, Aquitaine et Midi-Pyrénées) d'un réseau de points relais conseil, autour de la validation des acquis de l'expérience (VAE), s'est achevée en juin 2002. Elle a permis à 131 personnes - près du triple de l'effectif attendu - de bénéficier d'un accueil individualisé.

Les conventions avec les points relais conseil ont, en outre, été reconduites en fin d'année, tandis qu'un animateur de la cellule régionale inter-services a été recruté au 1^{er} trimestre 2003.

Autres faits marquants : l'extension du site Internet du Centre d'animation et de ressources de l'information sur la formation (CARIF) consacré à la VAE, ainsi que la mise en place d'une communication spécifique et d'une formation de conseillers VAE, en partenariat avec les principaux certificateurs.

Prévention des risques et sécurité des salariés

Conformément au décret du 5 novembre 2001, la prévention et l'évaluation des risques au travail

ont fait l'objet d'efforts particuliers tout au long de l'année. Divers outils d'information et de sensibilisation ont ainsi été mis en place auprès des employeurs et des salariés :

- une plaquette « Repères pour une évaluation efficace des risques professionnels » a été élaborée et diffusée à plus de 9 300 exemplaires ;
- des rencontres avec les chefs d'entreprises des principaux centres urbains ont permis de sensibiliser ces derniers à la nécessité de prévenir les risques très en amont ;
- une plaquette de sensibilisation sur la prévention des risques liés à l'utilisation des éthers de glycol a été conçue, en collaboration avec les médecins du travail ;
- un réseau d'échanges d'expériences et de parrainage d'entreprises a également été mis en place pour partager les savoir-faire en matière de prévention-santé et de sécurité des salariés ;
- un groupe de travail sur les risques liés à l'usage des échafaudages sur taquets d'échelles a été mis sur pied.

Amplification du dialogue social

Avec l'appui des chambres consulaires, l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), les branches professionnelles et les entreprises ont poursuivi leurs réorganisations liées à l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT). Elles ont renouvelé leur campagne d'information et de sensibilisation aux dispositifs de formation en alternance, en collaboration avec des PME-TPE et des entreprises artisanales.

En matière de politique contractuelle, des accords régionaux professionnels et interprofessionnels ont été conclus, afin de former les salariés des PME et des TPE grâce au dispositif Engagement de développement de la formation (EDDF).

Une réflexion a été également menée, avec les membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et les délégués du personnel, sur leur participation à l'évaluation des risques et l'analyse des accidents du travail par le canal de l'ARACT. L'année a enfin été marquée par une participation au processus des élections prud'homales.

Information et communication

Un Forum régional sur les discriminations professionnelles s'est tenu en octobre 2002. Il a permis de faire un point sur les évolutions juridiques dans ce domaine et sur le rôle joué par des acteurs comme les inspecteurs du travail, les médecins du travail, les syndicats, le Parquet...

Par ailleurs, une opération « portes ouvertes » sur le droit du travail a eu lieu en novembre 2002 dans la DDTEFP de la Haute-Vienne. Le matin, le public a été accueilli autour de thèmes majeurs du droit du travail. L'après-midi, il a pu assister à deux tables rondes sur les difficultés de connaissance de la règle de droit et sur l'application de la règle en droit du travail, le contrôle et la sanction de sa non-application.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	710 939
Population active ayant un emploi (RP99)	271 210
Population salariée (RP99)	224 956
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	43 487
- Construction	14 222
- Tertiaire	89 821
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	18 259
- Femmes (en %)	48,6
- Moins de 25 ans (en %)	21,1
- Chômage Longue Durée (en %)	27,3
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	2,5
Taux de chômage 2002 (en %)	6,7
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	12 134
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	6 124
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	1 054
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	105 917
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	26 639

SANTÉ, SOCIAL

Lorraine des villes et des champs

70 % des Lorrains sont des citadins, mais ils vivent dans un environnement partiellement dégradé par les fiches industrielles.

Ils sont plus jeunes que les autres Français, mais de santé plus fragile et mal protégés contre la précarité. Si leur taux de chômage est proche de la moyenne nationale, ce chiffre est biaisé par la faible participation des femmes et des jeunes à l'activité professionnelle.

Enfin, les équipements sanitaires, médico-sociaux et sociaux ont une densité supérieure à la moyenne nationale, mais ils manquent de personnel qualifié.

L'action sociale : observer, former, impulser, agir

Un projet coordonné de plate-forme régionale de l'observation sanitaire et sociale a vu le jour en 2002. Son objectif est de mieux utiliser les données existantes et de développer des études ciblées sur la formation, la planification et l'action.

Autre réalisation : la mise en œuvre du schéma des professions sociales a permis l'augmentation des quotas à l'institut régional de travail social (IRTS) de Lorraine (+ 52 places, portant ainsi le total à 1 145 étudiants). Enfin, le schéma « accueil, hébergement, insertion » (AHI) s'est développé autour de trois axes :

- un tableau de bord des publics ;
- des outils de gestion interdépartementale de l'ensemble ;
- la coordination des dispositifs d'insertion par le logement.

La problématique des demandeurs d'asiles a également été prise en compte, tandis que les directeurs départementaux étaient chargés de piloter la lutte contre les exclusions.

Une recherche de cohérence médico-sociale

Celle-ci répond à des problématiques convergentes : dépendance des personnes âgées, vieillissement des handicapés, choix de vie (à domicile ou en institution). Le développement des centres locaux d'information et de coordination, ou CLIC (10 en 2002), des sites pour la vie autonome et des services de soins à domicile en est un versant ; la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou EHPAD (21 conventions tripartites en 2002) et l'amélioration de la qualité de l'offre institutionnelle en sont un autre.

Le programme de la mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE) a pris en compte cette recherche de qualité,

à travers 14 enquêtes de prévention de la maltraitance en 2002.

La santé : prévenir, soigner, organiser, gérer, contrôler

La mission des politiques de santé a soutenu et financé 194 actions en 2002 dans le cadre de plusieurs programmes régionaux (accès aux soins et à la prévention des plus démunis, suicide, dépendances), du programme national nutrition et du plan cancer (cancer du sein et cancer colo-rectal).

Les partenaires se sont également mobilisés fortement pour préparer la loi d'orientation de santé publique.

La prévention et la gestion des risques se sont articulées autour de thèmes environnementaux : collecte des déchets de soins diffus, contrôle de la qualité des eaux (91 inspections en 2002) et de l'air, risques amiante et légionellose. Elles ont porté aussi sur le plan zonal Biotox et des actions de vigilance (49 contrôles au titre de la procédure d'autorisation de l'activité de stérilisation dans les pharmacies à usage intérieur).

Enfin, la MRIICE a mobilisé, en 2002, 40 agents pendant 465 jours, notamment sur la sécurité sanitaire (laboratoires, hémovigilance, stérilisation, assistance médicale à la procréation, agents transmissibles non conventionnels), la prévention de la maltraitance et la protection sociale.

La protection sociale

Une synthèse, globalement positive, a été réalisée en mars 2002 sur la couverture maladie universelle (CMU). En revanche, le dispositif d'aide à la mutualisation s'est trouvé confronté aux réticences des conseils généraux et a donc peu de chances d'aboutir.

Le nouveau Code de la mutualité a également été mis en œuvre : les élections et les immatriculations sont satisfaisantes, mais la procédure d'agrément ne progresse que lentement.

Enfin, trois des axes du rapport sur l'avenir du régime minier (médecine minière, personnes âgées, prévention et promotion de la santé) ont fait l'objet de travaux. Les conclusions seront soumises aux instances en 2003. Cependant, le problème des caisses minières (devenir des œuvres) n'a pas trouvé de consensus dans les conseils d'administration.

Les ressources : avant tout, des hommes et des femmes

Si l'avancée est acquise en 2002 dans certains domaines (groupes de travail pour l'allocation de ressources, développement de la MRIICE, fonctionnement du comité technique régional et interrégional – CTRI), elle n'a pu atteindre un niveau optimal faute de moyens adéquats, au premier rang desquels le pourvoi des postes vacants.

La réduction du temps de travail, ainsi que la formation de l'ensemble des personnels aux entretiens d'évaluation, ont révélé une inquiétude et un malaise latents dans les services. Or le degré et la qualité de la réalisation des objectifs sont avant tout le résultat de l'activité motivée des femmes et des hommes.

ARTT des personnels hospitaliers

Pour les agents de la fonction publique hospitalière, 46 accords locaux ont été signés au début de 2002. Leur analyse a permis de répartir les créations d'emplois mis en réserve au titre de la qualité des accords (211 postes), en concertation étroite avec les représentants régionaux de la Fédération hospitalière de France et le comité régional de suivi. Après la conclusion des accords, la réflexion s'est poursuivie dans les établissements. La parution progressive des textes réglementaires relatifs au temps et à l'organisation du travail, ainsi que la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) pour le corps médical, impliquent en effet une recherche permanente d'organisations pertinentes - internes comme externes - afin de préserver la qualité de l'accès aux soins pour la population.

En matière de personnel médical, un comité régional de suivi a été installé en 2002. Sa mission d'accompagnement des différents protocoles s'est concrétisée notamment par des propositions aux établissements pour leur projet d'organisation médicale et des tableaux de service. Le comité a par ailleurs été impliqué fortement dans l'étude de pré-impact territorial.

L'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et le comité régional ont collaboré, en 2002, pour définir les points d'ancrage des réorganisations à mener, les mutualisations à mettre en place et les moyens financiers à affecter.

Organisation des soins hospitaliers

Plusieurs projets de recomposition hospitalière, intéressants des établissements de santé publics et privés de la région, ont connu des avancées significatives au cours de l'année. Ainsi, deux syndicats interhospitaliers ayant vocation à exercer des activités de soins ont été créés à Metz (néonatalogie) et dans les Vosges (rééducation fonctionnelle). Deux maternités ont été regroupées à Bar-le-Duc. Enfin, des discussions ont été engagées en vue du rapprochement des établissements du bassin houiller, entre ceux d'Épinal, ainsi qu'entre les hôpitaux de Neufchâteau et Vittel.

L'ARH a également poursuivi la mise en œuvre du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) de 2^e génération. Deux nouveaux volets (imagerie et radiothérapie) ont été adoptés en 2002 tandis qu'était engagée l'élaboration de ceux concernant les « accidents vasculaires cérébraux » et la « réanimation ».

La politique de développement des réseaux a été activement poursuivie avec la reconnaissance de LORALCO (alcool et autres addictions), NEPHROLOR (prévention et prise en charge des insuffisants rénaux) et ALLERGOLOR. Ils viennent compléter le dispositif de maillage constitué au cours des années précédentes.

Enfin, la politique contractuelle constitue l'un des axes essentiels de l'action de l'ARH. Cette dernière a pris l'option de négocier avec les établissements disposant d'un projet d'établissement approuvé depuis moins d'un an au cours de l'année. Quinze contrats d'objectifs et de moyens ont été signés avec des établissements sous dotation globale. Ils s'ajoutent aux 11 précédents.

Mobilisation des professionnels sur la prostitution

Les violences faites aux femmes de Moselle, animée par la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), a mis en place un groupe de travail sur la prévention et la lutte contre la prostitution. Piloté par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), il s'est donné comme principaux objectifs :

- d'établir un état des lieux par territoire du phénomène prostitutionnel ;
- de réaliser un bilan des actions entreprises, notamment l'accompagnement des personnes prostituées vers une réinsertion sociale et la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST).

Par ailleurs, un comité de pilotage du contrat de ville thématique santé en Moselle a été consacré, sur l'initiative de la chargée de mission départementale (CMD), à la question de la prévention et de la lutte contre le phénomène prostitutionnel.

Le principal point abordé a été le renforcement des moyens accordés aux associations de terrain et la mise en réseau de ces associations pour créer des complémentarités.

EMPLOI

Des femmes dans l'industrie

L'action DEFI, pilotée par l'agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), permet aux entreprises d'innover dans leurs pratiques de recrutement. Il s'agit d'intégrer et d'organiser le travail pour valoriser les capacités des femmes sur des métiers traditionnellement masculins, et porteurs d'emploi. L'ARACT accompagne les entreprises qui recrutent des femmes sur des métiers industriels ou traditionnellement masculins. Elle assure l'échange d'expériences entre entreprises qui ont déjà relevé ce « DEFI » pour enrichir les pratiques existantes et travailler sur l'évolution professionnelle des femmes dans des environnements masculins.

Cette action mobilise de nombreux partenaires publics (DRDFE, directions régionale et départementales du travail de l'emploi et de la formation professionnelle – DRTEFP et DDTEFP –, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail – ANACT –, Agence nationale pour l'emploi – ANPE –, conseil régional) et privés (ADECCO, ADIA, RADIALE – réseau d'acteurs économiques fédérés pour accompagner les projets de

développement – et ACTIPROMO). Le premier bilan est encourageant. Ainsi, une usine sidérurgique qui n'employait aucune femme dans les services de production compte aujourd'hui 27 femmes sur 330 personnes. Un producteur de véhicules utilitaires a pu, en deux années, doubler la part du personnel féminin parmi les agents de fabrication et les caristes, en intégrant 75 salariées. L'ambition, si la conjoncture le permet, est de parvenir à un taux de 10 à 15 % de femmes sur ces emplois industriels.

Le marché du travail

En 2002, la conjoncture lorraine s'est caractérisée par une augmentation du nombre de demandeurs d'emploi : sur un an, le chômage a progressé en moyenne de 11 %. Ce rythme s'est légèrement réduit en fin d'année : fin décembre, la région comptait 81 980 demandeurs d'emploi de catégorie 1, soit 8,4 % de plus qu'un an plus tôt.

Cette montée du chômage concerne davantage les hommes (+ 18,4 % sur un an) que les femmes (+ 3,8 % sur un an). La situation des jeunes s'est fortement dégradée : le nombre de demandeurs d'emploi de moins de 25 ans inscrits en catégorie 1 a progressé de 20,2 % sur l'année, alors qu'il avait diminué de 5,9 % en 2001.

Le chômage de longue durée connaît une évolution similaire (+ 6,5 % sur un an). Le nombre de chômeurs inscrits depuis deux ans et plus a cependant diminué : - 6,3 % en moyenne sur l'année. Ce chiffre est toutefois tempéré par ceux du second semestre 2002 : fin décembre, la baisse des effectifs par rapport à l'année 2001 n'était plus que de 1,1 %.

L'analyse conjoncturelle de l'évolution de l'emploi dans le secteur privé (source ASSEDIC) montre que si les effectifs ont progressé au cours du 1^{er} semestre, la situation s'est dégradée lors du 3^e, pour se stabiliser au 4^e.

Territorialisation des politiques de l'Emploi

Comme en 2001, la DRTEFP a soutenu les démarches de territorialisation des politiques de l'emploi. Le Service études, prospectives et évaluations statistiques (SEPES) a achevé la formation des équipes locales sur l'outil Corinthe. Il a assuré la diffusion et l'accompagnement des mises à jour trimestrielles de cet instrument d'aide au diagnostic local. Il a enfin engagé la réflexion, avec le service emploi-formation, sur les actions menées par les équipes locales, au sein de la cellule régionale d'appui aux démarches des bassins d'emploi. Pour cela, les deux institutions ont participé à la production, à la présentation et à l'appropriation d'un guide méthodologique sur cette problématique.

Accès des femmes au marché du travail

Dans ce domaine, la DDTEFP de Moselle a engagé deux approches : l'une, pluriannuelle et centrée sur les priorités départementales, intègre les orientations nationales et régionales ; l'autre ambitionne

d'élargir le partenariat du service public de l'emploi (SPE) aux acteurs économiques et aux collectivités territoriales (contrat de pays et d'agglomération notamment). Ainsi, la priorité donnée à l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes a fait l'objet d'initiatives spécifiques et ciblées, réalisées grâce à un partenariat élargi. L'opération « DEFI », menée en partenariat avec l'ARCT et la DRDFE, mérite à ce titre une mention particulière (voir ci-dessus, « Des femmes dans l'industrie »).

Validation des acquis de l'expérience

Dès 2001, dans le cadre d'une large collaboration inter-institutionnelle (ministères valideurs, chambres consulaires, partenaires sociaux, organismes paritaires collecteurs agréés – OPCA –, etc.), la DRTEFP a piloté un groupe de travail sur ce thème. Ce travail d'anticipation a permis à la Lorraine de structurer son dispositif d'information et de validation par :

- un point d'information grand public appuyé sur le centre d'animation et de ressources de l'information sur la formation (CARIF)-INFFOLOR, via un numéro vert ou Internet. Cet organisme a reçu près de 800 appels de mars à décembre 2002, dont 61 % émanaient de salariés, 4 % d'entreprises et 35 % de demandeurs d'emploi. Cinq grands secteurs sont concernés : sanitaire et médico-social ; gestion, secrétariat, comptabilité ; commerce, vente ; informatique ; communication ;
- un centre de ressources pour les acteurs professionnels de la validation ;
- un réseau territorial de points relais-conseil : 13 structures sont conventionnées pour un total de 31 lieux d'accueil du public. Pour ce réseau, le groupe pilote a travaillé sur un cahier des charges et une méthodologie du conseil. Les premières prestations ont été réalisées en décembre 2002.

L'année a en outre été jalonnée d'actions de communication grand public et de réunions d'information et de formation des membres du réseau d'accueil : agences locales pour l'emploi, missions locales, etc. En tout, 46 réunions ont accueilli 1 000 participants.

Répondre aux besoins sanitaires et sociaux

Dans le domaine des métiers de l'aide à la personne, la DRTEFP a poursuivi son action dans deux directions.

Tout d'abord, les compétences des salariés du secteur de l'aide à domicile ont été reconnues à travers la validation des acquis de l'expérience. Cette action s'inscrit dans le cadre de l'engagement de développement de la formation (EDDF) signé avec la profession pour la période 2000-2002.

Par ailleurs, de nouvelles formations dans cette branche ont été proposées pour les demandeurs d'emploi. Elles doivent répondre à la forte demande émanant des associations d'aide à domicile, à la suite de la mise en place de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). Une étude commanditée par la DRTEFP, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS),

l'ARH et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) montre qu'en Lorraine, l'effectif salarié a augmenté de 14 % entre janvier et octobre 2002, soit 740 créations d'emplois. La région a ainsi financé plus de 150 places menant à des validations, en partenariat avec l'ASSEDIC, sur des crédits du contrat de plan État-Région ou dans le cadre de stages d'insertion et de formation à l'emploi (SIFE) collectifs. Enfin, le programme « infirmier » est un dispositif expérimental, initié par la Lorraine en 2002. Il correspond à un véritable besoin local et complète un partenariat fort entre la DRTEFP et la DRASS, l'ASSEDIC, l'ANPE et le CNASEA. Au 31 décembre 2002, 173 stagiaires avaient bénéficié d'une rémunération, dont 39 au titre de la rentrée 2001 et 134 pour la rentrée de 2002.

Politique du travail

Outre la mise en œuvre du programme national d'actions coordonnées, les services d'inspection du travail se sont engagés - avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) de Lorraine - dans une action spécifique de prévention axée sur les entreprises à risques.

Dans ce cadre ont été organisés :

- des réunions d'information réciproque entre les deux administrations, pour permettre aux agents de connaître la nature de leurs missions respectives ;
- des formations communes sur la prévention des dangers chimiques et l'évaluation des risques par les entreprises, ainsi que sur la prévention des menaces d'explosion d'origine électrique ;
- un échange entre les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), la DRIRE et l'inspection du travail en vue de définir une coopération axée sur la complémentarité des interventions.

En Lorraine, 21 établissements Seveso seuil haut et 13 établissements seuil bas relèvent de la compétence du ministère.

Le programme de contrôle, pluriannuel, prend en compte les éléments d'un diagnostic territorial. Il a pour objectifs :

- d'améliorer l'efficacité des représentants du personnel des entreprises dans leur rôle de prévention ;
- d'obtenir un bon processus d'évaluation des risques, incluant la problématique du recours à la sous-traitance ;
- d'optimiser la participation des services d'inspection du travail à l'instruction des dossiers d'installation classée pour la protection de l'environnement.

En 2002, 17 établissements ont été contrôlés dans le cadre de cette action.

Réforme de l'État

Concernant l'organisation stratégique, les services déconcentrés lorrains se sont portés volontaires, avec sept autres régions, pour participer à l'expérimentation préparatoire à l'application de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF).

La Lorraine est particulièrement concernée, avec la Franche-Comté, par le thème « contrôle et dialogue de gestion ».

La prise de fonction en juillet 2002 d'une secrétaire générale du comité technique régional et interrégional (CTRI) a permis d'engager, sur les six mois restant de l'exercice, une action d'appropriation de la directive nationale d'orientation (DNO) et de la LOLF. Huit axes prioritaires ont été validés par la commission administrative régionale de décembre. Quatre donneront lieu à des chantiers d'expérimentation en 2003.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	2 310 376
Population active ayant un emploi (RP99)	811 241
Population salariée (RP99)	732 673
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	167 115
- Construction	47 160
- Tertiaire	318 350
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	81 980
- Femmes (en %)	46,7
- Moins de 25 ans (en %)	23,7
- Chômage Longue Durée (en %)	26,3
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	12,0
Taux de chômage 2002 (en %)	8,6
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	31 661
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	20 867
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	3 677
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	350 398
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	34 594

SANTÉ, SOCIAL

Réorganisation des services sociaux

En 2002, la fusion de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et de la direction interrégionale de la Sécurité sociale (DIRSS) en une seule direction de la santé et du développement social (DSDS) a été rendue effective. Le personnel et les services ont dû s'adapter progressivement à cette nouvelle situation : apprentissage du travail en commun, sentiment d'appartenance à une nouvelle entité administrative et regroupement des services ont guidé la mise en œuvre de cette réforme. De même, les problèmes de locaux ont été résolus : les services seront rassemblés dans des bâtiments sécurisés, dignes et fonctionnels.

Solidarité et lutte contre les exclusions

Le dispositif national Solidarité Énergie a été établi dans le département grâce à une convention signée en novembre 2002. Ses parties prenantes sont l'État, Électricité de France (EDF) Services Martinique, le conseil général et l'agence d'insertion de la Martinique. Parallèlement, plusieurs actions ont été mises en œuvre dans le cadre du schéma de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. Ont ainsi été créés dans le domaine de l'hébergement d'urgence :

- un service de veille sociale (115), conforté par un dispositif de nuitées d'hôtel ;
- un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), dont ont déjà bénéficié des toxicomanes, des sortants de prison et des personnes errantes.

Deux projets importants ont également mobilisé les services : la création d'un comité local pour le logement autonome de jeunes (CLLAJ) et celle d'une permanence d'accueil et d'accompagnement sur la commune du Lamentin. Cette dernière est conçue comme un centre d'accueil de jour des toxicomanes et de leurs familles. D'abord repérés sur leurs sites de consommation par l'antenne mobile de réduction des risques, ils seront ensuite accompagnés dans leur démarche d'autonomisation. Ces deux projets seront réalisés au tout début de l'année 2003.

Santé publique et risques sanitaires

La DSDS a renforcé ses moyens de lutte contre l'alcoolisme par :

- la mise en place d'une équipe de liaison en alcoologie propre à l'ensemble du département ;
- la création d'une nouvelle structure dans le Sud, qui en était jusqu'alors dépourvu ;
- l'installation d'un comité de prévention alcool ;

- le contrôle et l'évaluation par des inspections régulières des structures et un dialogue permanent avec les partenaires.

Dans le domaine du handicap, la politique globale a été poursuivie et amplifiée à travers plusieurs actions :

- le renforcement de la capacité des structures et établissements ;
- l'attribution d'auxiliaires de vie pour favoriser l'autonomie et l'intégration des autistes dans le milieu de vie ordinaire ;
- la réactivation du groupe « Handiscol » ;
- la modernisation et le renforcement des moyens de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et de la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) avec, pour corollaire, une très forte réduction des délais d'examen des demandes ;
- une évaluation du milieu protégé.

Enfin, en liaison avec ses missions de sécurité sanitaire, la direction a orienté ses travaux sur les pesticides. Elle a donc mené plusieurs investigations dans différents milieux et secteurs alimentaires dès 2001, afin de mieux cerner les risques d'exposition humaine aux molécules organochlorées.

La situation a été débattue lors d'un séminaire interrégional sur les pesticides aux Antilles et en Guyane, le 30 avril 2002. Le rapport de l'étude sur les sols et végétaux a ensuite été transmis aux administrations centrales et agences concernées. Au vu de ses résultats, présentés au groupe régional phytosanitaire en juillet 2002, un plan d'action a été élaboré. Le sujet a également été évoqué à la conférence régionale de santé sur la nutrition et les risques alimentaires, le 13 décembre 2002.

Enfin a été programmée une étude d'évaluation quantifiée des risques, coordonnée par la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) Antilles-Guyane, avec l'appui de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). Celle-ci permettra de déterminer si une réduction de l'exposition est nécessaire, quelles sont les concentrations tolérables dans les différents aliments et, en fonction de nos connaissances, les risques d'atteinte à la santé.

Politique hospitalière

En 2002, l'action de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) s'est concentrée sur :

- la volonté d'objectiver la production et les coûts de fonctionnement des établissements publics et privés de santé ;
- l'accompagnement des établissements dans la redéfinition de leur rôle, afin de mieux répondre aux questions de santé publique.

Des actions, portant notamment sur la formation de médecins, ont été également entreprises pour améliorer l'utilisation et la qualité des informations issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce travail a été rendu indispensable par la mise en place, dès 2004, de la tarification à l'activité.

Dans le domaine de l'organisation des soins, une attention particulière a été portée à deux opérations majeures d'investissement :

- le pôle mère-enfant du centre hospitalier universitaire de Fort-de-France : 49 M€ ;
- la cité hospitalière de Mangot-Vulcin : plus de 100 M€.

Les établissements ont été invités à travailler sur leurs complémentarités. La cité hospitalière de Mangot-Vulcin deviendra ainsi le pôle de chirurgie ambulatoire publique et un pôle pour la chirurgie urologique de semaine. Elle accueillera en outre des activités comme la néphrologie et le traitement de la drépanocytose.

Ainsi, les hôpitaux de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), tous situés dans le centre de l'île où vit la majorité de la population, géreront des activités complémentaires et seront organisés en réseaux.

L'ensemble de ces actions a été mené dans un double objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge des populations et de maîtrise des coûts.

Sensibilisation à la violence conjugale

Une campagne contre les violences conjugales a eu lieu en Martinique du 17 novembre au 9 décembre 2002, à l'initiative de la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE). Pour développer les actions supports de cette campagne, un comité de pilotage, coordonné par l'Union des femmes de la Martinique (UFM), a été constitué.

Les outils de communication, déclinés autour d'un visuel (photographie d'un petit garçon) et du slogan « Pour moi, un homme ne doit pas battre une femme. Ce serait super si mon père était du même avis », étaient les suivants :

- une affiche installée au conseil général, à la mairie de Fort-de-France et dans un hypermarché du Lamentin ;
- 100 000 tracts intitulés « Cinq préjugés, cinq réalités » ;
- la mobilisation de la presse écrite, radiophonique et télévisuelle locale.

Des actions d'information et de sensibilisation du grand public et des professionnels ont ponctué les trois semaines de la campagne, avec en particulier des conférences-débats précédées de la projection du film *Plus jamais*, la représentation de la pièce en langue créole *Maré poulet zot* ou des expositions de photographies.

EMPLOI

Insertion et formation des femmes demandeuses d'emploi de longue durée

Une étude prospective réalisée en Martinique montre que, pour la période 2000-2005, les organismes employeurs envisagent d'embaucher plus de 90 personnes titulaires d'un diplôme qualifiant afin d'exercer les métiers d'aide à la personne. La diversité des emplois de proximité engendre des demandes de formation spécifiques, portant notamment sur le métier d'auxiliaire de vie sociale. Pour permettre à quinze femmes demandeuses d'emploi de longue durée d'exercer une activité d'aide à domicile (personnes âgées, familles et personnes handicapées) ou en établissements spécialisés, la DRDFE soutient depuis, l'année 2002, le projet d'un organisme qui développe une formation de niveau V d'auxiliaire de vie sociale.

Modernisation des services déconcentrés du travail

À l'issue d'une large consultation du personnel et de ses représentants syndicaux, la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) dans les services de la direction du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DTEFP) s'est traduite, en 2002, par :

- le 1^{er} avril, la gestion des horaires par enregistrement individuel (badgeuses) ;
- le 1^{er} mai, la création d'horaires variables dans le cadre des nouveaux règlements intérieurs (choix de deux horaires de référence : 38 heures 30 ou 35 heures 52) ;
- le 1^{er} juillet, la dématérialisation des procédures de demande d'absence.

En octobre, un premier bilan a entraîné le réaménagement des règlements intérieurs.

La démarche d'ARTT a permis d'améliorer le service rendu à l'utilisateur, grâce à l'élargissement des horaires d'ouverture au public (augmentation de 23 % de la durée hebdomadaire).

Par ailleurs, le renouvellement de l'autocommutateur, obsolète, a conduit à une réflexion sur l'amélioration de l'accueil téléphonique. Un cahier des charges fonctionnel et technique a été réalisé et les offres sélectionnées. Mené dans le cadre d'une démarche participative du personnel, l'ensemble de l'étude a été diffusé aux représentants du personnel de la DTEFP.

Enfin, dans le cadre de la mise en œuvre de la Directive nationale d'orientation (DNO) 2002 (axe pluriannuel n° 3), diverses mesures ont porté sur le patrimoine des services :

- élaboration d'un plan pluriannuel d'entretien des locaux et de renouvellement des équipements (postes de travail informatique, mobilier, véhicules, équipements de reprographie, téléphonie...) ;
- création d'un plan de maîtrise des dépenses annuelles, permettant de dégager des marges nécessaires au financement de ce plan.

Soutien à l'emploi

Les services ont activement travaillé à la pérennisation de l'emploi et au suivi des directives nationales. Ainsi, les taux de réalisation des contrats emploi solidarité (CES) et des contrats emploi consolidé (CEC) ont presque atteint l'objectif initial (3 000 emplois) : 2 343 conventions ont été signées.

En matière de nouveaux services emplois jeunes (NSEJ), le taux de réalisation est de 86 % (172 nouveaux postes sur les 200 prévus). Le dispositif concerne 600 employeurs pour 3 200 emplois jeunes, hors Éducation nationale et ministère de l'Intérieur.

Enfin, la loi d'orientation pour l'outre-mer (LOOM) a également permis la montée en puissance des Projets initiative jeunes (PIJ) : 82 % des objectifs des PIJ mobilité ont été réalisés ; les PIJ création ont, pour leur part, favorisé 269 créations nettes d'entreprises (324 demandes, 302 primes accordées).

Cohésion et dialogue social

Pour appuyer le dialogue social et ouvrir des espaces de négociation régionale, deux démarches ont été entreprises conjointement. L'une concerne les conditions des travail et l'autre les médiateurs.

Ainsi, l'agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) poursuit deux objectifs :

- aider à l'amélioration des conditions de travail ;
- soutenir les compétences dans les entreprises *via* la promotion du dialogue social.

Cette agence a été créée à la fin de 2001, à l'initiative des partenaires sociaux, à la suite de la session régionale relative au dialogue social, organisée avec l'Institut national du travail et le Secrétariat d'État à l'Outre-Mer. Gérée de façon paritaire par les partenaires sociaux, elle est financée par les collectivités locales, l'État et l'Agence régionale pour l'amélioration des

conditions de travail (ARACT). Son équipe - composée d'une directrice, de deux chargés de mission et d'une assistante - a déjà effectué 64 interventions.

Enfin, une liste de médiateurs dans les conflits sociaux et une commission régionale de conciliation sont en cours de constitution. Ces instances pourront être saisies lors des conflits collectifs du travail, afin d'accompagner leur règlement. Un projet d'appui au dialogue social est également à l'étude pour favoriser la « médiation à froid ». Il nécessite, au préalable, la constitution de binômes d'intervenants formés à la technique de la médiation préventive.

Favoriser l'intégration scolaire et l'insertion professionnelle

La réussite de cet objectif passe par la restructuration du réseau d'accueil des jeunes. Ce dernier s'appuie aujourd'hui sur sept permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) - dont 6 mises en œuvre par un groupement d'établissements de l'Éducation nationale (GRETA) - et deux missions locales. Or les PAIO ont vocation à disparaître et le territoire devrait être couvert par trois ou quatre missions locales. Un état des lieux du réseau (personnel, modes de financements, locaux...) a donc été dressé. Les pistes de restructuration ont été présentées aux financeurs (État et Région), aux responsables des structures et le seront bientôt aux différents maires concernés. Cette restructuration devrait déboucher sur :

- une plus grande implication des élus ;
- une mutualisation des moyens ;
- une meilleure couverture du territoire ;
- de meilleures conditions d'accueil et de travail.

Enfin, une évaluation régionale du milieu protégé (centres d'aide par le travail et ateliers protégés) a été engagée en 2002. Réalisée en sous-traitance, elle devrait être menée à bien durant l'exercice 2003.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	381 427
Population active ayant un emploi (RP99)	30,4 %
Population salariée (RP99)	25,8 %
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	6 966
- Construction	4 489
- Tertiaire	45 359
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	39 467
- Femmes (en %)	58,8
- Moins de 25 ans (en %)	12,4
- Chômage Longue Durée (en %)	49,6
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	1,7
Taux de chômage 2002 (en %)	-
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	3 912
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	4 344
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	408
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	1 659
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001 (chiffre global pour la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion)	5 370

SANTÉ, SOCIAL

Protection sanitaire des populations

Celle-ci a mobilisé les services déconcentrés des Affaires sanitaires et sociales (directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales, DRASS et DDASS) sur plusieurs grands thèmes. Ainsi, la surveillance de l'eau de distribution publique (pesticides, produits phytosanitaires...) demeure l'une des préoccupations permanentes. Dans cette région à forte composante thermale, les dispositions de l'arrêté de juin 2000 relatives au thermalisme ont été rapidement mises en œuvre afin de répondre aux exigences de santé générale. En complément et dans les établissements ouverts au public, une recherche de légionnelle est assurée en cas de besoins sur le réseau intérieur. Les moyens de défense sanitaire ont également été renforcés : deux postes Biotox ont été créés (médecin-inspecteur de santé publique, ingénieur du génie sanitaire) et les équipements alloués aux établissements de santé au titre de la zone de défense ont été améliorés (antidotes, antibiotiques, respirateurs, plans « nouveaux risques biologiques et chimiques »). Enfin d'autres réalisations sont à noter : tenues de deux réunions de coordination avec la zone de défense Sud-Ouest, édition de l'annuaire défense, préparation et coordination des plans de gestion et distribution de comprimés d'iode et validation de neuf fiches réflexes « gestion locale alerte sanitaire » (GLAS).

Dans les zones à faible densité de population, qui couvrent la plus grande partie de la région, l'organisation de la permanence des soins reste parfois problématique. Elle a été notamment perturbée dans plusieurs secteurs, cette année, par des conflits sociaux importants (infirmières et médecins libéraux, ambulanciers...). Ces événements ont entraîné un réexamen en profondeur de l'intégralité du système :

- régulation et sectorisation des gardes pour les médecins libéraux et les ambulanciers ;
- nouvelle répartition contractuelle des tâches entre les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), ambulanciers et service d'aide médicale urgente (SAMU) – service mobile d'urgence (SMUR), médecins libéraux.

Par ailleurs, une campagne de vaccination contre la méningite a été organisée dans les Hautes-Pyrénées du 21 octobre au 21 décembre 2002, à la suite de cas répétés et nombreux, mortels pour certains. Les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales ont mis en place le dispositif avec l'appui d'autres institutions (Éducation nationale, conseil général...) et le concours actif des médecins libéraux. L'inspection de la pharmacie a également apporté sa contribution (logistique de stockage, répartition et distribution des vaccins).

Enfin, la commission consultative régionale des vigilan-

ces a poursuivi et amplifié l'action menée en 2001 pour accompagner les programmes de gestion des risques dans les établissements publics de santé. Les contrôles de sécurité sanitaire se sont poursuivis (sécurité anesthésique et laboratoires de biologie médicale).

Programmes de santé

Une conjonction favorable d'attentes et d'opportunités a conduit à la création d'une commission consultative régionale de prévention. Rassemblant des représentants de l'État (Éducation nationale, Jeunesse et Sports, Travail, administration pénitentiaire, protection judiciaire de la jeunesse...), des conseils généraux, de l'assurance maladie, de la Mutualité et du secteur associatif, elle a pour mission de coordonner les politiques de santé dans la région. Parmi ses priorités d'action, une procédure commune d'appel à projets financés par les crédits de promotion de la santé (État) et par le Fonds national de prévention, éducation et information santé (FNPEIS, assurance maladie) a été mise au point en 2002, en vue d'un lancement à titre expérimental.

Les travaux préparatoires du schéma régional d'éducation pour la santé ont également permis de mettre en synergie les acteurs de ce secteur.

De même, la contribution de Midi-Pyrénées à l'élaboration de la loi de programmation quinquennale de santé publique - validée par le comité régional des politiques de santé le 26 novembre 2002 - a permis de consulter plus de 400 personnes sur ce thème. Parmi tous les programmes, priorité a été donnée au plan national Cancer, afin de favoriser la généralisation du dépistage organisé en Midi-Pyrénées. Après l'Aveyron en 2001, l'Ariège, le Gers, les Hautes-Pyrénées, le Tarn et le Tarn-et-Garonne se sont dotés, en 2002, des structures de gestion nécessaires ; le Lot et la Haute-Garonne devraient en disposer avant la fin de 2003. Un soutien financier de l'État (486 000 €) a facilité la montée en charge des structures de gestion et favorisé le déploiement d'une informatique mutualisée.

Lutte contre les exclusions

La création de 92 nouvelles places sur 4 ans en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ne suffit pas à combler des besoins de plus en plus importants dans ce secteur, notamment sur Toulouse.

La récente mise en perspective régionale des schémas CHRS montre la forte tension autour de la question de l'accueil des demandeurs d'asile, bien que l'objectif ministériel 2002 de créer 150 places de centres d'accueils pour demandeurs d'asile (CADA) supplémentaires en Midi-Pyrénées ait été dépassé.

Enfin, l'évaluation du programme régional d'accès aux soins des plus démunis (PRAPS) a été menée à bien et les 17 permanences ont fait l'objet d'un audit. La réactivation du dispositif du revenu minimum d'insertion (RMI) a également été conduite dans tous les départements.

Politiques en faveur des publics fragiles

Dans le domaine des personnes âgées, l'action des services de la DRASS a porté prioritairement sur :

- la médicalisation des établissements (80 conventions signées en 2002) ;
- le renforcement des capacités (création de 136 places de services de soins infirmiers à domicile) et le maintien à domicile. Le nombre de centres locaux d'information et de coordination (CLIC) a doublé : en 2002, 26 sont opérationnels.

Pour les personnes handicapées, l'accent a porté sur l'intégration scolaire et le développement du plan Handiscol : le Lot, les Hautes-Pyrénées, le Tarn, la Haute-Garonne et le Tarn-et-Garonne ont mis en place des sites pour la vie autonome.

Au titre de la lutte contre la maltraitance, 33 inspections ont été réalisées, dont 27 à titre préventif et 6 à la suite de plaintes.

Modernisation des services de la DRASS

Le comité technique régional et interdépartemental a structuré et formalisé ses modes de fonctionnement. Il s'est engagé de façon très volontaire sur la mutualisation des moyens, au niveau régional et interdépartemental, mais aussi dans le cadre du projet de regroupement des services DRASS/DDASS de Haute-Garonne :

- le programme de formation a mis l'accent sur la délocalisation des stages ;
- l'appui juridique a développé la fonction de conseil et d'expertise, en réponse à la demande grandissante des DDASS en charge de l'instruction de dossiers de contentieux, de plus en plus nombreux ;
- le site documentaire a été installé dès le début de 2002 ; sa dimension interdépartementale est en cours de concrétisation ;
- le développement du site Internet est effectif ; le thème santé est en ligne et sera rénové après évaluation.

Schéma régional de l'organisation sanitaire : bilan à mi-parcours

Les hôpitaux, établissements publics et cliniques se sont engagés dans un fonctionnement de plus en plus intégré. Conventions, mises en réseau et complémentarités se sont développées. La dynamique des rapprochements a pris de l'ampleur.

Le secteur de la naissance a connu le plus de changements. Des mouvements de regroupement via le secteur public ont été constatés. D'importants moyens supplémentaires ont également été affectés aux urgences, afin de conforter l'organisation régionale. Enfin, des efforts importants ont permis de renforcer la médicalisation des structures de soins de suite et de réadaptation. Les patients sortent donc de plus en plus tôt des services de court séjour.

En psychiatrie, la première année d'application du schéma, adopté en juillet 2001, a été perturbée par les conséquences de l'explosion d'AZF. Tout le dispositif régional a été mobilisé. L'accident a prouvé la nécessaire réorganisation du dispositif départemental de psychiatrie en Haute-Garonne. La Mission nationale

d'appui en santé mentale a aidé à redéfinir des orientations fortes : dispositif d'urgence intégré et gradué, développement de l'ambulatoire, meilleure répartition des pôles d'hospitalisation, ouverture sur le champ médico-social et social. Tous les opérateurs sont concernés par ces évolutions : le centre hospitalier Marchant, le centre hospitalier universitaire, l'ensemble des cliniques, les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et le secteur associatif. Un plan quinquennal retrace les perspectives attendues.

Équipements médicaux lourds

Les indices de besoins régionaux de cinq équipements médicaux lourds (scanners, IRM, caméras à scintillation non munies de détecteurs d'émissions de positons à coïncidence, appareils de destruction transpariétale) ont été fixés par une décision du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). La région comptera ainsi 28 scanners, 18 IRM et 20 caméras à scintillation.

Contractualisation des établissements de soins

Cette procédure, désormais bien connue des établissements hospitaliers, permet de décliner le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) et de gérer des objectifs pluriannuels dans la transparence. En 2002 l'ARH s'est attachée à :

- rapprocher et harmoniser les procédures de négociation des contrats publics et privés ;
- développer les procédures d'avenants pour intégrer les projets sociaux ;
- alléger les procédures de négociation ;
- élaborer une méthode adaptée pour les contrats avec les hôpitaux locaux.

Soutien aux réseaux de soins

La consolidation de réseaux existants a été privilégiée sur la constitution de nouveaux réseaux. À la suite des audits externes menés en 2001, des engagements financiers ont été dégagés conjointement par l'ARH et sur le Fonds d'aide à la qualité des soins de vie (FAQSV) pour les réseaux diabète, oncologie et périnatalité.

Dans la région, l'organisation des réseaux soins palliatifs/lutte contre la douleur repose sur différents secteurs : ambulatoire, hospitalier, médico-social et social. Le fonctionnement repose sur un dispositif à trois niveaux :

- une activité de soins de proximité assurée par des équipes ambulatoires ou hospitalières. Dans les établissements, elle est identifiée car elle suppose des moyens renforcés avec des personnels formés à ce type de prise en charge ;
- une activité d'aide, de soutien et de conseil assurée par l'unité mobile de soins palliatifs. Celle-ci intervient en appui des équipes de proximité ;
- une activité de coordination générale du réseau.

Le deuxième plan triennal 2002-2004 et les moyens d'accompagnement financiers dépendent du respect de ces principes.

Mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail

Dans la région, des accords ont été signés dans plus de 80 % des établissements hospitaliers. Des modifications sensibles des organisations seront nécessaires pour garantir la qualité des soins. La réduction du temps de travail médical accentuera encore cette nécessité.

Lutte contre les violences faites aux femmes

Dans le cadre des travaux de la commission départementale d'actions contre les violences faites aux femmes du Tarn, animée par la chargée de mission départementale, une sous-commission traite, depuis 2002, de tous les problèmes de harcèlement - sexuel ou moral - sur le lieu de travail. Des médecins du travail et des représentants syndicaux participent aux travaux de cette sous-commission, dont l'un des objectifs est de repérer et de former des personnes susceptibles de devenir médiateurs au sein de leur entreprise.

Par ailleurs, des formations des professionnels sur l'accueil et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales sont organisées depuis l'année 2002 pour un public mixte : gendarmes, policiers, intervenants sociaux et sanitaires. Elles ont été animées par des psychiatres, spécialistes en victimologie. Ces derniers travaillent avec des pédopsychiatres spécialistes de la maltraitance sur les mineurs, afin de sensibiliser les stagiaires aux violences intra-familiales, dans leur totalité et leur complexité. Ces journées de formation sont conclues par des procureurs.

EMPLOI

Favoriser l'égalité des filles dans le système éducatif

La convention signée le 17 septembre 2002 entre le préfet de la région Midi-Pyrénées et la rectrice de l'académie de Toulouse comprend quatre axes :

- favoriser auprès des filles et des garçons une conception plus large des représentations sexuées ;
- promouvoir et développer l'acceptation des différences, le respect mutuel et l'égalité des deux sexes, qui sont les fondements essentiels de la construction de la citoyenneté ;
- améliorer l'orientation scolaire et professionnelle des filles et des garçons et veiller à l'adaptation de l'offre de formation aux perspectives d'emploi et de développement économique ;
- renforcer les outils de promotion de l'égalité par l'information et la formation des acteurs.

Les services de l'académie de Toulouse et la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) sont chargés de co-piloter la mise en œuvre des axes d'action de cette convention.

Accès de tous à l'activité et à l'Emploi

La Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) a mis en œuvre le programme territorialisé 2002 de prévention et de lutte contre le chômage de longue durée et les exclusions.

Celui-ci a permis de faire bénéficier les demandeurs d'emploi de la région de :

- 15 256 contrats dans le secteur non marchand (contrat emploi-solidarité et contrat emploi consolidé) ;
- 3 388 contrats dans le secteur marchand (contrat initiative emploi) ;
- 879 stages d'accès à l'emploi dans les entreprises ;
- 4 829 places de stages collectifs et individuels.

Les objectifs fixés à la région ont été réalisés à 104 % (24 352 places attribuées / 25 250 bénéficiaires entrés sur les mesures). Le chômage de longue durée de plus de 2 ans a baissé de 16,7 % (objectif 15 %) et celui des jeunes de 12,2 %, alors que la tendance nationale est à l'augmentation (+ 4 %).

La poursuite, par l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), du PAP-ND (projet d'action personnalisé pour un nouveau départ) a permis d'utiliser différentes prestations d'accompagnement. De nouvelles possibilités d'activation des dépenses passives du chômage ont également été mises en place, grâce aux cofinancements dégagés par l'Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC) Midi-Pyrénées, dans le cadre du plan d'aide au retour à l'emploi (PARE). Le volet formations conventionnées établi par l'ASSEDIC sur le 2^e semestre a aidé certaines entreprises qui rencontraient des difficultés de recrutement.

Enfin, le nombre de places attribuées pour la région au programme TRACE (trajet d'accès à l'emploi) a été fortement accru, passant de 2 400 à 3 600 (les missions locales prenant en charge 80 % de ce plan, les organismes extérieurs 20 %). Pour les publics les plus en difficulté, une partie des places réservées aux opérateurs externes a été consacrée à une première étape, d'une durée de 6 mois, préalable à l'entrée dans le programme TRACE classique. En décembre 2002, le programme a pu être réalisé à environ 90 %.

Développement économique d'activités et d'entreprises

L'objectif initial du programme emplois jeunes est de favoriser l'avenir des nouveaux services, de former les jeunes et de pérenniser leur emploi. La plate-forme de professionnalisation a réuni les correspondants pour coordonner les interventions locales. Elle apporte en outre un appui méthodologique aux DDTEFP dans l'analyse et l'exploitation des dossiers transmis par les employeurs, en vue d'attribuer les aides prévues par l'épargne consolidée ou la convention pluriannuelle.

Au 31 décembre 2002, sur 3 509 postes créés dans les associations entre 1997 et 2000, 1 088 avenants « épargne consolidée » ont été signés, soit 31 % des postes éligibles. Parmi ces postes occupés depuis 1998, 37 % ont obtenu l'épargne consolidée, et 408 postes sont budgétés en convention pluriannuelle au 31 décembre 2002, soit 38 % des postes éligibles.

Un bilan au 31/12/02 du contrat jeune en entreprise montre un développement régulier, avec 1 190 dossiers de demandes pour 970 demandes validées. Les embauches ont surtout concerné les activités suivantes : services (28 %), commerce (26,5 %), bâtiment-travaux publics (27,3 %) et industrie (18,2 %). Y ont surtout recours les très petites entreprises (2/3 environ) et petites entreprises. Le contrat jeune profite majoritairement aux jeunes hommes (75 %).

Malgré un nombre relativement important de demandeurs d'emploi en Midi-Pyrénées, certains secteurs professionnels continuent à faire valoir des difficultés croissantes de recrutement pour pourvoir des postes vacants. Une étude a été commanditée par la DRTEFP et l'ANPE de Midi-Pyrénées auprès du Centre d'animation et de ressources de l'information sur la formation-Observatoire régional emploi formation (Carif-Oref) en vue d'examiner les possibilités de transferts entre métiers de nature voisine. Une dizaine de métiers industriels n'ayant pas *a priori* de problème d'image et connaissant des difficultés de recrutement a ainsi été sélectionnée. Les compétences communes ont d'abord été repérées, au besoin en organisant des actions de formation courtes ou des stages en entreprise. L'étude a ensuite déterminé les éléments favorisant un transfert de compétences et, par conséquent, une reconversion de demandeurs vers les métiers recherchés par les entreprises. Ses conclusions vérifient l'hypothèse de départ. Pour chacun des métiers sélectionnés, les transferts potentiels ont été identifiés au niveau régional mais aussi à celui des bassins d'emploi, à partir du détail des demandeurs inscrits et des offres d'emploi déposées à l'ANPE. La méthode ainsi expérimentée semble donc constituer une réponse - ou au moins un outil d'élargissement du champ d'investigation - pour le demandeur et l'offreur d'emploi. Dans certains cas, elle améliore le volume des débouchés des bénéficiaires d'actions de formation rencontrant des difficultés d'insertion.

Valorisation du potentiel humain

La DRTEFP a porté une attention particulière à la validation des acquis. La démarche de recherche de validation des actions financées par l'État a été amplifiée et les expérimentations déjà initiées les années antérieures ont été poursuivies. Ce fut notamment le cas dans les industries agroalimentaires, où la majorité des actions visaient l'obtention d'un CQP (certificat de qualification professionnelle de branche), et dans les maisons de retraite.

Par ailleurs, un échantillon de 10 entreprises a expérimenté un système de validation fondé sur les compétences des salariés.

L'accord territorial du Ségala (12) a permis d'inciter des entreprises à faire évaluer leurs salariés avant et après la formation, au moyen d'une prestation spécifique confiée au Centre inter-institutionnel de bilans de compétence (CIBC 12), dans le cadre du contrat de plan État/région.

Enfin, une action spécifique de lutte contre l'illettrisme a été engagée dans la branche propreté. Des salariés possédant de faibles niveaux de qualification et d'origine non européenne pourront acquérir la maîtrise des écrits professionnels. Cette opération de-

vrait être démultipliée en 2003 auprès de l'ensemble des entreprises du secteur, avec un cofinancement État-Fonds social européen.

Au sein de la région ont été conclus en 2002 :

- 2 accords de branche (métallurgie et transports) ;
- 1 accord spécifique avec les ambulanciers visant à assurer la formation de conducteurs de véhicules sanitaires ;
- 1 appui technique (sur des crédits CEP). Celui-ci a été réalisé à la demande de l'interprofession bois/forêt, afin d'étudier la faisabilité d'un accord pour le secteur des scieries.

La mise en œuvre effective du plan Administration en réseau (ADER) s'est traduite par des demandes individuelles d'entreprises de la métallurgie, souhaitant se diversifier soit pour accéder aux marchés de sous-traitance liés à l'assemblage de l'A380 soit, au contraire, pour rechercher de nouveaux créneaux en dehors des donneurs d'ordre de l'aéronautique.

Au total, en 2002, 534 entreprises ont bénéficié d'une aide de l'État pour assurer la formation de 3 034 salariés, soit 1 960 840 € engagés pour 167 242 heures de formation.

Protection des salariés

L'inspection du travail a orienté son action sur :

- la poursuite de l'évaluation des risques professionnels, à partir des enseignements tirés de trois années d'expérimentations départementales. Le travail a porté en particulier sur l'extension de la démarche au plus grand nombre possible d'entreprises. Tous les acteurs de la prévention ont été mobilisés. Les relais (organisations professionnelles, chambres consulaires) permettant des interventions au plus près du terrain ont été activés. Plusieurs milliers d'entreprises ont ainsi bénéficié d'une sensibilisation, d'une information, voire d'un appui technique ;
- le renforcement de la prévention des nouveaux risques en matière de santé, notamment ceux liés à la conception, à l'organisation et à la gestion du travail. Sur le terrain ont eu lieu des actions de sensibilisation, d'échange et de mobilisation de l'ensemble des acteurs de la prévention. Un séminaire régional, rassemblant plus de 300 personnes sur la question des risques psychosociaux (stress au travail), a été organisé et financé par l'Agence européenne de Bilbao ;
- la continuité de l'opération menée en direction des membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et des délégués du personnel. Afin d'aider les représentants du personnel à analyser les risques professionnels dans les situations de travail, cette action a été plus particulièrement orientée sur l'amélioration du dispositif des formations dispensées par les organismes agréés.

Enfin, en dehors de son action régulière (29 870 observations, 132 arrêts de chantiers, 238 mises en demeure, 375 infractions relevées par procès-verbaux, 225 enquêtes de maladies professionnelles...), l'inspection du travail a émis 66 avis sur des projets de contrats de prévention ou des demandes de minoration du taux « accidents de travail/trajet ». Elle a instruit 6 dossiers de demande de subvention au titre

du Fonds d'amélioration des conditions de travail (FACT), vérifié 10 bilans de stages de formation dispensée aux représentants du personnel au CHSCT et étudié 10 nouveaux dossiers de demande d'octroi d'agrément pour la formation des membres de CHSCT. En matière de contestations de décisions prises par les inspecteurs du travail, ont été instruits :

- 32 recours hiérarchiques, dont 23 concernent des licenciements de salariés protégés, 2 des mises en demeure en hygiène et sécurité, 2 des contestations électorales, 2 des règlements intérieurs et 3 des contestations d'incapacité médicale ;
- 5 recours contentieux.

Par ailleurs, une démarche d'animation régionale a été engagée afin que chaque section d'inspection réalise un diagnostic territorial. Celui-ci servira à élaborer des plans d'actions permettant de suivre la politique du travail définie par l'administration centrale. Il s'agissait, dans un premier temps, d'établir un diagnostic des principales caractéristiques des territoires d'intervention des services d'inspection.

Le dialogue social

L'année 2002 a été marquée par une très forte baisse du nombre d'accords « négociation collective » transmis à la DRTEFP. Cela s'explique par la fin des accords sur l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT). Au titre de la négociation collective, le volume global des accords reçus est ainsi passé de 1995 en 2001 à 495 en 2002 (accords et avenants). L'examen des accords sur l'épargne salariale représente, en revanche, un volume constant. La nouvelle loi sur l'épargne salariale de 2001 provoque toujours une forte sollicitation du service. Tous thèmes confondus, 984 accords ou avenants ont été examinés contre 2 472 en 2000. L'examen de ces accords a permis l'élaboration de notes trimestrielles sur la réduction du temps de travail et son suivi statistique.

Hors de la négociation collective, le volume des dossiers traités est sensiblement identique à celui de l'année précédente, avec 489 dossiers relatifs à l'épargne salariale (384 au titre de l'intéressement et 105 pour la participation) contre 477 en 2001.

Enfin, 62 304 € ont été engagés au titre de l'aide au conseil, afin d'accompagner des petites et moyennes entreprises (effectif compris entre 18 et 63 personnes), situées dans 4 départements différents et présentant des contextes économiques diversifiés. Ce financement a permis de conduire des projets définissant une organisation nouvelle et innovante, reposant sur une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans une perspective à long terme.

Perspectives

Malgré les difficultés liées à la régulation budgétaire intervenue dans le courant de l'année, les services de la DRTRPF se sont mobilisés tout au long de l'année sur l'ensemble de ses missions. La nécessité de développer, dans la lutte pour l'emploi et contre les exclusions, le partenariat le plus large possible avec les autres membres du service public pour l'emploi n'a pas été perdue de vue, notamment vis-à-vis du conseil régional, en raison de ses compétences en matière de formation professionnelle, et des partenaires sociaux, qui représentent les entreprises. La conjoncture économique, porteuse jusqu'au dernier trimestre 2002, a permis de développer avec succès une sensible baisse du taux de chômage dans la région. La dégradation observée en fin d'année 2002 et les perspectives bien moins favorables pour les mois à venir doivent inciter tous les acteurs de la relation emploi-formation à resserrer leurs liens et leurs échanges, et à bâtir, à partir des expériences passées ou en cours, des actions partenariales encore plus fortes.

D'autre part, les premières incidences de la loi organique ont amené à commencer à réfléchir sur de nouvelles méthodes de travail pour l'ensemble des services.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	2 551 687
Population active ayant un emploi (RP99)	980 049
Population salariée (RP99)	810 612
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	139 221
- Construction	52 152
- Tertiaire	388 345
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	101 260
- Femmes (en %)	51,2
- Moins de 25 ans (en %)	19,4
- Chômage Longue Durée (en %)	29,2
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	- 10,1
Taux de chômage 2002 (en %)	9,2
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	45 424
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	25 193
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	5 015
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	435 157
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	29 094

NORD-PAS-DE-CALAIS

SANTÉ / SOCIAL

Six programmes régionaux de santé

Six thèmes ont été retenus au titre des programmes régionaux de santé (PRS) : cancers, santé des jeunes, consommations à risque, maladies cardiovasculaires, accès aux soins des personnes démunies, et santé-environnement.

La progression continue du nombre des dossiers (980 en 2002) - ainsi que celle de leur qualité (+ 16 % des projets retenus) - témoignent de la dynamique de la procédure régionalisée. Toutefois, la prépondérance de deux PRS (santé des jeunes, consommations à risque) et la variation du simple au double du nombre d'actions, rapportée à la population de chaque arrondissement, montre qu'il faut passer à une gestion des PRS plus ciblée et plus déconcentrée par territoire. Cette année, la contribution de l'État s'est élevée à 4 M€, dont 1,8 M€ au titre du contrat de plan État-région (CPER).

Plan cancer

Dans le Pas-de-Calais, la gestion du dépistage du cancer du sein est assurée par la structure OPA-LINE 62, qui sera opérationnelle à partir de 2003. Depuis 1998, ce dépistage est géré dans le Nord par l'Association pour le dépistage des cancers dans le Nord (ADCN), également responsable du dépistage du colon rectum.

Par ailleurs, 11 réseaux de soins palliatifs à domicile s'organisent pour la prise en charge des malades.

Santé et environnement

Après un état des lieux quantitatif et qualitatif, le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) est en cours de finalisation.

Dans le cadre du programme régional d'action en santé environnement, l'État a apporté une aide de 0,6 M€ au titre du CPER pour le dépistage du saturnisme infantile, l'intoxication au monoxyde de carbone, le logement insalubre et l'évaluation des risques sanitaires à proximité des sites et sols pollués.

Par ailleurs, les projets en cours ont été poursuivis dans plusieurs domaines : recherche d'amiante dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, plan régional de la qualité de l'air, logement indigne, élimination des déchets de soins et qualité de l'eau.

Qualité de l'offre de soins

Dans le cadre de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et en application des schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS) et des contrats d'objectifs et de moyens (COM) en cours,

142 dossiers d'autorisation ont été présentés au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) en 2002.

Au-delà des mesures d'amélioration d'accueil, d'information et de suivi individuel des 1 300 internes et résidents, le plan régional pour le développement des ressources médicales a permis à 34 praticiens de s'installer dans la région après l'internat.

Une école d'ambulanciers et deux écoles de cadres se sont ajoutées aux 40 écoles paramédicales déjà existantes. Outre la délivrance des diplômes d'État, 267 autorisations d'exercice pour des titulaires de diplômes de l'Union européenne et 135 dossiers de validation des acquis de l'expérience (VAE) ont été examinés. Les capacités de formation des aides soignants sont passées de 689 à 1 175 places, sans oublier la création de quatre écoles d'aides soignants par l'éducation nationale.

Par ailleurs, au terme de l'année 2002, l'ARH Nord-Pas-de-Calais présente un bilan d'activité substantiel : Les derniers contrats d'objectifs et de moyens des centres hospitaliers ont été signés. La démarche de contractualisation a donné les résultats escomptés : la production de soins s'est accrue d'environ 25 %. Elle est mieux répartie dans la région.

La modernisation du système hospitalier se poursuit depuis 1997. En 2002, plus de 270 opérations significatives de modernisation, coopération, restructuration et création de nouvelles activités ont été recensées, dont une grande partie est achevée ou en cours de réalisation.

L'année a, par ailleurs, été marquée par la signature de nombreux volets sociaux des contrats d'objectifs et de moyens. Aujourd'hui, chaque hôpital public du Nord-Pas-de-Calais a signé un tel contrat. Ceci a permis de développer une politique sociale dynamique, avec un accroissement de l'effectif hospitalier de 2 569,39 postes en équivalent temps plein (ETP) entre 1997 et 2001 (soit une hausse supérieure à 6 %). Ces nouveaux postes comprennent 2 219,78 ETP non médicaux (+ 5,62 %) et 349,61 ETP médicaux (+12,81 %). Durant cette période, l'augmentation de l'effectif non médical correspond à l'ensemble des créations prévues au titre de l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT). Pour sa part, la hausse de l'effectif médical représente deux fois le nombre de créations prévues au titre de l'ARTT.

En 2002, la démarche contractuelle a également été très fructueuse dans le domaine de la politique sociale : 46 volets sociaux ont été signés, soit la majeure partie des volets sociaux signés en France, grâce à l'allocation de 14 M€ aux établissements de santé du service public. Plus du tiers de ces ressources (plus de 5 M€) a été affecté à la promotion professionnelle, le second tiers (4,1 M€) étant consacré à la santé au travail et à la prévention des risques professionnels.

Autre événement majeur : l'instauration, dans le cadre

de la mise en œuvre de l'ARTT du personnel non médical, d'une nouvelle politique sociale dans les établissements du service public. À ce titre, les établissements du Nord-Pas-de-Calais ont procédé à 974 embauches de personnel non médical, soit une augmentation d'environ 2,5 % du personnel hospitalier non médical et un dépassement de plus de 50 % de l'objectif de recrutement 2002. La composition de la population embauchée montre un effort particulier en faveur du recrutement du personnel soignant, qui représente 79 % des nouveaux arrivants, contre 3 % de personnel médico-technique, 9 % de personnel technique et 9 % de personnel administratif.

Sécurité sanitaire et sécurité civile

L'astreinte des médecins inspecteurs de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), organisée chaque week-end pour la région, a permis de faire face à 49 incidents, dont 40 cas de méningite.

La cellule régionale d'hémovigilance a inspecté 10 dépôts de sang, participé à 81 comités de sécurité transfusionnelle et examiné 406 déclarations d'incidents transfusionnels.

Pour sa part, la coordination régionale des infections nosocomiales a mené des investigations sur six sites hospitaliers. Elle a apporté son soutien au dossier des légionelloses nosocomiales et, en collaboration avec l'Union régionale des médecins exerçant à titre libéral (URMEL), à celui de la prescription des antibiotiques.

L'appui scientifique de la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) pour la gestion des crises a par ailleurs été très important, notamment pour le dossier Métaleurop.

Dans le cadre de la mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE), différents contrôles ont été effectués : 152 en matière de sécurité sanitaire, 126 dans la distribution des médicaments et 105 dans le secteur médico-social et social.

Enfin, sous l'autorité du préfet de zone, la cellule défense civile de la DRASS a mis en œuvre les instructions relatives à la lutte contre le bioterrorisme.

Affaires européennes

Les crédits inscrits dans le cadre des objectifs 1 et 2 ont co-financé des actions relevant des programmes régionaux de santé sur les zones éligibles, malgré la lourdeur des procédures d'instruction.

Les projets sanitaires et sociaux entrant dans le programme Interreg III franco-wallon et dans le programme franco-britannique ont été également instruits.

Handicap : une politique dynamique

Dans ce domaine, l'équipement de la région est supérieur à la moyenne nationale. Depuis 2001, le plan triennal a en effet permis la création de 262 places pour les handicapés spécifiques et d'une cen-

taine de places en services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Entre 1999 et 2003, le plan quinquennal a également donné le jour à 526 places de centres d'aide par le travail (CAT), 121 places de maisons d'accueil spécialisées (MAS) et 146 places de foyers d'accueil médicalisés. Toutefois, malgré cette situation, les listes d'attente demeurent importantes.

Le schéma régional des jeunes déficients auditifs a en outre été présenté au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS).

Dans le cadre de la loi rénovant l'action sociale, un recensement des initiatives en matière d'évaluation de la qualité des prestations des établissements médico-sociaux a été réalisé.

Les efforts en faveur des personnes âgées

Cette année, 105 conventions tripartites ont été signées, sur 531 établissements d'hébergement accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) potentiellement concernés.

Autre nouveauté 2002 : la création de 81 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de 116 places d'accueil temporaire pour les malades d'Alzheimer.

Renforcement de la lutte contre l'exclusion

En 2002, la Région a mobilisé 5 156 places, dont 40 supplémentaires, en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et 395 supplémentaires en accueil d'urgence dans le Nord, notamment à Lille. La ville est en effet confrontée à l'émergence de bidonvilles, dont les occupants ont dû être relogés. Par ailleurs, dans le Pas-de-Calais, le centre de la Croix-Rouge de Sangatte a été fermé en décembre 2002.

Formations sociales

Les acteurs du schéma régional des formations sociales ont lancé différents travaux sur la base des trois axes définis par ce document :

- la charte qualité des organismes formateurs ;
- les besoins en formations supérieures ;
- la régulation de l'offre de formation.

Les organismes de formation au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) ont également été agréés. L'expérimentation de la validation des acquis de l'expérience pour le DEAVS, menée pour 20 candidats en 2002, sera généralisée en 2003.

Observation sociale

Dans le cadre du CPER, un prestataire a été retenu pour recenser les détenteurs de données dans les domaines du handicap, des personnes âgées, de l'enfance et de l'exclusion. Il assurera le partage des informations et construira un outil d'accès et d'exploitation commun.

Protection sociale

Trente-cinq organismes ont été contrôlés par le comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2002-2003, passée entre l'État et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), a donné lieu à une évaluation à mi-parcours sur trois sites.

La mise en œuvre du nouveau code de la mutualité a abouti à 107 immatriculations et 56 dissolutions.

Un bilan de l'activité des commissions de recours amiable a été effectué dans les 13 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et au sein de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM).

Les membres de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux ont été nommés en décembre 2002.

En 2002, la couverture maladie universelle a bénéficié à 417 468 personnes (soit une diminution de 4 %), tandis que 2 539 personnes ont perçu l'aide à la mutualisation.

Pour assurer la permanence des soins de ville, des discussions ont par ailleurs été ouvertes entre la Sécurité sociale des mines (SSM) et le régime général. La réforme de l'allocation d'éducation spéciale dans les caisses d'allocations familiales (CAF) a fait l'objet d'un suivi régulier.

Enfin, la procédure de conventionnement des établissements belges accueillant des handicapés français a été recadrée.

Lutte contre la prostitution

En décembre 2002, la déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) a organisé un forum sur la prostitution. Une première table ronde a invité l'ensemble des acteurs institutionnels (police, mairies, départements et État) à dresser un bilan de la situation régionale. Celui-ci a mis en évidence une forte augmentation de la prostitution depuis deux ans et une montée en puissance d'organisations mafieuses. Les participants ont également insisté sur la situation sanitaire et sociale découlant du phénomène.

Au cours de la seconde table ronde, un officier norvégien travaillant au sein d'Interpol a présenté un dispositif suédois, consistant à faire prendre conscience aux plus jeunes que le sexe ne s'achète pas.

À l'issue de cette journée, les intervenants ont décidé de créer des groupes de travail et d'organiser une séance plénière de restitution de leurs travaux.

EMPLOI

Cette année, la directive nationale d'orientation (DNO) 2002 a défini un certain nombre d'orientations stratégiques, qui ont donné lieu à de nombreuses actions.

Favoriser l'accès de tous à l'activité et à l'Emploi

Le 23 juillet 2002, l'État, la Région Nord-Pas-de-Calais et les ASSEDIC des Pays du Nord et du Pas-de-Calais ont signé une convention sur le financement de la formation des demandeurs d'emploi. Celle-ci définit un certain nombre d'objectifs partagés et de moyens à mettre en place, en termes d'analyse des besoins, d'orientation, d'évaluation des compétences, de mise en place des formations, de prise en charge des coûts, de suivi et d'évaluation. Le but est d'assurer l'accès aux prestations pour les personnes les plus exposées aux risques d'exclusion.

Par ailleurs, une démarche d'accompagnement des acteurs locaux du service public de l'emploi (SPE) a été mise en œuvre dans le cadre de la production des diagnostics territoriaux. Elle repose sur :

- la production d'indicateurs commentés par zones, avec une comparaison départementale, régionale, voire nationale ;
- une séance d'animation par regroupement de zones, avec présentation des indicateurs et échanges autour d'un thème fédérateur.

Pour sa part, le dispositif trajet d'accès à l'emploi (TRACE) a atteint 93,5 % de l'objectif 2002 et des reports 2001, ce qui représente 9 984 entrées à la fin de décembre 2002.

Accélérer le développement économique

Dans son domaine de compétences (ressources humaines, formation professionnelle, conditions de travail), la DRTEFP a contribué aux négociations entre l'État, la Région, les professions et les syndicats pour l'élaboration de quatre plans régionaux sectoriels (PRS) :

- mécanique et biens d'équipement industriel ;
- bâtiment-travaux publics ;
- imprimerie-conception graphique ;
- hôtellerie-restauration.

Ces programmes ont vocation à définir, sur une durée de trois ans, les orientations stratégiques de la branche. La consolidation des activités nouveaux services emplois jeunes (NSEJ) a également constitué une priorité en 2002. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, le programme NSEJ a permis d'embaucher 27 000 salariés depuis 1997 : 18 000 d'entre eux sont encore en poste, 56 % relèvent du droit commun (associations, collectivités locales ou établissements publics), 34 % de l'Éducation nationale et 10 % du ministère de l'Intérieur.

Pour consolider les activités et les emplois dans le cadre d'une approche inter-institutionnelle, les DDTEFP se sont par ailleurs attachées à :

- mener l'instruction des demandes d'épargne consolidée et de conventions pluriannuelles déposées par les associations ;
- réaliser un diagnostic d'ancrage territorial sur chaque zone d'emploi, afin d'identifier les potentiels économiques et d'éclairer les politiques publiques ;
- engager des démarches destinées à la consolidation financière des postes ;
- financer des actions d'appui-conseil et mettre en place quatre dispositifs locaux d'accompagnement, dans le cadre des accords avec la Caisse des Dépôts et Consignations ;
- organiser l'accompagnement des jeunes dont les postes arrivent à terme.

Enfin, dans le cadre de la plate-forme de professionnalisation, et en collaboration étroite avec les DDTEFP et la Région, la DRTEFP s'est mobilisée pour :

- informer les porteurs de projets sur la formation (rencontres locales et plaquette de communication) ;
- accompagner des structures dans le montage du plan de formation ;
- élaborer des programmes de formation adaptés aux secteurs et aux structures, afin de permettre la professionnalisation des activités et des salariés et l'insertion professionnelle des jeunes.

Développer les emplois de qualité et valoriser les potentiels humains

Pour accompagner la réduction du temps du travail dans les très petites entreprises (TPE), treize conventions ont été signées avec les branches professionnelles. Deux autres ont été conclues avec la Chambre régionale du commerce et de l'industrie et la Chambre régionale des métiers. Les entreprises se sont toutefois mobilisées plus difficilement que l'an dernier.

Autre objectif de l'année : donner toute leur efficacité aux plans de sauvegarde de l'emploi. À la demande du comité de pilotage de l'accord social du plan régional textile habillement (PRTH), la DRTEFP, la DDTEFP, l'ANPE et plusieurs consultants ont constitué un groupe de travail pour élaborer un cahier des charges destiné aux opérateurs des cellules de reclassement. Ce document est désormais utilisé dans toute la région. Dans le département du Nord, une cellule de veille a également été mise en place, afin que les institutions puissent mieux résoudre, ensemble, les problèmes des entreprises et des salariés licenciés.

Pour sa part, la promotion de la validation des acquis de l'expérience (VAE) a fait l'objet d'efforts particuliers : 85 points relais-conseil de la validation des acquis ont été créés dans la région. Des espaces de valorisation et d'information sur les métiers ont été mis en place par l'association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA). L'ensemble des bassins d'emploi est désormais couvert par ce dispositif, qui reçoit les demandeurs d'emploi et les informe sur

les métiers les plus demandés en région et sur les formations adéquates. Avec la participation de l'ANPE, plus de 7 600 demandeurs d'emploi ont été accueillis dans les manifestations organisées par ces espaces. Enfin, le contrôle de la formation professionnelle a été renforcé.

Au niveau des employeurs, des contrôles ciblés ont été instaurés dans deux branches professionnelles de la grande distribution spécialisée (commerce de détail d'habillement et vente par correspondance) et dans la branche d'activité « services auxiliaires des transports ».

Les contrôles des organismes de formation réalisant plus de 152 450 € de chiffre d'affaires se sont poursuivis. Ceux des contrats en alternance, et plus particulièrement des contrats de qualification, ont été amplifiés.

Le contrôle des bénéficiaires du fonds social européen (FSE), réalisé par sondages, est prévu dans des opérations de la programmation 2000-2006.

Favoriser le dialogue social et garantir la protection des salariés

L'année a été consacrée à la mise en œuvre de programmes d'actions coordonnées. Les actions menées ont porté sur la prévention du risque amiante et du risque chimique dans les garages, avec 108 contrôles spécifiques. Les risques liés au secteur du BTP et des chantiers ont été soumis à coordination (160 contrôles spécifiques).

Le rôle des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a été renforcé. La prévention des risques à effets différés, liés à l'utilisation de produits cancérigènes ou toxiques pour la reproduction (fibres céramiques réfractaires, éthers de glycol), a également été développée, tout comme la surveillance du marché des équipements de travail. Les entreprises ont, pour leur part, été fortement sensibilisées à l'évaluation des risques.

En outre, les services ont mené ou été à l'origine de nombreuses actions en 2002 :

- l'organisation de sept réunions décentralisées en direction des présidents et secrétaires de CHSCT (400 participants) ;
- la tenue d'un colloque «Évaluation des risques, enjeux et démarches » au Grand Palais de Lille, qui a réuni 500 participants ;
- la mise en place d'actions de sensibilisation et d'accompagnement avec différentes organisations professionnelles (CGPME, Union Patronale Textile, Union des industries métallurgiques et minières Lille Métallurgie, Union professionnelle Artisanat...) ;
- l'édition de nombreuses publications, dont un guide « Évaluer les risques et programmer les actions de prévention », qui constitue un mode d'emploi largement diffusé dans les entreprises ;
- la passation d'une convention avec l'Institut de santé du travail du Nord de la France, pour la mise en place d'une plate-forme d'échanges sur les expérimentations en santé-travail.

Enfin, une coordination s'est mise en place avec les services de la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE), afin de conduire des actions de contrôle des entreprises à risques. L'appui aux services s'organise autour des ingénieurs de prévention de la DRTEFP. Cinquante-deux contrôles ont été effectués dans 25 établissements classés Seveso (seuil haut). Quinze d'entre eux se sont concentrés sur les conditions d'intervention des entreprises sous-traitantes.

Accroître le recrutement des femmes

À l'initiative de la DRDFE du Nord-Pas-de-Calais, trois entreprises de la région, confrontées à une forte croissance de leur activité, ont décidé d'élargir leur recrutement aux femmes :

La Française de Mécanique de Douvrin (fabrication de moteurs) a embauché 15 caristes et 15 conductrices d'installations automatisées. Sensibilisées par les missions locales et sélectionnées selon les méthodes de l'ANPE (tests par habileté), les candidates retenues ont suivi une formation comprenant une période de pré-qualification, avant d'entrer en contrat de qualification et d'être définitivement embauchée en contrat à durée indéterminée (CDI).

L'entreprise Faurecia de Noyelles-Godault (équipementier automobile), encouragée par la réussite de l'action menée avec la Française de Mécanique, a souhaité recruter 10 femmes pour des postes d'opératrices d'assemblage. Après avoir passé les tests de sélection du MEDEF, 10 femmes ont suivi une formation pré-qualifiante à l'automne 2001. Après un abandon et un échec, les 8 femmes restantes sont entrées en contrat de qualification en janvier 2002. Elles devraient être embauchées en CDI en janvier 2003, après obtention du certificat de qualification paritaire de la métallurgie (CQPM).

Les compagnies d'autocars « Les voyages Ingland et ID voyages » (ramassage scolaire) ont sollicité la DRDFE pour former 14 conductrices-receveuses. Les candidates, sélectionnées six semaines après la demande des entreprises, sont entrées en formation à la mi-juillet 2002 et ont obtenu un permis D-FIMO (formation initiale minimum obligatoire), titre homologué « conducteur-receveur ».

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	3 996 588
Population active ayant un emploi (RP99)	1 342 580
Population salariée (RP99)	1 219 092
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	271 303
- Construction	74 747
- Tertiaire	609 722
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	196 998
- Femmes (en %)	43,7
- Moins de 25 ans (en %)	26,0
- Chômage Longue Durée (en %)	34,0
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	1,4
Taux de chômage 2002 (en %)	11,9
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	53 871
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	59 107
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	8 339
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	605 290
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	70 074

BASSE-NORMANDIE

SANTÉ, SOCIAL

Lutte contre l'exclusion et pour le développement social

En ce domaine, les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales ont travaillé sur quatre points importants en 2002 :

- La mise en perspective régionale des schémas départementaux de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion : chaque année, l'Etat consacre plus de 7 M€ pour faire vivre ce dispositif dans la région. Depuis deux ans, la Basse-Normandie - et plus particulièrement le Calvados - sont confrontés à une arrivée importante de demandeurs d'asile : 792 répertoriés en 2002 par la préfecture et au moins encore autant résidant sur Caen et ses environs. Ces personnes appartiennent à 43 nationalités différentes, mais huit d'entre elles totalisent 75 % des demandes : Moldaves, Yougoslaves, Turcs, Géorgiens, Russes, Ukrainiens, Nigériens et Congolais. Ce phénomène a saturé le dispositif d'hébergement d'urgence, qui compte 600 places dans le Calvados. L'évolution devient préoccupante dans les hôtels, avec plus de 500 personnes hébergées au 31 décembre, dont les besoins courants (alimentaire et sanitaire) ne sont pas toujours satisfaits. Une plate-forme d'accueil a donc été ouverte en juillet 2002. Les capacités d'hébergement en hôtel ont également été renforcées, les projets de création de centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) s'étant heurtés à l'hostilité des élus.
- La création, en février 2002, d'un comité de coordination régionale de l'action sociale : il élaborera une synthèse des données disponibles, afin d'améliorer la connaissance des phénomènes sociaux bas-normands et de mieux définir les actions coordonnées de développement social. Sa base sera constituée de 116 indicateurs clés, autour de cinq thèmes : lutte contre les exclusions, accès aux soins, enfance, personnes âgées, handicapés. Pour les produire, 43 établissements ou services ont été mobilisés.
- La poursuite du plan triennal en faveur des personnes handicapées, qui comprend deux grands volets : l'ouverture de places dans les établissements spécialisés et le soutien des dispositifs d'intégration. Ont déjà été créées 61 places de centre d'aide par le travail (CAT), 33 en maison d'accueil spécialisée (MAS), 48 en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), 22 réservés aux polyhandicapés et 30 places de SESSAD spécialisées pour les autistes et les traumatisés crâniens. À ce dispositif, il convient d'ajouter 13 places d'hébergement complet pour ces mêmes populations.
- L'essor, grâce à la réforme de leur tarification, des établissements pour personnes âgées dépendantes et la promotion d'une démarche qualité dans ces institutions. En 2002, 41 conventions ont été signées, portant

à 60 les établissements conventionnés sur la région à la fin de l'année (350 environ sont potentiellement concernés). Plus de 11 M€ de crédits nouveaux ont déjà été engagés pour la mise en œuvre de cette réforme en Basse-Normandie.

Prévention primaire et programmes de santé publique

À la suite des préconisations du Haut comité de la santé publique et de différentes manifestations régionales (conférence de santé le 21 janvier 2002, consultation du 8 novembre 2002 pour l'élaboration de la loi quinquennale en santé publique), les acteurs locaux ont souligné le trop faible développement des actions de prévention primaire. Des efforts soutenus dans ce domaine doivent donc être engagés. L'objectif est de rendre chaque citoyen davantage acteur de sa propre santé.

Le bilan d'exécution des différents programmes régionaux (lutte contre le suicide, l'alcool, la maltraitance, accès aux soins et à la prévention...) a également été dressé. Les jurys de ces conférences, conduites par le président du comité économique et social de Basse-Normandie, ont décidé d'en poursuivre certains (programme régional d'accès aux soins et à la prévention des plus démunis, etc.) et d'entamer de nouvelles actions :

- le programme régional de prévention des cancers (publié le 24 février 2003) ;
- le schéma régional d'éducation pour la santé. Sa finalité est l'installation d'un véritable service public dans ce domaine, à travers la création d'un pôle régional de compétences au service de tous les acteurs de l'éducation sanitaire et de promotion de la santé.

Réseaux de soins et restructurations hospitalières

Les actions déjà entamées en matière de réseaux de soins ont été poursuivies. Des soutiens financiers complémentaires ont été apportés notamment aux réseaux suivants :

- hygiène hospitalière ;
- lutte contre la douleur et développement des soins palliatifs ;
- cancérologie ;
- périnatalité ;
- télé-médecine et imagerie médicale.

En septembre 2002, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) relatif à la chirurgie et la cardiologie, à l'imagerie médicale et à la cancérologie a été publié. Par ailleurs le regroupement sur le site de l'hôpital d'Alençon des maternités publique et privée de la ville a été mené à bien. L'année a également été marquée par le début des négociations des contrats d'objectifs et de moyens avec les hôpitaux : le premier

a été signé à la fin décembre, au profit du centre hospitalier de Mortagne. Les dispositions relatives à la fermeture de son service de chirurgie et au redéploiement des moyens sur les autres services ont ainsi été prévues. Le projet d'établissement commun des centres hospitaliers de Cherbourg et Valognes a également été élaboré.

Enfin la question difficile de la permanence des soins a mobilisé les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) tout au long de l'année. La poursuite du mouvement des médecins généralistes jusqu'au 5 juillet dans le Calvados a notamment obligé la DDASS à procéder à des réquisitions afin d'assurer la permanence des soins. La direction a animé de nombreuses réunions du comité départemental de l'aide médicale urgente pour définir les secteurs de garde et travailler au projet de la mise en place d'une régulation médicale.

Missions d'inspection et de contrôle

Un plan pluriannuel (2002-2006) d'inspection et de contrôle pour le secteur sanitaire et médico-social a été élaboré à la fin du premier trimestre 2002, à la suite de la concertation menée au sein des services des DDASS et de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Il a pour objet d'engager une action programmée de réduction des risques et d'amélioration de la qualité des prestations servies par les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales de Basse-Normandie. Il s'appuie pour cela sur une mutualisation des ressources régionales, avec la constitution d'équipes pluridisciplinaires adaptées à l'objet des inspections. Celles-ci mettent en œuvre une procédure contradictoire, à l'issue de laquelle des préconisations sont notifiées aux gestionnaires. Ce plan met l'accent sur deux priorités : la sécurité sanitaire et la lutte contre les maltraitances dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Ainsi, trois sites ont été inspectés sur la sécurité anesthésique (2 dans la Manche, 1 dans l'Orne - 2 publics, 1 privé), ce qui porte à une dizaine les inspections réalisées sur ce thème ; 31 sites au total sont concernés sur la région. L'inspection régionale de la pharmacie a également instruit toutes les demandes à usage intérieur des établissements publics et privés de la région ; 50 demandes ont été reçues dont 37 (relatives à l'activité de stérilisation) ont fait l'objet de décisions préfectorales explicites. Dans 7 cas, ces enquêtes ont abouti à cesser l'activité de préparation de dispositifs médicaux stériles.

Enfin, en matière de lutte contre la maltraitance, deux catégories d'établissements ont été retenues : les instituts de rééducation accueillant des jeunes avec des troubles du comportement et les établissements pour personnes âgées dépendantes. À ce titre, et au-delà de l'instruction des plaintes, 8 établissements ont été contrôlés en 2002 (3 dans le Calvados, 2 dans la Manche, 3 dans l'Orne).

Renforcement de la protection sociale

Outre les contrôles annuels et les évaluations menées au sein des organismes de sécurité sociale, l'année 2002 a été marquée par deux éléments conséquents :

- La mise en œuvre du nouveau Code de la mutualité. Les services ont appuyé la nouvelle organisation (élections au Conseil supérieur de la mutualité et au comité régional de coordination, premières réunions du comité régional) et inscrit les mutuelles locales au registre national (36 organismes concernés). Cette action a favorisé, à travers des regroupements ou des dissolutions, la recomposition du paysage mutualiste sur la région.
- La réforme du tribunal du contentieux de l'incapacité. Sa présidence sera exercée au début du 2^e trimestre 2003 par un magistrat. Ce changement s'accompagnera de nouvelles procédures destinées à garantir au mieux les droits des justiciables. La préparation de cette réforme s'est effectuée notamment par la préservation, voire l'amélioration, des délais d'instruction des procédures contentieuses (délai inférieur à 6 mois) et de notification des jugements (moins de 21 jours).

Politiques hospitalières

En 2002, les hôpitaux ont fait l'objet de deux grands chantiers prioritaires mis en œuvre par l'ARH : l'état des finances des établissements et la Télésanté.

En vue d'éclairer les choix budgétaires des établissements, l'agence a mis l'accent, en 2002, sur l'analyse économique et financière et sur les investissements hospitaliers. Les besoins ont été recensés, afin d'élaborer un plan budgétaire pluriannuel. Ce véritable tableau de bord permettra d'établir les priorités en fonction de la politique de planification. Cet outil est aujourd'hui essentiel pour la mise en œuvre du plan Hôpital 2007.

Autre chantier : la Télésanté. Au cours du premier semestre, le bilan des réalisations et des projets en cours a été dressé. Une évaluation de l'état d'avancement et des besoins d'accompagnement pour chaque projet a permis d'identifier ceux pour lesquels un support ou un suivi particulier étaient requis (Cœur 2000, TOP-NORM...). Des rencontres avec les principaux établissements et quelques acteurs d'autres régions ont été organisées sur le thème. Les premières orientations régionales en matière de Télésanté ont ensuite été arrêtées et présentées à l'ensemble des acteurs hospitaliers de la région.

Ces orientations ont été formalisées dans une charte couvrant la période 2003-2006. Y sont développés les axes prioritaires de développement. L'organisation régionale y est détaillée et les diverses sources de financement possibles recensées. Cette charte a permis de fédérer non seulement les établissements hospitaliers, mais aussi la médecine de ville à travers l'union régionale des caisses d'assurance maladie

(URCAM), l'union régionale des médecins libéraux (URML) et les élus par l'intermédiaire du conseil régional.

Les deux projets soutenus par l'ARH dans le cadre de l'appel à projets e-santé 2002, s'intègrent parfaitement dans cette démarche.

Insertion sociale des femmes en difficulté

La délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) soutient l'action de l'association La Voix des femmes, qui se veut un lieu de médiation sociale et culturelle dans une cité. L'association constitue un espace privilégié de rencontres et d'échanges et permet aux femmes de multiples nationalités de sortir de leur isolement et de développer leurs compétences.

Des cours d'alphabétisation leur sont proposés, ainsi que des ateliers thématiques (code de la route, travaux d'aiguille, anglais, écriture, danse, gymnastique et modelage) favorisant l'apprentissage de la langue française. Ainsi, l'atelier code de la route, animé par un ancien moniteur professionnel, permet une première approche de l'apprentissage pour faciliter l'accès à l'auto-école. La mobilité est en effet indispensable à une meilleure intégration sociale et professionnelle. Par ailleurs, l'association édite le journal interculturel *Que dire ?*, dans lequel les femmes s'expriment dans plusieurs langues.

EMPLOI

Un réseau pour l'égalité professionnelle

À l'initiative de la DRDFE, le réseau « égalité professionnelle » s'est constitué en Basse-Normandie en juillet 2000. Il regroupe les organismes et les services mobilisés sur l'égalité professionnelle. Son objectif est de favoriser des rencontres inter-institutionnelles, ainsi que d'améliorer la complémentarité et la synergie des porteurs de projets, d'élaborer des actions en commun, d'échanger sur les pratiques et d'optimiser les possibilités offertes dans le contrat de plan État/Région 2000/2006 et dans le document unique de programmation (DOCUP) objectifs 2 et 3.

Ce réseau s'est réuni à plusieurs reprises en 2002 et a dressé au cours d'une réunion de février 2003 le bilan des actions conduites l'année précédente.

Ses membres y ont notamment exposé les actions menées en matière d'information et de communication. À titre d'exemple, la DRDFE a organisé, le 4 juillet 2002, une journée régionale pour l'égalité professionnelle. Deux numéros du journal du réseau intitulé *Égalité en marche* ont été édités et une exposition du Centre académique de formation continue (CAFOC) - « En Basse-Normandie, l'égalité professionnelle en action » - a été empruntée 257 jours par des organismes de formation, des structures d'ac-

cueil, des entreprises et des organisateurs de manifestations publiques. Enfin, l'Office national d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP) a réalisé différents outils pédagogiques : un site Web « L'égalité en genre », le magazine d'information *Phare-Ouest* et le quatre pages *Mixité-Égalité des chances*.

Poursuite de la hausse du chômage en 2002

Avec 54 240 demandeurs d'emploi de catégorie 1 Ainscrits à la fin du mois de décembre 2002, la Basse-Normandie compte 1 900 chômeurs de plus que l'année précédente, soit une croissance relative de + 3,6 %, inférieure au chiffre national (+ 4,8 %). Ainsi l'année 2002 s'inscrit-elle dans le prolongement de 2001 c'est-à-dire un retour de la croissance du chômage (dans des proportions d'ailleurs comparables : + 2 000 chômeurs, + 4,0 %). Ce mouvement succède lui-même à une forte baisse au cours des quatre années précédentes (-27 300 chômeurs entre 1997 et 2000).

La hausse du chômage en 2002 a été plus forte dans le Calvados (+ 4,8 %) et dans l'Orne (+ 6,3 %) que dans la Manche, où il s'est maintenu à son niveau de 2001 (+ 0,1 %).

Le taux de chômage s'établit donc à 8,7 % à la fin de l'année 2002 pour la Basse-Normandie, soit quatre dixièmes de point de moins que la moyenne nationale (9,1 %).

Forte mobilisation sur le dossier Moulinex

Comme en 2001, l'intervention en direction des Entreprises aura été marquée, en 2002 par la forte mobilisation du Service public de l'emploi régional en faveur des 2 900 salariés de Moulinex licenciés le 20 novembre 2001, après la reprise partielle de l'entreprise par SEB. La défaillance de l'entreprise a conduit l'État à financer totalement le plan social (à hauteur de 100 M€), ce chiffre comprenant des congés de conversion, des cellules de reclassement, des allocations spéciales du Fonds national de l'emploi (FNE) et des allocations temporaires dégressives. Outre l'octroi d'une prime additionnelle de licenciement, pour un montant total de 30 M€, les salariés licenciés ont pu, dès la fin de l'année 2001, opter soit pour la convention de conversion d'une durée de six mois (1 400 y ont adhéré), soit pour le congé de conversion d'une durée de dix mois pour les personnes âgées de moins de 50 ans et de seize pour les plus de 50 ans (1 000 bénéficiaires). Les cellules de reclassement, mises en place pour 2002, ont été prolongées pour les six premiers mois de 2003 en faveur des personnes en difficulté, notamment les plus de 50 ans. À la fin mars 2003, 1 638 personnes sur les 2 880 à reclasser avaient trouvé une solution : emploi pour 795 d'entre elles, préretraite pour 866 et formation longue qualifiante pour 177. 1 042 personnes sont donc restées sans projet, soit 36 % du total ; parmi elles, 186 étaient en difficulté majeure.

Si l'objectif final, conformément au plan social, consiste à trouver une solution pour chaque salarié concerné, celui fixé par le préfet de région, au terme de la prolongation de l'activité des cellules de reclassement (soit au mois de juillet 2003), est d'atteindre 75 % de solutions pérennes.

Insertion par l'activité économique des personnes fragiles

Le programme de lutte contre le chômage de longue durée est coordonné par la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) du Calvados. Il est défini et mis en œuvre dans le cadre du Service public de l'emploi (SPE) et décliné au sein de chaque équipe locale d'action. Il a permis d'affecter une partie des moyens de la politique de l'emploi vers les chômeurs les plus éloignés du travail.

6 089 personnes ont bénéficié des mesures globalisées, dont 3 711 en contrat emploi solidarité et 412 en contrat consolidé.

Les entrées des personnes sur les mesures ont concerné :

- 44,49 % de chômeurs de longue durée (+ de 2 ans) ;
- 35,44 % d'allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI) ;
- 8,29 % de jeunes chômeurs de longue durée (CLD) de moins de 26 ans ;
- 21,37 % de travailleurs handicapés ;
- 54,25 % de femmes.

Le programme a permis la diminution de :

- 14,7 % du nombre de personnes au chômage depuis plus de deux ans ;
- la baisse du nombre de femmes CLD de - 9,5 % ;
- la sortie du chômage de 6 222 Rmistes.

Par ailleurs, la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), en lien avec les trois DDTEFP et les trois conseils généraux, a lancé une démarche qualité auprès des structures support de chantiers d'insertion. Celle-ci est engagée avec le concours de la délégation régionale de l'AFPA (DRAFPA). À terme, plus de 40 structures bénéficieront de ce soutien pédagogique et d'ingénierie de projet.

Emploi des jeunes

L'année a été marquée par l'arrêt du programme « nouveaux services-emplois jeunes » (NS-EJ) dans sa phase d'aide à la création de services et par le plan de consolidation pour les activités créées en 1998, 1999 et 2000 par le secteur associatif. Ce dernier a permis, à travers l'épargne consolidée, de prolonger de trois ans l'aide initiale de l'État pour près de 600 postes sur les 2 500 créés dans la région. De plus, un programme d'appui aux employeurs, initié en 2001, a été renouvelé en 2002. Ce dispositif a accueilli 335 représentants d'associations impliquées dans le projet.

Parallèlement, en 2002, la DRTEFP a confié à la plate-forme régionale « nouveaux services » une mission d'aide à la sortie des jeunes dont le poste ne serait pas consolidé. Elle s'appuie sur une nouvelle gamme de services mise en place avec le concours du conseil régional, de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et de l'Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC). De juin à décembre 2002, une cinquantaine de jeunes ont ainsi bénéficié d'un entretien technique approfondi, suivi d'une ou de plusieurs prestations. Parmi eux, 13 ont souhaité engager une démarche « validation des acquis de l'expérience » (VAE). Ils ont alors bénéficié de conseils et d'un accompagnement de la part des conseillers techniques de la plate-forme.

Formation

Concernant la VAE, l'année 2002 a été l'occasion d'initier la réflexion entre les services valideurs déconcentrés. Les partenaires sociaux ont été informés des enjeux de cette expérience et du dispositif de conseil qui allait se mettre en place dans la région.

Huit points d'accès à la télé-formation ont également été installés dans les trois départements. Ce projet répond à un appel à proposition de la DGEFP, dans le cadre du programme national FORE II. Ces points, ouverts à tous les publics, obéissent à un double objectif :

- faciliter l'accès à la formation des publics qui en sont éloignés, soit pour des raisons géographiques, soit pour des raisons de disponibilité (notamment pour les salariés et les dirigeants des très petites, petites et moyennes entreprises) ;
- développer la formation tout au long de la vie.

Ces bornes complètent le programme de modernisation de l'appareil de formation développé dans le cadre du contrat de plan État-Région 2000/2006 (CPER).

Dialogue social et protection des salariés

L'activité quotidienne des agents de l'inspection du travail répond à diverses orientations de la politique de l'emploi : par exemple, la lutte contre les différentes formes de discrimination.

Dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail, des actions coordonnées au niveau régional et local ont été définies en fonction des orientations nationales. Ainsi, dans le Calvados, une campagne, assortie de contrôles, a été menée sur la prévention des risques liés aux produits toxiques - notamment l'amiante - dans les garages.

Priorité a également été donnée aux dangers liés aux agents cancérigènes.

Enfin, le contrôle des entreprises à risque a été organisé, de concert avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE). Une réunion rassemblant l'ensemble des agents des deux services s'est tenue le 18 juin 2002. Des informations ont pu y être échangées sur les modes d'intervention respectifs et la recherche d'une synergie d'action.

Enfin, la notion d'entreprise à risque a été élargie à l'ensemble des installations classées soumises à autorisation (soit 137 entreprises). Celles-ci ont reçu une lettre circulaire, mettant l'accent sur leurs obligations en matière d'évaluation des dangers, de consultation des représentants du personnel et de recours au travail temporaire et à la sous-traitance. Y était joint un questionnaire, qui devrait permettre d'apprécier la situation desdites entreprises au regard de ces différentes règles et d'orienter ensuite les missions de contrôle.

Renforcer le pilotage pour mieux répondre aux usagers

Des visio-guichets ont été installés dans différentes communes de la Manche.

L'objectif de ce dispositif est de permettre aux personnes peu mobiles d'accéder à des prestations de services. Les intéressés peuvent voir leur interlocuteur (webcam) et dialoguer avec lui. Dans chaque commune concernée, des animatrices accueillent et orientent les usagers.

La palette de service des visio-guichets a été complétée par ceux de la DDTEFP, qui a rejoint à la rentrée 2002 les trois partenaires pionniers que sont l'ASSEDIC, la direction départementale de l'agriculture et de la forêt (DDAF) et l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). Celui de la direction départementale permet d'accéder aux prestations offertes par la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) - renseignements concernant la reconnaissance de travailleur handicapé, l'attribution d'aides financières... - et par le service de renseignements en droit du travail (contrat de travail, institutions représentatives du personnel, etc.).

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	1 422 193
Population active ayant un emploi (RP99)	541 312
Population salariée (RP99)	458 640
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	98 813
- Construction	30 658
- Tertiaire	202 788
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	54 239
- Femmes (en %)	48,6
- Moins de 25 ans (en %)	24,0
- Chômage Longue Durée (en %)	28,0
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	- 3,1
Taux de chômage 2002 (en %)	8,7
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	29 332
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	12 321
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	2 305
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	200 784
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	41 126

H AUTE-NORMANDIE

SANTÉ / SOCIAL

Une région marquée par une forte présence industrielle

Région industrielle, constituée par les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime, la Haute-Normandie regroupe 74 installations classées Seveso et 85 autres établissements à risques. Elle abrite aussi trois centrales de production d'électricité - dont deux nucléaires -, quatre raffineries et deux ports d'importance nationale.

La Seine-Maritime compte de grandes agglomérations (activité portuaire) et accueille les deux tiers des 1 780 439 habitants de la région, tandis que l'Eure est plus rurale.

Les jeunes et les travailleurs les plus âgés sont les plus touchés par le chômage, qui affecte 10 % de la population active.

La lutte contre les exclusions

En matière d'hébergement, l'augmentation des flux de demandeurs d'asile et de déboutés du droit d'asile - 25 à 30 % de l'occupation des CHRS - et le nombre croissant de familles marginalisées ont rendu indispensables une modernisation et une adaptation des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

À ce titre, une expérience d'accueil spécifique pour les personnes les plus vulnérables a été menée, pendant la campagne d'hiver, au Foyer de l'Abbé Bazire à Rouen, tandis que les travaux de reconstruction du CHRS Aurore ont été engagés.

Par ailleurs, la capacité des structures d'accueil spécifiques pour les demandeurs d'asile a été considérablement accrue : 550 places supplémentaires ouvertes en Seine-Maritime - dont 170 en centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) - et 60 places dans l'Eure (toutes en CADA).

La Haute-Normandie compte près de 30 000 allocataires du RMI. Ceux-ci ont bénéficié, en 2002, de la poursuite des efforts d'amélioration de la gestion et du suivi du dispositif. Une attention similaire a été portée aux dispositifs d'insertion des jeunes, aux fonds solidarité, ainsi qu'à la mise en œuvre expérimentale du fonds territorial pour l'habitat sur l'arrondissement du Havre.

Enfin, l'accueil et l'intégration des populations d'origine étrangère ont été marqués par l'actualisation du plan départemental d'accueil de la Seine-Maritime, mais aussi par le renforcement du partenariat avec le Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (FASILD), au bénéfice des associations.

Les personnes âgées

La région dispose de 21 600 places pour personnes âgées - y compris les foyers logements - réparties entre 350 établissements. La moitié d'entre eux est à médicaliser et moins de 2 % sont, pour l'instant, engagés dans la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les efforts en matière de coordination gérontologique se sont poursuivis en 2002, avec la mise en place de neuf nouveaux centres d'information et de coordination gérontologique (CLIC) : trois dans l'Eure et six en Seine-Maritime. Ce dernier département a, par ailleurs, adopté un schéma départemental en faveur des personnes âgées.

La prévention de la maltraitance

Pour prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes vulnérables, trois inspections ont été menées à bien en 2002 : une en CHRS et deux en instituts de rééducation.

Par ailleurs, quatre réunions de sensibilisation ont été organisées, notamment dans les établissements d'accueil pour enfants, et deux grilles d'auto-évaluation ont été élaborées à l'attention des établissements sociaux. Au total, 64 plaintes ont été enregistrées, dont 40 ont donné lieu à une inspection.

La lutte contre les addictions

En matière de réduction des risques et de prise en charge des addictions, la Seine-Maritime a validé son plan départemental de prévention des dépendances et assuré le financement de 85 actions.

Deux centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ont été créés à Dieppe et à Elbeuf et quatre automates de programmes d'échange de seringues (PES) ont été installés au Havre.

Dans l'Eure, six appartements thérapeutiques et deux centres de soins pour toxicomanes ont été financés respectivement à Evreux et aux Andelys.

Enfin, un plan départemental de prévention des dépendances aux substances psycho-actives a été élaboré en Seine-Maritime et une charte des acteurs de prévention en milieu scolaire a été adoptée dans les deux départements haut-normands.

Une démographie médicale insuffisante

Déficitaire en ce domaine, la Haute-Normandie manque de médecins généralistes, de spécialistes - notamment en anesthésie-réanimation et en psychiatrie - mais aussi de kinésithérapeutes, d'infirmières et d'aides-soignants. La pénurie est plus marquée dans les zones rurales et les zones urbaines sensibles que

dans les grandes villes. En termes géographiques, elle est plus forte dans l'Eure qu'en Seine-Maritime. En trois ans, le *numerus clausus* à la faculté de Médecine de Rouen est toutefois passé de 115 - dont 10 en dentaire - à 139, et l'Institut de formation en soins infirmiers d'Evreux a été restructuré pour accueillir les 280 étudiants inscrits.

La création d'une cellule interrégionale d'épidémiologie

En matière de sécurité sanitaire, l'année 2002 a été marquée par la mise en place en Haute-Normandie d'une cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE). Outre la surveillance des maladies infectieuses, la CIRE s'intéresse aux incidences de l'environnement sur la santé et, notamment, aux rejets atmosphériques en basse vallée de Seine.

La lutte contre les cancers

La Haute-Normandie se situe au 21^e et avant-dernier rang des régions françaises métropolitaines en matière de surmortalité due aux tumeurs malignes. L'excès de décès y est en effet de 12 % par rapport à la moyenne nationale. Ceci a conduit à l'adoption d'un programme régional de santé (PRS) consacré aux cancers, qui s'étend jusqu'en 2006.

Première cause de mortalité par cancer chez la femme en Seine-Maritime, le cancer du sein fait désormais l'objet d'une vaste campagne de dépistage dans ce département. Celle-ci est mise en œuvre par l'association EMMA et s'adresse à 165 000 femmes de 50 à 74 ans.

La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics

Au sein de la fonction publique hospitalière - et dans le prolongement du protocole d'accord du 27 septembre 2001 - le comité régional de suivi du protocole et les représentants des établissements ont été consultés, avant que l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) répartisse 149 créations d'emplois pour 2002. Ce contingent représente une partie des 994 créations d'emplois non médicaux prévues sur trois ans, au bénéfice des établissements de soins de Haute-Normandie. Cette répartition a tenu compte des effectifs d'origine (en équivalents temps plein), de l'activité et de la qualité des projets négociés par les établissements.

En matière de mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) pour les personnels médicaux, l'étude de pré-impact territorial a permis d'organiser un premier dialogue sur les évolutions nécessaires. Celui-ci s'est déroulé entre l'ARH et les établissements et, surtout, entre les établissements eux-mêmes.

Le schéma régional d'organisation sanitaire Équipements lourds

À la suite des décrets de novembre 2001 et de la décision du gouvernement de réviser à la hausse

les ratios d'équipements lourds par habitants, l'ARH a engagé l'élaboration d'un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) « Équipements lourds ». Ce travail a été mené dans le cadre d'une large concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

Pour tenir compte de la saturation de la plupart des appareils, ce schéma préconise l'ouverture des indices régionaux au plus haut de la fourchette proposée au plan national : quatre IRM, deux scanners et deux gamma-caméras. Les décisions d'attribution de ces équipements ont été prises en novembre 2002.

L'avenant au SROS cancérologie

La Haute-Normandie est particulièrement touchée par le cancer : avec un risque de mortalité supérieur de 12,2 % à la moyenne nationale, elle se classe juste après le Nord-Pas-de-Calais. Cette situation est due à des facteurs comportementaux, en particulier la consommation de tabac et d'alcool. Aussi le cancer figure-t-il parmi les priorités régionales de santé publique.

À ce titre, il constitue l'un des thèmes majeurs du schéma régional d'organisation sanitaire 1999-2004, arrêté par l'ARH. La création du réseau onco-normand, le 10 juillet 2001, a marqué une avancée importante en ce domaine. En 2002, le premier avenant au SROS 1999-2004 a défini la carte des sites en cancérologie, autour du site de référence régional, en distinguant trois sites orientés en cancérologie et cinq sites de proximité.

Chacun des sites est constitué d'un ou de plusieurs établissements liés par convention et se trouve en prise directe avec les autres composantes du réseau onco-normand. Il s'agit d'une organisation territoriale concertée, équilibrée, garante de la qualité et de la sécurité des soins.

Les soins de suite et de réadaptation

En 2002, l'ARH a autorisé la création, au cours des prochaines années, de 104 lits et places supplémentaires, afin de renforcer les capacités insuffisantes en lits de soins de suite et réadaptation.

Compte tenu des capacités déjà installées dans l'Eure, ces créations concernent des établissements situés en Seine-Maritime.

La mise en place du comité régional des réseaux

Le comité régional des réseaux a été mis en place en 2002, en liaison avec l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). À ce titre, un guichet unique a été mis à la disposition des porteurs de projet, afin de faciliter leurs démarches.

À travers la création et le développement des réseaux, l'ARH vise en effet une meilleure prise en charge des patients, mais aussi une meilleure coordination des praticiens, dans une approche pluridisciplinaire.

Un spectacle-forum pour informer les jeunes sur la contraception

À l'issue de la première campagne nationale d'information sur la contraception conduite par les pouvoirs publics en 2000, il est apparu que la nouvelle campagne 2002-2003 en Haute-Normandie devait avoir pour cible prioritaire le public des jeunes : collégiens et lycéens, mais aussi jeunes adultes des missions locales et des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO).

La stratégie retenue par le Comité de pilotage « Contraception », co-présidé par la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et la DRASS, a donc été de prendre appui sur la compagnie NAJE (Nous n'Abandonnerons Jamais l'Espoir).

Celle-ci présentera sur l'ensemble du territoire régional, de la mi-février au début d'avril 2003, un spectacle de théâtre forum itinérant intitulé « Pour plus d'amour ». Cette méthode, bien adaptée aux jeunes sur un sujet comme la contraception, doit également créer une dynamique et jouer un rôle dans la prévention des IVG.

EMPLOI

Des femmes recrutées dans des filières professionnelles atypiques

Les priorités de l'État en termes d'égalité des chances en Haute-Normandie ont permis de développer une stratégie de partenariat avec les branches professionnelles du transport (UNOSTRA, FNTR, TLF), dans un objectif de féminisation des métiers de ce secteur. En effet, la branche « transports et logistique » est confrontée à une réelle difficulté de recrutement, mais aussi à de fortes perspectives de développement, notamment au Havre dans le cadre de l'opération Port 2000.

Aussi une enquête sur la féminisation du transport a-t-elle été réalisée par la Mission Optique Égalité - mise en place par la DRDFE - en partenariat étroit avec les fédérations professionnelles. Celle-ci a révélé que 86 % des entreprises étaient favorables à l'ouverture de leurs métiers aux femmes. Cette perspective est d'autant plus envisageable que les progrès technologiques permettent une accession aisée des femmes aux métiers du transport. L'enquête a également montré que l'embauche de femmes représentait, pour les entreprises, une image moderne, synonyme d'insertion dans le siècle, de rénovation de l'image du transport, et d'apport de nouvelles compétences dans les relations avec le client. Une démarche inter-régionale de déclinaison de cet accord, couvrant les deux régions normandes, pourrait aboutir dans le courant de l'année 2003.

Par ailleurs, des conventions de formation professionnelle ont été signées en 2002 entre l'État et deux

entreprises de transport en commun. Celles-ci s'engagent à embaucher, en contrat à durée indéterminée (CDI), trois femmes - une conductrice de ramassage scolaire et deux conductrices receveuses - qui auront obtenu, à l'issue de leur formation, le permis de conduire transports en commun.

Lutte contre la sélectivité du marché du travail

En 2002, l'action territorialisée du service public de l'emploi (SPE) a eu pour premier objectif de prévenir et de lutter contre le chômage de longue durée et les exclusions, en répondant aux besoins d'emplois et de qualification des entreprises.

Dans un contexte national de diminution du rythme des créations d'emplois, les objectifs stratégiques définis par le ministère se sont notamment traduits, en Haute-Normandie, par les résultats suivants :

L'objectif d'une diminution de 1 900 unités du nombre de chômeurs de longue durée (CLD) de plus de deux ans a été réalisé à hauteur de 64 % au 31 décembre 2002. Il convient de noter l'évolution positive sur un an : 10,4 % de demandeurs d'emplois de longue durée catégorie 1 de plus de deux ans.

L'objectif consistant à faire sortir du chômage 18 800 allocataires du RMI a été atteint à hauteur de 99 %. Le département de l'Eure affiche un taux de sortie supérieur à l'objectif. Trois zones du département de la Seine-Maritime - Rouen, Yvetot-Barentin et Elbeuf - enregistrent également un flux de sortie des Rmistes supérieur à la moyenne régionale.

Enfin, l'objectif d'une baisse du nombre de CLD femmes supérieure de deux points à celle enregistrée par les hommes a été dépassé, puisqu'il atteint - 4,7 %. Il convient cependant de préciser que cet écart s'est creusé en raison de la diminution sur un an du stock des CLD femmes, contrairement à celui des hommes.

La montée en charge du dispositif

Le programme renforcé de lutte contre le chômage de longue durée et contre l'exclusion a conduit le SPE régional à prendre les mesures nécessaires pour assurer la montée en charge du dispositif globalisé 2002. Cette mobilisation vise plus particulièrement les contrats emploi solidarité (CES), les emplois jeunes et les stages de formation.

Sur le premier semestre, le cadencement des CES s'élevait, pour la Haute-Normandie, à 1 428 contrats mensuels, soit 88 % de l'enveloppe annuelle, les SIFE collectifs représentant pour leur part 76 % de l'enveloppe annuelle à la fin de juin 2002. Ces résultats sont conformes aux prévisions.

Ce cadencement renforcé au premier semestre a toutefois engendré des difficultés de gestion des mesures sur les derniers mois de l'année. En raison des sélections opérées sur les employeurs pour respecter le quota, il a en effet généré des incompréhensions chez les utilisateurs et les bénéficiaires, notamment sur la mesure CES.

Après redéploiement, les enveloppes physiques régionales annuelles se répartissent comme suit :

- stages d'insertion et de formation à l'emploi (SIFE) collectifs : 3 939 ;
- stages d'insertion et de formation à l'emploi (SIFE) individuels : 951 ;
- stages d'accès à l'entreprise (SAE) : 504 ;
- contrats initiative emploi (CIE) : 1 816 ;
- contrats emploi solidarité (CES) : 9 851 ;
- contrats emploi consolidé (CEC) : 1 218.

À la fin du mois de décembre 2002, les taux de réalisation atteignaient 85 % pour les SAE et 89 % pour les SIFE individuels. Ils se situaient au-delà de 97 % pour les autres mesures.

Pour les SIFE collectifs, le taux moyen de participation des co-financiers s'élevait à 22 %, témoignant ainsi du développement des relations partenariales dans la région.

L'entrée des publics prioritaires dans les mesures

La réalisation de l'objectif d'entrée des CLD de plus de deux ans dans les mesures est inférieure aux prévisions - de l'ordre de 4 points - sauf pour les CIE. Ceux-ci atteignent en effet 47 % d'entrées réalisées, pour un objectif de 46,5 %.

Les objectifs d'entrée des jeunes CLD sont atteints à hauteur de 11 % pour les CIE et les CES, pour des prévisions respectives de 15,1 % et 13,5 %.

Les entrées d'allocataires du RMI représentent 32 % de l'ensemble des mesures. Avec un taux de réalisation de 26 %, les SIFE collectifs dépassent l'objectif initial de 25 %.

Les femmes représentent 60 % des entrées dans l'ensemble des mesures globalisées, dont 64 % d'entrées en CES et CEC, et 62 % en SIFE collectifs.

L'entrée des travailleurs handicapés est de 14 % sur l'ensemble des mesures, dont 20 % pour les SIFE collectifs et 21 % pour les CIE.

Les contrats jeunes

Depuis la création des contrats jeunes en juillet 2002, 802 personnes sont entrées dans le programme de soutien à l'emploi des jeunes en entreprise (chiffre à la fin de novembre 2002).

Selon une analyse réalisée sur les 472 premiers dossiers traités, 90 % des bénéficiaires ont entre 18 et 22 ans et les entreprises de moins de 10 salariés représentent 68 % de l'ensemble.

Par ailleurs, depuis la création de cette mesure, on constate une forte demande des employeurs. Il apparaît cependant que près de la moitié des jeunes recrutés étaient déjà salariés sous contrat (dont 25 % de contrats en alternance). Si des effets se font sentir sur le recours aux contrats de qualification (en baisse), l'apprentissage semble en revanche préservé. Ce constat fera l'objet d'une attention particulière.

La situation de l'emploi en Haute-Normandie

Sur l'ensemble de 2002, on constate une relative amélioration de la situation de l'emploi en Haute-Normandie, au regard de l'évolution nationale. En données brutes, le nombre de chômeurs n'a en effet augmenté que de 0,7 %, contre une progression de 4,7 % pour la France entière.

Sur un an, la différence devient spectaculaire entre la Seine-Maritime - qui a enregistré une baisse de 0,7 % - et l'Eure, qui a subi au contraire une hausse de 4,7 %. Ainsi, à la fin de 2002, on comptait - en données brutes - 77 483 demandeurs d'emplois en Haute-Normandie inscrits en catégorie 1, immédiatement disponibles, au lieu de 76 881 un an plus tôt.

Ce bon résultat - malgré les sinistres sociaux qui ont frappé la région voisine de Fécamp - s'explique par le dynamisme des zones d'emploi du Havre et de Lillebonne, comme l'a souligné l'INSEE dans ses dernières notes de conjoncture.

Cette évolution favorable est confirmée par le recul des demandes d'emploi de catégorie 6 (personnes ayant exercé une activité, emplois précaires). Celles-ci reculent de 1,7 % pour toute la Haute-Normandie, contre une progression de 3,6 % pour la France entière. Elles diminuent de 3,4 % en Seine-Maritime, mais augmentent de 3 % dans l'Eure.

La part des moins de 25 ans a progressé de 4,7 % pour atteindre 24,7 % des demandeurs d'emploi (19,6 % au niveau national), soit 19 116 personnes. Celle des chômeurs inscrits depuis plus d'un an est restée stable à 31,8 % (28,9 % au niveau national), soit 24 630 personnes.

Favoriser le dialogue social et garantir la protection des salariés

Confronté à un manque récurrent de moyens humains, le département entreprise a connu une année 2002 très difficile. Il a néanmoins pu lancer quelques actions intéressantes.

Il en est ainsi de la mise en place des « ateliers du travail », dont l'objet est la construction d'outils méthodologiques par les agents de contrôle, sur un sujet donné : loi de modernisation sociale, harcèlement moral, responsabilité pénale des fonctionnaires... Ce travail se fait avec l'aide de spécialistes juridiques internes, de spécialistes praticiens externes et d'avocats. Les partenaires sociaux ont été associés - sur le harcèlement - à la partie théorique de l'atelier.

Autre action à souligner : la mise en place de la Commission régionale élargie d'appui et de coordination, avec la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE).

On peut également citer le début de mise en place du réseau de référence juridique, en association avec les départements.

La DRTEFP s'est inscrite dans l'expérimentation du dispositif « Appui au dialogue social », aux côtés de la direction des relations du travail du ministère (DRT),

de l'Agence nationale et de l'agence régionale pour l'amélioration des conditions des travail (ANACT et ARACT). Cette démarche a engendré une forte mobilisation du service. Elle a aussi entraîné une implication très importante de la plupart des partenaires sociaux régionaux, très attachés au développement de ce dispositif.

Le développement de la politique contractuelle

L'affectation constante d'agents durant l'année et l'élévation en qualité du personnel ont permis de travailler à la réorientation de la gestion de dossiers vers l'animation des politiques :

- travail lourd de préparation ou de suivi de dossiers globaux : démarche compétence chimie, CEP (contrat d'étude prospective) TPE-PME (très petites entreprises, petites et moyennes entreprises) avec le Medef, sur la problématique de l'accès à la formation pour les salariés de ces entreprises ;
- CEP de la pharmacie et de la métallurgie ;
- démarche compétence Medef ;
- travail d'élévation des niveaux de réflexion et de proposition des comités techniques régionaux, en étroite liaison avec le Conseil régional.

Les autres dossiers marquants

En matière de handicap, l'année a été marquée par l'élaboration d'une plate-forme de suivi des personnes handicapées, depuis la demande d'emploi et l'orientation jusqu'à l'insertion en milieu ordinaire de travail, en passant par l'atelier protégé.

Un travail de fond et de longue haleine a été engagé avec la Région sur le développement des groupements d'employeurs régionaux. Il doit déboucher sur des projets dès 2003, avec une perspective réaliste de 30 à 50 créations d'emploi dans un premier temps.

Enfin, en matière de médecine du travail, 2002 a vu la mise en place de l'expérimentation du « suivi post-professionnel amiante ».

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	1 780 192
Population active ayant un emploi (RP99)	661 384
Population salariée (RP99)	593 143
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	145 176
- Construction	39 087
- Tertiaire	276 205
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	77 433
- Femmes (en %)	47,3
- Moins de 25 ans (en %)	24,7
- Chômage Longue Durée (en %)	31,8
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	0,0
Taux de chômage 2002 (en %)	10,0
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	29 502
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	15 601
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	5 382
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	283 282
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	41 126

PAYS DE LA LOIRE

SOCIAL, SANTÉ

Politique de santé

En 2002, les questions de sécurité sanitaire, veille et inspection ont été au cœur des préoccupations de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Différentes missions ont été menées :

- préparation de la future cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) et de la cellule Biotox ;
- réflexion sur la lutte contre l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) ;
- mise en œuvre du programme régional d'inspection de sécurité sanitaire ;
- poursuite des actions engagées en 2001 par l'inspection régionale de la pharmacie (autorisation pour les activités spécifiques des pharmacies à usage intérieur, contrôle des matières premières utilisées par les laboratoires cosmétiques) ;
- prévention des risques liés à l'eau et à ses usages dans les établissements de santé ;
- mise en place de l'évaluation du risque sanitaire dans les études d'impact.

La DRASS a également organisé une consultation régionale sur les priorités de santé, le 20 novembre 2002. Le travail préparatoire a permis de repérer les problèmes sanitaires majeurs, leurs déterminants et facteurs de risque, de dresser un état des lieux des actions en cours et de celles à conduire. Les conclusions de la journée ont débouché sur des propositions concrètes et constituent un outil de référence pertinent pour les années à venir.

De même, le 24 septembre 2002, un colloque interrégional (Basse-Normandie, Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes) sur « la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale » a facilité les échanges sur le phénomène suicidaire et les politiques mises en place pour le combattre.

Par ailleurs, la promotion des cinq programmes régionaux de santé (priorités reconnues par la conférence régionale de santé) a continué de mobiliser les équipes. Enfin, un constat défavorable à la région, en matière de démographie médicale (disparité entre départements, dénuement de nombreuses zones rurales, pyramide des âges alarmante), a conduit les services de la direction à réfléchir sur les stratégies à conduire (relèvement du *numerus clausus*, régulation des filières spécifiques, possibilité de passerelles entre spécialités). Pour les infirmiers, le constat est identique. Le quota régional de formation a donc été augmenté de 330 places supplémentaires (+ 46 %).

Par ailleurs, le régime de réquisition mis en place pendant la grève des médecins libéraux s'est prolongé, en moyenne, jusqu'à l'été. Il a abouti à une réflexion

concertée (médecins, Ordre des médecins, DRASS, directions départementales des affaires sanitaires et sociales – DDASS) sur une organisation optimisée de la permanence des soins. Les acteurs de santé se sont particulièrement investis en Mayenne dans la recherche et la mise en place de nouvelles modalités d'organisation du travail en secteur libéral.

Développement social

L'augmentation, importante, depuis 1991, du nombre de demandeurs d'asile a pesé sur le dispositif d'accueil des personnes en difficulté.

Pour faire face, les DDASS ont dû augmenter le nombre des places dans les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) : ainsi en 2002, 482 places se sont ajoutées aux 101 existantes. Des solutions alternatives provisoires ont complété ce dispositif : accueil organisé dans des hôtels (financement sur crédits d'intervention DDASS), ou dans des locaux associatifs, places conventionnées en allocation de logement temporaire (ALT), en foyers de jeunes travailleurs (FJT), en centres de vacances...

La mise en œuvre des schémas départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion a été perturbée par cet afflux. Cependant, l'année 2002 a été marquée par l'engagement et l'aboutissement de plusieurs actions. Les schémas départementaux ont ainsi été mis en perspective régionale et travaillés collectivement lors d'une même séance du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS), le 12 mars 2002.

Des mesures ont également été prises en direction des publics fragiles. Vis-à-vis des personnes handicapées, l'aide à l'autonomie a été privilégiée :

- soutien à l'intégration scolaire (21 nouveaux postes d'auxiliaires de vie scolaire) ;
- sites pour la vie autonome : opérationnel en Sarthe depuis juin 2002 ; en cours de constitution dans les autres départements ;
- maintien à domicile (46 nouveaux postes d'auxiliaires de vie à domicile), extension des places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Les personnes souffrant de troubles spécifiques n'ont pas été oubliées : un document d'orientation sur les prises en charge des artistes et une étude relative aux enfants et adolescents souffrant de troubles du comportement ont ainsi été élaborés.

Enfin, la qualité de prise en charge des personnes âgées a été améliorée :

- la réforme de la tarification, médicalisation, qualité des soins des établissements d'hébergement a été poursuivie ;
- des moyens spécifiques ont été consacrés à l'amélioration de leur accueil et de leur prise en charge dans les services de médecine et de chirurgie des hôpitaux.

Les efforts ont surtout porté sur le maintien à domicile :

- gestion d'une enveloppe financière relative au maintien des personnes âgées chez elles, aussi longtemps qu'elles le souhaitent ;
- développement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) : 29, dont 6 pour la Vendée, sont labellisés au 31 décembre. À noter, une journée inter-régionale d'échanges en novembre à Nantes.

Gestion des ressources humaines

L'année 2002 a été marquée par la mise en place des 35 heures et l'instauration ou la modernisation des systèmes de contrôle du temps de travail dans les 6 directions de la région. Une réflexion commune a permis de mutualiser des solutions et d'échanger des expériences. Les services ont bénéficié de l'expérience d'un ingénieur en organisation, recruté pour l'occasion.

La formation des personnels a été axée sur :

- le renforcement des techniques d'inspection, de contrôle et d'évaluation ;
- l'accompagnement à la mise en place progressive de nouvelles méthodes de travail (« démarche qualité » et analyse prospective).

Recomposition de l'offre de soins

Au-delà de la poursuite des contractualisations (11 Nouveaux contrats) et la mise en œuvre de l'aménagement et réduction du temps de travail de personnels hospitaliers, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a axé son action en 2002 sur les restructurations d'établissements publics et privés. Cette recomposition des soins obéit à deux principes : répondre aux besoins et garantir la qualité du service au patient.

Dans le secteur public, des rapprochements fonctionnels ou géographiques ont donc amené la création :

- du centre hospitalier départemental multi-sites groupant les établissements de La Roche-sur-Yon, Luçon et Montaigu ;
 - du pôle santé Sarthe et Loir, né de la fusion des centres hospitaliers de La Flèche et de Sablé-sur-Sarthe ;
 - de l'hôpital local intercommunal de la Presqu'île (centre hospitalier de Guérande et hôpital local du Croisic).
- Des coopérations entre établissements publics et privés (rapprochement avec répartition des activités) ont également vu le jour. Ainsi, dans les territoires dits de proximité, des regroupements ont été autorisés :
- dans le bassin saumurois, celui la clinique de Bagneux avec le centre hospitalier de Saumur sur le site de ce dernier ;
 - dans le bassin de Châteaubriant, celui la clinique Sainte-Marie avec le centre hospitalier de Châteaubriant sur le site de ce dernier.

D'autres sont prévus (dans le bassin des Sables-d'Olonne) ou déjà en cours. Ainsi, dans le bassin de Fontenay-le-Comte, la totalité de l'activité de court séjour de l'hôpital s'exerce sur le site de la clinique.

Dans les territoires dits intermédiaires (Cholet, La Roche-sur-Yon, Laval et Saint-Nazaire), l'offre publique

et privée se maintiennent, moyennant une convention organisant leur complémentarité (sauf à Saint-Nazaire, où l'équilibre entre les différents acteurs n'est pas entièrement stabilisé).

Dans les grandes agglomérations, à côté du secteur public, le regroupement des cliniques s'est poursuivi. Des pôles privés sont désormais identifiables et accessibles géographiquement au public :

- à Nantes, quatre grands pôles sont en cours de constitution (pôle Jules-Verne, polyclinique de l'Atlantique, Nouvelles cliniques nantaises et Catherine-de-Sienne). Une offre multidisciplinaire perdure autour de Saint-Augustin, Brétéché-Viaud et Sourdille ;
- à Angers, la réunion des cliniques sur le site de l'Espérance (future clinique de l'Anjou) est en cours de réalisation ;
- au Mans, la concentration de l'offre privée en médecine et chirurgie autour de la clinique du Pré-Pasteur et du centre médico-chirurgical s'est poursuivie.

Bilan du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)

Un bilan du SROS a été dressé en deux étapes. Un premier suivi quantitatif des préconisations du schéma a été effectué par les acteurs du seul système hospitalier en s'appuyant sur des indicateurs prédéfinis dans le SROS. Parallèlement, une étude plus globale et plus qualitative a été demandée à un prestataire extérieur. Les modalités qualitatives de mise en pratique des orientations du SROS ont été étudiées, notamment sous l'angle de la plus-value pour l'utilisateur. Fondamentalement complémentaires, les deux approches offrent un éclairage complet des réalisations opérées et de ce qui reste à effectuer.

Développement des réseaux de soin

Deux réseaux de santé à couverture régionale sont désormais fonctionnels. Le premier, « sécurité naissance », rassemble les professionnels de santé des 26 maternités de la région. Son objectif est de veiller à la complémentarité entre établissements, afin que les grossesses et les accouchements difficiles soient pris en charge dans les structures adaptées. En son sein, le réseau Aval, créé avec l'union régionale des médecins libéraux, organise le suivi postnatal. Le dépistage précoce des incapacités ou limitations sensorielles, motrices ou de développement est amélioré et l'organisation limite l'errance médicale par un encadrement et une aide pertinents. Le second, « Onco-Pays de la Loire », concerne la cancérologie. Il rassemble 63 établissements de santé, des représentants de la médecine libérale et des usagers. Le but est de garantir à tous les patients atteints d'une pathologie cancéreuse la même qualité de soins, préventifs comme curatifs. Des unités de coordination, facilitant la pratique pluridisciplinaire et la diffusion de l'information, permettent d'optimiser les coopérations entre tous les professionnels au service d'un même malade.

Dans une même démarche, le centre de basse vision régional d'Angers centralise l'organisation régionale et pluridisciplinaire au service des déficients visuels de plus de 20 ans. L'accès aux soins et la continuité de la prise en charge y sont favorisés par des réponses graduées, structurées au plan départemental, et un fonctionnement en réseau s'appuyant sur des centres-ressources. La structure délivre informations, diagnostics et soins aux patients et assure la formation des professionnels.

Pour leur part, les réseaux Ville-Hôpital ont été mis en place pour articuler harmonieusement médecine libérale et hospitalière, en réponse aux priorités de santé publique. Un travail commun avec l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) permet de développer une politique partagée de développement des réseaux. Priorité est donnée à la périnatalité, aux personnes âgées, aux soins palliatifs, cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, pratiques addictives et à la santé mentale.

Enfin, les réseaux de proximité inter-établissements ont été mis en place dans le cadre des soins palliatifs, appuyés par une charte régionale.

Hébergement de femmes victimes de violences

Dans le cadre des travaux de la commission départementale d'action contre les violences faites aux femmes de Mayenne, animée par la chargée de mission départementale (CMD), le groupe de travail « L'hébergement et l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales », piloté par la DDASS, a constaté qu'en Mayenne l'offre de logement, notamment d'urgence, est majoritairement concentrée sur Laval.

Deux types de besoins ont été identifiés :

- des logements d'urgence de courte durée ;
- des logements d'urgence pour une période de transition d'environ quatre mois.

Les membres du groupe de travail ont proposé qu'un parc de logements soit développé dans le nord, le sud de la Mayenne et que le parc de Laval soit diversifié. Des solutions ont été proposées :

- l'aménagement de logements d'urgence de courte durée par l'association Revivre, qui gère des appartements sociaux : pour 2002, celui d'un foyer d'accueil d'urgence réservé aux femmes seules ou avec enfant et celui d'un pavillon destiné à devenir centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) de jeunes femmes ;
- l'accès aux logements du parc HLM de Mayenne. Un accord collectif départemental sur les attributions de logement a été signé le 2 octobre 2002, pour la période 2002-2004, entre le préfet de la Mayenne et diverses sociétés gestionnaires de logements HLM. Les publics visés sont des ménages cumulant des difficultés économiques et sociales. Les difficultés sociales sont appréciées selon les situations, notamment lorsqu'elles résultent de comportements violents.

EMPLOI

L'emploi des femmes en Pays de la Loire

En 2002, la délégation régionale des droits des femmes et de l'égalité (DRDFE) a renouvelé l'opération régionale « Pour les femmes, des métiers à portée de mains » en partenariat avec l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), les missions locales, les permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) et les centres d'information et de documentation sur les droits des femmes (CIDF).

Différents outils de communications ont couvert cet événement :

- trois séries d'affiches ont présenté des femmes exerçant les métiers d'ajusteuse, de soudeuse et de peintre en bâtiment ;
- le semestriel *Actives* a été élaboré en partenariat avec les branches professionnelles, les membres du service public de l'emploi (SPE), l'Union régionale des CIDF et l'association Retravailler. Ce journal s'adresse aux entreprises des transports, du bâtiment, des travaux publics et de la métallurgie. Il présente des témoignages de femmes occupant des métiers traditionnellement masculins, des données quantitatives et qualitatives sur l'emploi des femmes en Pays de la Loire et des témoignages de responsables d'entreprises qui ont intégré avec succès des femmes dans leurs équipes.

Chômage et emploi : particularités régionales

Avec un taux de chômage de 7,6 % de la population active, les Pays de la Loire figurent, à la fin du mois de décembre 2002, au nombre des trois régions les mieux classées dans l'ensemble national, après le Limousin et l'Alsace. Ce taux est demeuré stable par rapport à l'année précédente.

Cependant, les jeunes de moins de 25 ans représentent une part des demandeurs d'emploi supérieure à la moyenne nationale, particulièrement forte dans les zones d'emploi de la Mayenne et dans le Choletais. Les Pays de la Loire, réputés « région jeune », comptent en effet près de 26 000 jeunes de moins de 25 ans inscrits à l'ANPE à la fin décembre 2002, soit 23,4 % du total des demandeurs d'emploi de catégorie 1 (France : 19,6 %). Leur niveau de formation est en moyenne relativement faible : plus de la moitié n'ont pas dépassé le niveau V de l'Éducation nationale.

En décembre 2002, le chômage de longue durée (CLD) est orienté à la hausse (+ 7,9 %, contre + 3,6 % pour la moyenne nationale). Ce rebond porte à 30 000 le nombre des personnes inscrites à l'ANPE depuis un an ou plus dans la région. Les évolutions les plus sensibles touchent les hommes âgés de plus de 25 ans inscrits à l'ANPE depuis plus d'un an et moins de deux. Les chômeurs de longue durée représentent 27,1 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi de catégorie 1 de la région, un pourcentage inférieur de

1,8 point à la moyenne nationale (28,9 %). Ainsi, les Pays de la Loire se situent dans les sept régions présentant le pourcentage de CLD le moins élevé.

Lutte contre l'exclusion

Les quatre objectifs de résultats fixés pour l'année 2002 ont été partiellement atteints :

- diminution du nombre de chômeurs de longue durée (plus de 2 ans) de 1 600 (- 13,5 % par rapport à 2001). Cet objectif n'a pas été atteint puisque ce chiffre n'a diminué que de 536 unités ;
- augmentation d'un point du taux de sortie du chômage avant un an. L'objectif a été presque atteint puisqu'il se situe à 78 % (objectif prévisionnel : 79 %) ;
- baisse du stock de chômeurs de longue durée plus forte pour les femmes (écart de 5 points). L'écart entre les femmes et les hommes représente 10,2 points en défaveur des femmes, en décembre 2002 ;
- sortie de 25 300 bénéficiaires du revenu minimal d'insertion (RMI). Cet objectif a été totalement atteint avec un résultat de 26 023 Rmistes.

Les taux de réalisation des contrats emploi-solidarité, contrats emploi consolidé, stages collectifs et individuels d'insertion et de formation à l'emploi sont, pour l'année 2002, respectivement de 112 %, 101 %, 113 % et 50 %. Les entrées des chômeurs de longue durée, des publics féminins bénéficiaires du RMI et des personnes handicapées dans ces dispositifs confirment les objectifs qualitatifs fixés pour chacune de ces catégories pour l'année 2002.

Les recours hiérarchiques

La direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) s'est vue attribuer de nouvelles missions dans le cadre de la déconcentration des recours hiérarchiques :

- insertion par l'alternance et apprentissage (173 dossiers en 2002 contre 177 en 2001) dans le cadre de ses pouvoirs propres ;
- aide à la création d'entreprise (67 dossiers en 2002 contre 82 en 2001) dans le cadre des pouvoirs délégués par le préfet de région.

En matière de libertés publiques, la DRTEFP instruit les recours hiérarchiques formés devant le ministre chargé du travail relatifs aux institutions représentatives du personnel, en particulier ceux portant sur le licenciement des salariés titulaires d'un mandat (29 dossiers en 2002 contre 27 en 2001).

Enfin, la direction assure la défense des décisions relevant de son champ d'intervention devant le tribunal administratif (18 recours contentieux en 2002 contre 15 en 2001).

Ces nouvelles missions, résultant de réformes successives, rapprochent le citoyen de l'administration. Elles contribuent à harmoniser l'action de l'État dans le domaine du travail, de l'emploi, et de la formation professionnelle.

L'évaluation des risques professionnels

Dans la continuité de l'action entamée en 2001 sur la réalisation d'outils d'aide aux partenaires sociaux et à la suite de la parution du décret du 5 novembre 2001 rendant obligatoire la rédaction d'un document unique retraçant la mise en œuvre effective dans les entreprises de l'évaluation des risques, la DRTEFP a mené en 2002 une démarche d'information, de sensibilisation et d'aide aux partenaires sociaux. La philosophie de la prévention des risques professionnels a en effet été radicalement renouvelée sous l'impulsion des directives européennes d'inspiration anglo-saxonne. Sa difficulté d'appréhension justifie à la fois les efforts d'explication et la nécessité d'armer les partenaires sociaux à sa mise en œuvre.

Dans ce but, de nombreuses réunions ont été organisées entre des chefs d'entreprise et des représentants du personnel, certaines à l'initiative des directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP), d'autres par des inspecteurs du travail pour sensibiliser les entreprises présentant des risques importants (Loire-Atlantique). Mais aussi à la demande d'organisations syndicales ou d'organisations professionnelles : Confédération générale des petites et moyennes entreprises, fédération régionale des travaux publics, celle du bâtiment, la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB), union régionale de la coiffure, profession des électriciens (FEDELEC), profession des poseurs d'antenne, Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS), des clubs d'entreprise (Saint-Nazaire et Ancenis).

Au total, 1 500 chefs d'entreprise de la région ont reçu une aide concrète en vue de respecter au mieux leur obligation d'évaluation des risques et de mise en œuvre de mesures de prévention.

800 cédéroms d'aide à la réalisation du document unique d'évaluation ont été demandés par les entreprises. Ce cédérom est par ailleurs téléchargeable sur le site Internet de la DRTEFP.

Service régional de contrôle

L'année 2002 a été marquée par la clôture de la campagne des contrôles des actions cofinancées par le Fonds social européen pour la programmation 1994-1999. Conduites en application des dispositions combinées du Livre IX du Code du travail et de l'article 23 du règlement 2082/93 du Conseil des Communautés européennes, les vérifications ont porté sur un montant de dépenses de 43 M€ (10,60 % des dépenses déclarées).

Entamée en 1997, cette opération a concerné l'ensemble des objectifs 2, 3, 4 et 5b, ainsi que les programmes d'initiatives communautaires. Au total, 35 structures, de statut privé ou public, ont fait l'objet d'investigations sur la région, dans le cadre de près de 100 conventions prévoyant le concours du Fonds social européen.

La DRTEFP a contrôlé la réalisation physique et financière, mais aussi l'éligibilité des actions réalisées et celle des dépenses, au regard du droit français et européen. Le respect des règles relatives à la transparence comptable ainsi qu'à la publicité du financement européen a été analysé. Outre les observations et - parfois - le rappel des règles régissant l'attribution et la gestion des fonds européens, le service a été conduit à notifier des reprises de sommes non ou indûment utilisées, soit 1 332 963 €. Ces sommes ont fait l'objet de reversements au Trésor public.

Alors que s'achevait cette campagne, la direction a procédé à la mise en place des plans de contrôle de la programmation 2000-2006. Parallèlement, elle a poursuivi ses opérations d'inspection auprès des entreprises et organismes de formation de la région, conformément au Livre IX du Code du travail.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	3 222 061
Population active ayant un emploi (RP99)	1 276 397
Population salariée (RP99)	1 105 943
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	279 458
- Construction	76 689
- Tertiaire	507 349
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	111 074
- Femmes (en %)	50,7
- Moins de 25 ans (en %)	23,4
- Chômage Longue Durée (en %)	27,1
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	7,9
Taux de chômage 2002 (en %)	7,6
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	52 937
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	20 992
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	5 024
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	547 972
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	47 331

SANTÉ, SOCIAL

Une politique régionale de santé rigoureuse et ambitieuse

La Picardie se caractérise par une surmortalité générale de 15 %, due notamment aux maladies cardio-vasculaires et aux cancers. Cette situation est aggravée par des indicateurs sociaux particulièrement défavorables. La région s'est donc dotée en 2002 d'une politique de santé ambitieuse. Outre l'organisation de l'offre de soins, l'accent a été mis sur le développement de programmes de santé, l'inspection et la sécurité sanitaire.

Pour renforcer cette dernière, la Picardie s'est appuyée sur l'observatoire régional et interdépartemental de sécurité sanitaire (ORISCAN), qui dispose d'une base de données et de référentiels sur les centres préleveurs d'organes et la désinfection des endoscopes.

L'activité s'est concentrée autour d'un programme et de deux schémas régionaux :

- le schéma de stérilisation. Approuvé par la commission exécutive (COMEX), il permettra d'assurer, à terme, la stérilisation des dispositifs médicaux dans cinq sites inter-établissements de santé ;
- le schéma de sécurité sanitaire (en cours d'élaboration). Ses objectifs ont été présentés à la mission d'enquête de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), à la Direction générale de la santé (DGS) et à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Les axes stratégiques seront arrêtés début 2003.
- le programme d'action santé-environnement (PASE). Il organise, dans un cadre interministériel et interdépartemental, diverses opérations de sécurité environnementale : gestion des déchets d'activité de soins, qualité des eaux d'alimentation, qualité de l'air, exposition au plomb dans l'habitat...

De nombreux programmes de santé ont également été poursuivis ou redéfinis. Ainsi, de nouveaux plans d'action ont été établis pour les programmes régionaux de santé (PRS) 2002-2003 : « La Picardie contre le cancer » et « Enfants et jeunes de Picardie en santé ». Les pôles de prévention, créés dans le cadre du PRS « Un cœur pour la vie », ont été organisés en réseau. L'ouverture d'une structure de dépistage du cancer du sein, dans l'Aisne, complète le dispositif régional.

Le développement de la territorialisation, enjeu majeur pour la mise en œuvre des priorités de santé en Picardie, a permis l'émergence de trois programmes locaux de santé : Soissons, Beauvais et Amiens. Plusieurs ateliers santé-ville ont également été financés pour des actions articulées avec la politique de la ville : Saint-Quentin, Laon et Abbeville.

À noter également le choix de la région Picardie, parmi 4 régions, pour la réalisation sur site de l'éva-

luation nationale du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) première génération. Celle-ci servira de base à l'élaboration des PRAPS 2003-2006.

Enfin, le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) a été adopté le 12 décembre 2002. Il devrait, dans son volet planification, constituer un socle homogène pour développer des actions territorialisées d'éducation pour la santé à l'intérieur des différents programmes (PRS, programmes nationaux ou programmes locaux).

Par ailleurs, les directions régionale et départementales à l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS) ont mené nombre d'inspections et de contrôles : 7 inspections sur la maltraitance - sur 13 programmées - et 10 autres hors programmes, réalisées par les DDASS. Sur ce thème, une formation, ouverte aux agents du conseil général, a été organisée par la mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE). Dans le secteur de la protection sociale, des contrôles ont été conduits dans l'esprit du nouveau cadre défini par instructions interministérielles (5 contrôles approfondis, 1 contrôle intermédiaire et 2 contrôles sur des points particuliers). Enfin, une mutuelle a été contrôlée.

Mobilisation pour lutter contre les exclusions

Dans ce domaine, la Picardie dispose d'une structure d'analyse socio-sanitaire unique en France : une maîtrise d'œuvre de l'Observatoire social de Picardie (OSP), confiée à l'observatoire régional de santé (ORS). Ses productions récentes (croisement d'informations régionalisées, diagnostics territoriaux dans les pays du Saint-Quentinois, du Laonnois, du Chaunois et de la Thiérache) ont été particulièrement remarquées. La plupart des informations sont téléchargeables sur son site Internet (www.observatoire-social-de-picardie.org).

L'offre de formation en travail social a également été améliorée. Une augmentation du nombre de places et la mise en place de nouvelles sections ont été planifiées par un schéma régional. En 2002, la région a ainsi obtenu des crédits pour la mise en place d'une formation de travailleurs de l'intervention sociale et familiale (TISF), destinés à participer à la prise en charge à domicile. Ceci complètera les agréments des 10 centres DEAVS (diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale). En outre, la région Picardie a été retenue pour expérimenter l'accompagnement de la validation des acquis de l'expérience des éducateurs spécialisés. Enfin, le centre de formation des assistants de service social de Beauvais a été agréé.

Autre préoccupation : la prise en charge de l'urgence sociale. La DDASS de l'Aisne a arrêté le 25 novembre 2002 son schéma départemental de l'accueil, de

l'hébergement et de l'insertion. Ses deux principales orientations sont :

- de poursuivre l'adaptation de l'offre d'accueil, d'hébergement et d'insertion sur le plan quantitatif et qualitatif ;
- de renforcer la coordination entre les différents acteurs, en vue d'une prise en charge globale et adaptée.

Dans un premier temps, des comités locaux de coordination ont été installés dans chacun des bassins de vie. L'accueil des demandeurs d'asile a également mobilisé la région. Le département de l'Oise a en effet enregistré, en 2002, la plus forte progression des demandes dans les établissements du type centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) : 823 dossiers, contre 308 en 2000-2001, ont été déposés en préfecture, représentant 1 100 personnes (familles et enfants). Des plates-formes d'accueil pour demandeurs d'asile ont également été ouvertes à l'automne 2002 dans la Somme et dans l'Oise.

Soutien aux personnes fragilisées

La fonction parentale a bénéficié d'un acte d'engagement partenarial DRASS/DDASS/Caisse d'allocations familiales, signé le 16 janvier 2002. Un groupe de travail dressera un état des lieux des dispositifs existants en Picardie, puis proposera des orientations interdépartementales favorisant la synergie et la complémentarité entre les deux institutions.

Diverses actions ont également été menées en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Ainsi, la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été poursuivie. Au 31 décembre 2002, 65 conventions étaient signées. La Picardie devient ainsi l'une des régions les mieux placées au niveau national. Les schémas médico-sociaux ont, pour leur part, fait l'objet de plusieurs études. Une étude sur les personnes âgées vieillissantes a été menée par le Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI), afin de compléter l'état des lieux départemental. Enfin, une cellule d'appui régionale et interdépartementale a été constituée entre les DDASS, le CREAI, l'Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS), la caisse régionale d'assurance maladie et l'échelon régional du service médical (ERSM). Sa mission consiste à conseiller les départements et à favoriser les échanges et la cohérence entre les services. Les schémas ont d'ores et déjà été déjà engagés dans les trois départements, en priorité dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées.

Pour sa part, le schéma gérontologie - y compris le suivi des inspections sur la qualité et la sécurité des prises en charge - est géré conjointement par la DDASS et le conseil général de l'Oise.

Enfin, les actions partenariales (par exemple, le centre d'information sur la surdité à vocation régionale, ouvert en juin 2002) et culturelles dans les établissements médico-sociaux (13 projets financés pour 67 000 €) ont été encouragées.

Gestion des ressources au service des agents et des missions

Le taux de vacances des postes des cadres sanitaires et sociaux a légèrement diminué en Picardie, passant de 24 à 22 %. La situation reste toutefois préoccupante dans l'Oise, avec un taux de 41 % pour les médecins inspecteurs de santé publique (MISP). L'important turn-over constaté dans la région complique le fonctionnement des services. La prise en compte de cette situation a cependant permis l'ouverture d'un concours déconcentré en 2002 pour 5 postes de catégorie B (2 dans l'Oise et 3 à la DRASS). Les mouvements d'effectifs se sont accompagnés d'une gestion active des ressources humaines et de cycles de formation ciblés sur les réseaux professionnels ou communs à la DRASS et DDASS de la Somme, dans la perspective d'une gestion regroupée des services. Les deux sites ont été pilotes pour l'expérimentation du nouvel applicatif « Synergie-RH ».

Dans la perspective d'un regroupement géographique DRASS DDASS de la Somme, les services ont élaboré des scénarios d'organisation pour une nouvelle structure. Enfin, des campagnes médiatiques ont soutenu les actions menées dans le domaine de la santé publique, de l'exclusion, du handicap et des personnes âgées. Celles-ci ont également été relayées par des actions de communication interne : journal interne, petits-déjeuners d'information thématiques... La mise en place, en juillet, de la visioconférence est susceptible de faire gagner un temps précieux pour les réunions entre les quatre sites de la région.

Personnel des hôpitaux : mise en œuvre des protocoles nationaux

Les protocoles du 13 mars 2000 et 22 octobre 2001, relatifs au personnel médical, ont été mis en place par l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), qui a également animé le comité régional de suivi. Pour répondre à l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT), l'organisation médicale a été redéfinie et les établissements de santé renforcés. La première phase 2002-2003 a permis d'engager les mesures spécifiques de revalorisation des astreintes, des primes d'engagement des assistants, du paiement des jours RTT non pris et non épargnés, mais aussi de créer 87,6 postes médicaux. En matière de personnel non médical, une dynamique s'est mise en place autour de deux termes clés, « attractivité » (des structures et des métiers de santé) et « fidélisation » (des acteurs de santé) : celle-ci devrait permettre de faire face aux enjeux démographiques - importants dans la région - en incitant les établissements à gérer de façon globale les ressources humaines et à les inscrire dans le volet social du contrat d'objectifs et de moyens (COM). Son lancement s'est appuyé sur un appel à projets, qui a permis :

- l'expertise et le financement en tout ou partie de 49 volets sociaux intégrant, entre autres, de nouveaux contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (4 établissements bénéficiaires : 220 950 €) ;

- une amélioration de l'information aux agents ou des relations interservices (quatre établissements bénéficiaires : 83 537 €) ;
- des programmes d'informatisation de la gestion du temps de travail (13 établissements bénéficiaires : 784 886 €) ;
- 161 prises en charge de promotions professionnelles (31 établissements bénéficiaires : 8 039 445 €) ;
- l'accompagnement de plusieurs mesures d'accès à l'emploi, dont le soutien aux contrats-emplois jeunes (10 établissements bénéficiaires : 170 200 €) et la mise en place du « lien social » (30 établissements bénéficiaires : 37 675 €, dans un partenariat lancé en 2001 avec la plate-forme de professionnalisation des métiers et l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier) ;
- l'aide à l'intégration d'agents espagnols (1 établissement bénéficiaire : 2700 €).

Recomposition et complémentarité de l'offre de soins hospitalière

Les dispositions du schéma régional de l'organisation des soins (SROS) mettent l'accent sur la mise en œuvre de réseaux sanitaire, la gradation des soins et la complémentarité entre les acteurs. L'accès aux soins et à la prévention, notamment secondaire et tertiaire, a aussi été amélioré. Sur cette base, les actions suivantes ont été menées :

- nouvelles activités de rééducation et réadaptation fonctionnelle, de cardiologie, de neurologie, de néonatalogie ;
- développement des plateaux techniques. Des installations supplémentaires prévues par le SROS ont été autorisées : 4 scanographes, 2 IRM et 1 caméra à scintillation ;
- mise en œuvre d'actions de coopération et de complémentarité entre établissements publics ou participants au service public hospitalier (PSPH), entre établissements publics ou PSPH et privés, sous des formes juridiques variées : conventions, fédérations de service... ;
- renforcement des réseaux de soins. En 2002, l'ARH a particulièrement soutenu les projets inter-hospitaliers des réseaux régionaux de périnatalité, d'urgences, d'insuffisance rénale chronique, et les réseaux de proximité « Ville-Hôpital », notamment pour la prise en charge de patients en fin de vie, la gériatrie, les affections cancéreuses, les maladies chroniques ;
- extension de capacités de prise en charge, notamment des insuffisants rénaux en phase terminale, des urgences, de la médecine ;
- appui à une politique régionale d'éducation des patients, par la constitution d'un réseau de 8 pôles de prévention et d'éducation. Elle complète une démarche régionale sur 3 axes représentés par l'hôpital, le système de soins ambulatoire et l'interface des pôles de prévention (Ville-Hôpital) ;
- augmentation des alternatives à l'hospitalisation : près de 100 places supplémentaires d'hospitalisation à domicile (sur 176 prévues en Picardie), des places

d'hospitalisation de jour, d'anesthésie-chirurgie ambulatoire, ainsi qu'en soins de suite et de réadaptation ;

- mise en œuvre d'un observatoire des techniques et thérapies innovantes et coûteuses (ORTIC).

Une politique hospitalière renouvelée

Dès la fin de l'année 1997, des actions ont été engagées par l'ARH de Picardie pour renforcer les démarches qualité engagées dans chaque établissement de santé de la région : formation, mises en commun d'actions, ou encore augmentation de moyens nécessaires à certaines activités de soins (urgences, cancérologie, périnatalité, cardiologie, insuffisance rénale chronique, équipes mobiles de soins palliatifs, cellules d'hygiène inter-hospitalières...).

Les volets complémentaires du SROS 2 relatifs aux soins palliatifs, à la lutte contre la douleur et à l'imagerie médicale (scanographes et IRM) ont également été finalisés.

Enfin, les contrats d'objectifs et de moyens du centre hospitalier universitaire d'Amiens, de l'établissement public de santé mentale (EPSMD) de l'Aisne, des centres hospitaliers de Beauvais, Creil, Senlis, Guise et Chaumont ont été définis.

Pour les travaux de planification, l'ARH a bénéficié de l'aide active des DDASS et de la DRASS, en particulier pour les schémas douleurs/soins palliatifs et imagerie médicale - adoptés le 26 octobre 2002 - le suivi et la mise en œuvre du schéma régional de l'organisation psychiatrique, l'enquête patrimoine et la contractualisation de l'offre de soins.

Allocation de ressources

Pour l'année 2002, les 54 établissements de santé publics et PSPH ont bénéficié de l'apport d'une péréquation régionale encore favorable à la Picardie. La progression moyenne des enveloppes budgétaires des établissements a été d'environ 6,45 % par rapport à l'exercice 2001.

Les grandes orientations de la politique d'allocation de ressources sont de deux ordres :

- réduire les disparités de moyens budgétaires entre les établissements de santé grâce à une allocation différenciée. Celle-ci a été déterminée en fonction des résultats du programme de médicalisation des systèmes d'information, sur un principe de solidarité entre établissements psychiatriques, mais aussi sur la base de l'évolution de l'activité des établissements et de leur situation budgétaire et financière ;
- financer des actions mettant en œuvre les priorités régionales de santé (SROS) et contribuant à réduire les inégalités d'accès aux soins.

Une enveloppe de 29 M€ a été constituée pour répondre à trois objectifs : l'amélioration de la qualité et de la sécurité de suivi des malades, le développement de nouvelles formes de prise en charge des patients (hospitalisation à domicile, douleur, soins palliatifs...) et le renforcement des activités répondant aux priorités régionales du SROS.

Parmi les principales mesures financées en 2002, on peut citer :

- l'aide aux investissements immobiliers de reconstruction et de restructuration, y compris les investissements de sécurité sanitaire : 6,916 M€ ;
- le soutien au progrès médical (molécules, techniques et thérapeutiques innovantes, médicaments coûteux en cancérologie...) : 5,245 M€ ;
- l'amélioration du suivi urgentiste (2,332 M€) et des pathologies cardio-vasculaires : 2,232 M€ ;
- la prévention de la transmission des maladies infectieuses et la lutte contre les infections nosocomiales : 1,743 M€ ;
- la périnatalité : 1,537 M€ ;
- le renforcement des activités de cancérologie (y compris soins palliatifs et douleur) : 1,285 M€.

Accueil des femmes en difficulté

La délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) a soutenu l'action du Service d'accueil des femmes en difficulté (SAFED) à Amiens, en participant financièrement à l'édition d'un dépliant d'information grand public. Cette plaquette comporte deux volets.

Le premier s'adresse aux femmes enceintes qui rencontrent des difficultés sociales, familiales et/ou professionnelles et qui s'interrogent ou sont préoccupées par la poursuite de leur grossesse. Il présente le service - coordonné par une sage-femme du SAFED - proposé à ces femmes : aide aux formalités administratives, ouverture des droits, démarches pour une interruption volontaire de grossesse (IVG), accompagnement de la grossesse, préparation à l'accueil de l'enfant et suivi post-accouchement.

Le second s'adresse aux professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux et éducatifs. Leur sont proposées la participation à un réseau pluridisciplinaire et des actions de préventions et d'accompagnement IVG. Le SAFED travaille avec un réseau constitué d'hôpitaux, de maternités publiques et privées, de centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification et d'éducation familiale, de médecins libéraux, de services de l'État, de la CODES, de l'Inspection académique, de l'Université, des missions locales et des associations du département.

EMPLOI

Des correspondants à l'égalité dans les écoles

Un correspondant « Égalité des chances entre les jeunes filles et les garçons » a été désigné au sein de chaque collège, lycée professionnel et lycée de l'académie d'Amiens, afin d'améliorer l'orientation scolaire et professionnelle des jeunes filles et de veiller à l'adaptation de l'offre de formation initiale aux perspectives d'emploi. Chaque correspondant est chargé de coordonner les actions au niveau local.

Une journée académique de sensibilisation a été organisée à leur intention, au cours du premier trimestre de l'année scolaire 2002-2003, afin d'engager une dynamique de formation. Celle-ci s'appuie sur des temps forts de regroupement et de réflexion commune pour former et soutenir une majorité de personnes-relais au sein de l'Éducation nationale. Le dispositif comprend également la mise à disposition de ressources (achats de cassettes vidéos, exposition...), afin de les accompagner dans leurs projets d'actions.

Accès de tous à l'activité et à l'Emploi

Le 22 octobre 2002, la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) a organisé le forum « insertion-intérim » à Crépy, dans l'Aisne. Près de 200 personnes, pour la plupart acteurs de l'insertion et de l'intérim, y ont participé. Des expériences originales y ont été présentées, dont en particulier :

- la mutualisation des compétences et des moyens de l'agence locale pour l'emploi (ALE) de Laon et de la société Manpower pour servir efficacement une entreprise locale, tout en favorisant l'insertion professionnelle. Cette démarche s'est appuyée sur un programme de formation et sur des stages d'accès à l'emploi ;
- une convention de partenariat entre la mission locale de Soissons et la société Védiorbis, afin d'adapter l'offre à la demande. Chacun des deux partenaires accompagne les candidats, en fonction de ses compétences en matière de conseil et de logistique ;
- l'engagement de la mission locale de Saint-Quentin et de la société Synergie dans le parrainage des jeunes. Une vingtaine de jeunes ont pu avoir ainsi accès à une première expérience professionnelle dans les secteurs de l'industrie ou des transports, ainsi que dans le tertiaire.

Un schéma régional de formation des personnes handicapées a également été mis en place. Ces dernières doivent pouvoir bénéficier d'un parcours professionnel cohérent et facilité. Ceci implique la mise en œuvre d'une dynamique d'expertise des acteurs de l'appareil de droit commun de la formation, qui ont jusqu'ici - consciemment ou non - occulté la question du handicap. Il s'agissait, au-delà d'une optimisation des mesures existantes, d'élaborer un programme de

formation et d'échanges des acteurs non-spécialistes de l'insertion professionnelle, afin de leur permettre de mieux prendre en compte la personne handicapée. Aussi la DRTEFP, la région et l'Association gestionnaire des fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (Agefiph) ont-elles souhaité instaurer un ensemble de correspondants au sein des réseaux d'accueil et d'orientation des jeunes, ainsi qu'un système de référents dans les organismes de formation. Cette mesure s'inscrit dans un schéma régional né d'une convention conclue le 21 décembre 2001. Au total, 115 structures (réseaux d'accueil et d'orientation et organismes de formation) ont adhéré au dispositif. Une charte d'engagement précise le rôle des correspondants et des référents, ainsi que le contenu de l'accompagnement et du suivi. 220 référents ou correspondants ont été désignés et ont reçu, en 2002, une formation de deux journées à la prise en compte du public handicapé dans un processus d'insertion.

Développement d'un emploi de qualité et valorisation du potentiel humain

Àu début de 2002, la société Whirlpool France décidait d'arrêter la fabrication des lave-linge sur son site d'Amiens (Somme) et de développer le pôle sèche-linge. Cette fermeture partielle s'est traduite par la suppression de 225 postes sur un effectif de 865. Un plan de sauvegarde de l'emploi a été décidé, au terme d'une large concertation entre les acteurs. Il a abouti à la signature d'une convention de réactivation entre le préfet de la Somme et l'entreprise Whirlpool. Celle-ci s'engage à contribuer à la création de 200 emplois en contrats à durée indéterminée dans un délai de 2 ans, pouvant éventuellement être porté à 3 ans. Ces aides à l'emploi sont attribuées en partenariat avec les acteurs locaux (collectivités territoriales, chambre de commerce, administrations). Afin de lever l'inquiétude des représentants du personnel à la fin de la procédure dite du Livre IV du Code du travail, syndicats et direction de Whirlpool ont mis sur pied, par l'entremise de la DDTEFP, une méthode de travail. Celle-ci préfigure un peu les accords de méthode et consiste à mener parallèlement la procédure officielle du Livre III et des négociations sur certains thèmes du plan de sauvegarde de l'emploi. Trois groupes de travail (2 personnes par syndicat, l'expert du comité d'entreprise, 4 personnes de la direction) ont ainsi élaboré des propositions sur les thèmes suivants : niveau d'emploi et organisation du travail, reclassement et réindustrialisation, et autres mesures du plan de sauvegarde de l'emploi. Les groupes de travail ont informé le personnel sur l'avancement des négociations à l'issue de chaque réunion. Enfin, deux expériences de validation des acquis de l'expérience (VAE) ont été menées dans la Somme. La municipalité d'Amiens ayant décidé d'externaliser le service d'aide aux personnes âgées, 67 agents contractuels n'avaient pu être reclassés en interne. L'ancienneté de ces derniers était comprise entre vingt et vingt-cinq ans dans des tâches d'aides et de

soins aux personnes âgées, sans qu'aucune qualification ne leur ait été reconnue. La DDTEFP, avec le concours actif de la mairie, de l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) et de la Croix-Rouge, a entrepris de faire passer à ces personnes 3 des 4 certificats de compétence professionnelle (CCP) du titre d'assistante de vie (ADV), dans le cadre de la VAE (le 4^e CCP ne pouvait être passé puisqu'il concernait la garde d'enfants). 98 % des candidates ont obtenu les 3 CCP. À ce jour, la moitié des personnes ont retrouvé du travail.

Autre expérience : dans le cadre des mesures d'accompagnement de la fermeture partielle d'un site d'une grande entreprise - spécialisée dans l'équipement automobile - 38 anciens salariés volontaires ont passé le titre d'agent de fabrication industrielle par le biais de la VAE. Dans cette entreprise, l'ancienneté était également importante, atteignant souvent une vingtaine d'années sans aucun diplôme reconnu. Le processus associant l'AFPA et la Société pour le développement de l'industrie et de l'emploi (SODIE, cellule de reclassement) s'est déroulé de la même façon que précédemment. Cependant, la mise en situation professionnelle exigée par le référentiel du titre a nécessité d'autres moyens matériels, hautement spécialisés, fournis par l'entreprise concernée. En revanche, à la différence du précédent dossier, l'opération a failli être annulée faute de personnes volontaires pour former les jurys, la branche professionnelle ne s'étant pas mobilisée. Une association de retraités actifs (Echanges et consultations techniques internationaux - ECTI) est finalement venue fournir l'ensemble des professionnels nécessaires. Les résultats sont, là encore, à la hauteur de l'investissement, puisque 92 % des candidats ont obtenu le titre.

Dialogue social et protection des salariés

L'évaluation et la prévention des risques professionnels ont été promues par un plan d'action en deux parties.

À l'intention des entreprises et des représentants du personnel, la DRTEFP de Picardie et le Centre d'ergonomie et de sécurité du travail de Picardie (CESTP) de l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) ont organisé une manifestation, le jeudi 24 octobre 2002, jour du 20^e anniversaire de la création des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Les présidents et les secrétaires des CHSCT constituaient la principale cible de cette journée, dont le thème était « Évaluer et prévenir les risques professionnels ». Ce colloque a réuni plus de 400 personnes, venues écouter les témoignages des acteurs clefs de la prévention, des chefs d'entreprise, des représentants du personnel et des partenaires sociaux.

Des actions ont également été développées à destination des chefs d'entreprise et de leurs relais, en partenariat avec trois branches professionnelles (propriété, bâtiment et interprofessionnel). Trois thèmes ont été abordés : information (diffusion d'une plaquette

réalisée par la DRTEFP), formation (opération collective dans le cadre des engagements de développement de la formation – EDDF – appuyée par une convention conclue avec l'organisme paritaire collecteur agréé de la branche) et action d'accompagnement de 3 jours par un consultant dans les petites et moyennes entreprises ou les très petites entreprises ne pouvant bénéficier de l'action collective de formation.

Enfin, les premières Assises de l'inspection du travail dans le département de l'Aisne ont eu lieu le 26 mars 2002. Auparavant avaient été remis en interne les bilans d'ateliers de travail relatifs au fonctionnement des sections. La table ronde a été élargie aux personnalités suivantes :

- présidents, vice-présidents des conseils de prud'hommes, accompagnés des greffiers en chef ;
- représentants des unions départementales des syndicats de salariés ;
- représentants du Mouvement des entreprises de France (MEDEF) Aisne, MEDEF Sud-Aisne, de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises et du patronat réel (CGPME), de l'artisanat ;
- représentants d'organisations syndicales du milieu agricole.

Deux sujets ont été successivement abordés :

- quelles sont les attentes des organisations syndicales vis-à-vis de l'inspection du travail ?
- l'articulation entre l'action de l'inspection du travail et celle des conseils de prud'hommes.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	I 857 481
Population active ayant un emploi (RP99)	643 286
Population salariée (RP99)	572 934
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	149 249
- Construction	31 873
- Tertiaire	233 976
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	82 047
- Femmes (en %)	48,3
- Moins de 25 ans (en %)	23,7
- Chômage Longue Durée (en %)	32,7
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	3,0
Taux de chômage 2002 (en %)	9,9
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	28 814
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	21 954
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	3 456
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	279 419
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	70 074

P OITOU-CHARENTES

SANTÉ, SOCIAL

Organiser l'offre de soins

En 2002, les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales ont poursuivi, en collaboration avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), la réduction des inégalités entre les établissements publics de santé. Cette redistribution des moyens a permis de financer certaines priorités, définies par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) : périnatalité, soins de suite et de réadaptation, soins palliatifs, cardiologie aiguë et psychiatrie. Par ailleurs, au vu des résultats du programme de médicalisation des systèmes d'information, les budgets de plusieurs établissements (centre hospitalier universitaire de Poitiers, centre hospitalier de Châtellerauld) ont été sensiblement renforcés.

Le personnel non médical des hôpitaux bénéficie des 35 heures depuis le 1^{er} janvier 2002. Le passage est intervenu par le biais des protocoles négociés dans chaque établissement avec les organisations syndicales, dans un bon climat social d'ensemble. Pour le personnel médical, l'attribution des postes sera étalée jusqu'en 2005.

Toujours en matière hospitalière, la politique de contractualisation a été poursuivie (voir infra, « Contrats d'objectifs... »). En outre, à la suite de la déconcentration des procédures d'autorisation pour l'imagerie et la radiothérapie, les conférences sanitaires régionales de secteur ont établi les cartes et schémas afférents (voir ci-dessous « Équipements lourds hospitaliers... »).

Politiques de santé publique

En Poitou-Charentes, le comité régional des politiques de santé, présidé par le préfet de région et animé par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), constitue le principal outil de pilotage des politiques de santé. Il s'appuie sur une concertation permanente avec l'ensemble des acteurs (union régionale des caisses d'assurance maladie – URCAM –, union régionale des médecins libéraux – URML –, conseils généraux, conseil régional, associations...). La mobilisation, rapide et efficace, de tous ces intervenants, lors de la consultation régionale de novembre 2002 autour de la loi quinquennale en santé publique, a été, à ce titre, exemplaire.

Les programmes de santé, définis par la région, ont tous obéi aux priorités régionales et nationales. Si le programme régional d'accès aux soins et à la prévention des plus démunis (PRAPS) s'est poursuivi, deux autres se sont consacrés à la prévention des suicides et à celle des accidents de la voie publique. Enfin, le programme nutrition santé (PNNS) a été lancé, avec le concours d'un chef de projet du CHU de Poitiers. En juillet 2002, les professionnels de santé se sont

réunis pour dresser l'état des lieux du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS). Les débats ont souligné la nécessité de clarifier les procédures d'appels d'offres des actions de santé : par exemple, ne plus disposer à terme que d'un seul dossier d'appel d'offres et d'un guichet unique des financeurs. En outre, tous estiment indispensable la tenue d'un tableau de suivi des actions financées dans le cadre des programmes de santé.

Les services déconcentrés de l'action sanitaire et sociale ont également travaillé sur le programme d'éducation et de promotion de la santé (PEPS), dont la population générale reste la cible prioritaire. L'appel à projets est ici permanent, grâce à un financement spécifique dans le cadre du contrat de plan État-Région.

Par ailleurs, il est apparu urgent de mieux coordonner l'observation de la santé en région, comme l'a souligné la conférence réunie pour préparer la loi quinquennale en novembre 2002. L'éparpillement des lieux d'analyse est en effet à regretter. Toute commande passée à l'observatoire régional de la santé (ORS) devra désormais être définie dans le cadre d'un étroit partenariat.

Enfin, si le comité régional des politiques de santé a désigné l'URCAM comme chef de projet du SREPS, les services déconcentrés - DRASS et directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) - ont participé activement au comité de pilotage et à la rédaction du document final. Après ce partenariat réussi, la mise en place d'un véritable service public d'éducation pour la santé et d'un pôle régional de compétence est apparue particulièrement pertinente.

Les risques environnementaux sur la santé

Lutter contre les risques environnementaux est l'un des axes majeurs de l'action des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales. Ainsi, des programmes de prévention des risques auditifs ont-ils été engagés par différents acteurs dans le cadre de travaux interministériels coordonnés par les projets territoriaux de l'État. D'autres ont permis de constituer des pôles de compétence pilotés par les DDASS, afin d'améliorer la sécurité sanitaire des aliments.

Les risques industriels ont également été pris en compte. Des ingénieurs, médecins et pharmaciens ont activement participé à diverses mesures :

- dépistage et lutte contre le saturnisme ;
- prévention des risques nucléaires et distribution d'iode aux populations exposées (centrale de Civaux dans la Vienne) ;
- aide au comité de suivi des amibes.

En décembre 2002, la DRASS a accepté de piloter un plan régional pour l'élimination des déchets de soins à risques infectieux, qui sera mis en oeuvre progressivement.

En matière de surveillance et de protection des eaux, les DDASS participent activement aux travaux de la Mission inter-services de l'eau (MISE), notamment au développement du système d'informations géographiques destiné à protéger et améliorer les ressources (numérisation des plans d'épandage et mise à jour des captages d'eau potable). Outre les contrôles de la qualité des eaux d'alimentation et de baignade, une vigilance particulière est sollicitée des distributeurs d'eau dans le cadre des plans Biotox et Vigipirate renforcés. L'action dans ce secteur est exemplaire en termes de partenariat puisqu'un programme pluriannuel d'actions associe la direction régionale de l'environnement (DIREN), la DRASS, la direction régionale de l'agriculture et de la forêt (DRAF), le conseil régional, les agences de l'eau et la chambre d'agriculture, ainsi que les MISE.

Lutter contre les exclusions

L'action conduite en 2002 en faveur de l'urgence sociale répond aux schémas départementaux « accueil, hébergement, insertion » (AHI), adoptés en 2001 par les préfets de départements. L'objectif est de réaliser une charte qualité pouvant servir de référence aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) de la région et permettant à terme une évaluation homogène de leurs prestations.

Les personnes handicapées ont également bénéficié de plusieurs mesures. Ainsi le besoin d'un accueil spécifique dans la Vienne pour les traumatisés crâniens a-t-il été souligné (maison d'accueil spécialisée-foyer à double tarification – MAS-FDT – à Saint-Julien-l'Arç). En attendant, les enveloppes dédiées inscrites au plan triennal ont permis de répondre à une partie des besoins dans chacun des départements concernés.

En dépit d'un développement régulier et cohérent de l'offre depuis plusieurs années, les autistes restent en revanche confrontés aux difficultés de financement de nouvelles structures. Afin de tenter de dépasser cette contradiction, deux études ont été lancées en 2001 et 2002 : l'une pour analyser le vécu des parents et des professionnels ; l'autre pour cerner les nouveaux cas d'autisme chez les 4-8 ans à partir d'un outil commun au réseau des médecins référents, validé par le centre de ressources de Tours (professeur Sauvage).

Par ailleurs, en matière de demandeurs d'asile, la région a apporté sa contribution au dispositif national visant à leur répartition équitable sur le territoire : ainsi, au seul centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) existant en 2001 (Charente, 56 places) sont venus s'ajouter en 2002 un centre de 60 places en Charente-Maritime et un autre de 65 places dans la Vienne.

La tarification des établissements

Autre mission importante des services : la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La montée en charge des conventions tripartites a continué en 2002 sur sa lancée, avec une accélération notable du processus : au 31 décembre 2002, 104 conventions étaient signées, soit 31 % des places de la région.

L'accélération de ce processus se traduit, pour le montant de l'enveloppe régionale, par un solde négatif de plus 5,4 M€. Dans ces conditions, les difficultés de poursuite de la réforme et l'absence d'informations précises à ce sujet rendent délicat le positionnement des services de l'État vis-à-vis de leurs partenaires. Parallèlement, la mise en œuvre du schéma régional des formations sociales, lié aux EHPAD et adopté en juillet 2001, a commencé à produire ses effets (6 actions réalisées sur 19 programmées), en dépit de l'importance des besoins des personnes âgées et des niveaux de qualification souvent inadaptés à la demande.

Adapter l'organisation à l'évolution des besoins

L'été essentiellement marqué en 2002 par deux événements : le passage aux 35 heures et la pose de la première pierre de la maison commune DRASS-DDASS de la Vienne par la ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées.

Le temps dégagé par la mise en place de l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) représente une diminution moyenne de 6,16 % des ressources humaines. Les services doivent donc plus que jamais rationaliser leurs méthodes de travail.

Enfin, la préparation du regroupement des services de la DRASS et de la DDASS de la Vienne dans de nouveaux locaux dès l'automne 2003 a nécessité une vaste opération de tri et d'archivage, en liaison étroite avec les archives départementales. Différents groupes de travail se sont d'ailleurs penchés sur la mutualisation et la rationalisation du fonctionnement du futur pôle DRASS-DDASS de la Vienne.

Équipements lourds hospitaliers et radiothérapie

En partenariat avec les radiologues et radiothérapeutes hospitaliers et libéraux de la région, les travaux d'élaboration du volet « équipements lourds et radiothérapie » du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ont été entamés au printemps 2002. Le récent assouplissement des indices et le transfert de compétence aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) en matière d'autorisation pour ces appareils justifiait qu'une ligne directrice soit tracée pour les années à venir.

Sur la base d'un constat partagé par l'Agence et les professionnels, les orientations adoptées vont permettre l'installation dans la région Poitou-Charentes des équipements suivants :

- 5 scanners supplémentaires (dont 3 répondant à des besoins exceptionnels au-delà de l'indice maximum), portant le total à 21 appareils ;
- 4 nouveaux IRM (indice maximum), soit 11 machines ;
- 1 nouvelle gamma-caméra, pour un total de 11 appareils ;
- 2 appareils supplémentaires de radiothérapie (dont 1 correspond à un besoin exceptionnel). Cela permettra de passer de 10 à 12 appareils dans un proche avenir avec, si nécessaire, la possibilité d'un troisième

appareil supplémentaire à moyen terme pour répondre aux besoins spécifiques du CHU de Poitiers.

Contrats d'objectifs et de moyens avec les hôpitaux

À la fin de l'année 2002, 12 des 39 établissements financés par la dotation globale régionale ont conclu un contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH. L'Agence a notamment conclu un contrat avec les quatre principaux établissements hospitaliers de la région : pour deux d'entre eux (CHU de Poitiers et centre hospitalier d'Angoulême), il s'agit même du deuxième contrat. À la fin de 2002, les 12 contrats concernaient des établissements représentant, en « poids budgétaire », près de 70 % de la dotation régionale.

Recomposition hospitalière

À Cognac, ville moyenne de 20 000 habitants, un hôpital et une clinique se partageaient l'activité chirurgicale tandis que l'hôpital assurait seul la médecine, la maternité et les urgences. L'Agence a donc engagé un rapprochement entre les deux établissements dans les conditions suivantes :

- transfert de la totalité de la chirurgie à la clinique, qui s'engage à une concession de service public ;
- reconstruction de la médecine, de la maternité et des urgences de l'hôpital sur un terrain accolé à celui de la clinique.

Un contrat d'objectifs et de moyens, fondé sur ces principes, a été conclu entre l'Agence et l'hôpital au printemps 2002.

Les hôpitaux publics et les cliniques privées du Poitou-Charentes ont bénéficié, en 2002, de l'effort national de réduction des inégalités de ressources entre régions. Cet effort, assorti d'une politique régionale elle-même fondée sur une priorité de réduction des inégalités, contribue à un fort développement de l'activité hospitalière régionale. Celui-ci est particulièrement marqué dans le domaine de la cancérologie et de la néonatalogie, domaine où la région restait dépendante des régions limitrophes. Cet accroissement de l'activité permet aux établissements du Poitou-Charentes de rester parmi les plus productifs, donnant ainsi tout son sens à la politique nationale de réduction des inégalités.

Une action de santé globale pour les jeunes filles d'un quartier sensible

Une action intitulée « Projet Fitness pour les adolescentes et jeunes majeures, scolarisées ou pas, résidant sur le quartier sensible de Châteauneuf à Châtelleraut dans la Vienne » a permis à des jeunes filles de restaurer leur confiance en elles et d'apprendre à se mettre en valeur pour rétablir le lien social à l'intérieur d'un quartier. Cette action a consisté à intervenir sur la crise identitaire en travaillant sur le corps et l'image de soi. Les jeunes filles sont aidées à « mieux être », sans recourir à des conduites déviantes

de type alimentaire ou pharmacomanie, afin de réduire le processus de non-acceptation et d'estime de soi, d'échec, voire de marginalisation.

Les activités proposées, pilotées par une chargée de la coordination du projet et du suivi éducatif, avec le soutien d'une éducatrice spécialisée et d'une professeure de sport, comportaient :

- des cours de fitness ;
- un travail sur le comportement (confiance en soi, image de soi, découverte et ouverture aux autres, rétablissement de la communication familiale, acquisition de l'autonomie, et ouverture culturelle), l'hygiène de vie (nutrition, connaissance du corps et de la sexualité) ;
- un travail sur la prévention de la dépression et des conduites à risque, dont le suicide.

Trois groupes de trente jeunes filles ont pu participer à cette action financée ou soutenue par de nombreux partenaires, dont la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), la DRASS, le conseil régional, le conseil général, la caisse primaire d'assurance maladie de Vienne, le centre social d'Ozon, la municipalité de Châtelleraut et l'Office public d'aménagement et de construction (OPAC).

EMPLOI

Aider les femmes à créer leur entreprise

Un certain nombre de femmes reculent devant les obstacles liés à la création d'entreprise et finissent par renoncer. Face à ce constat, une action intitulée « Femme, j'entreprends » s'est mise en place dans les quatre départements de la région Poitou-Charentes. Les conseillers de l'association EGEE (Entente des générations pour l'emploi et l'entreprise) et du CEPAC (centre de parrainage et d'accompagnement pour les créateurs d'entreprises) conjuguent leurs compétences techniques et d'écoute pour appuyer les créatrices et les conseiller au sein de chaque centre d'information et de documentation sur les droits des femmes (CIDF) de la région. Toute femme ayant un projet peut ainsi être aidée dans sa recherche de financement - avec le Fonds de garantie à l'initiative des femmes (FGIF) par exemple - ou encore dans la définition de son plan d'affaire et être suivie dans ses deux premières années d'exploitation.

Accès de tous à l'activité et à l'emploi

La direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) de la Charente, dans le cadre d'un programme d'intérêt communautaire (PIC) EQUAL, a initié une démarche d'adaptation individualisée des parcours d'insertion socioprofessionnelle pour des personnes - essentiellement des femmes - en contrat emploi consolidé (CEC). Les DDTEFP de la région ont poursuivi l'installation de chantiers d'insertion, en général dans un cadre ter-

ritorial. Ces derniers apparaissent comme l'outil le plus accessible pour les personnes en grande difficulté, notamment en milieu rural.

En Charente-Maritime, le service public de l'emploi (SPE) et la communauté de communes de Haute-Saintonge se sont engagés dans le développement d'un outil territorial de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Il répondra aux besoins de main-d'œuvre des entreprises. Une démarche similaire de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) sur le bassin de Thouars est accompagnée par un contrat d'études prévisionnelles (CEP).

Dans le cadre du partenariat État-Région-Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Assedic) sur le plan d'aide au retour à l'emploi (PARE), la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) a participé, le 7 juin, à l'organisation d'une journée régionale « construire ensemble le retour à l'emploi ». Celle-ci a réuni le personnel des agences locales pour l'emploi (ALE), des missions locales, des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), de l'ASSEDIC et de Cap Emploi, pour un échange fondé sur des situations vécues.

Afin d'approfondir les pratiques en matière de territorialisation des politiques publiques, la DRTEFP a également organisé des séances de travail « diagnostic plan d'action pour l'emploi ». Destinées aux agents des services intervenant dans ce champ, elles ont associé d'autres services, dont l'inspection du travail. L'objet était, en effet, à la fois de renforcer le management local de l'animation de la territorialisation et d'enrichir les diagnostics par des apports extérieurs, afin d'en faire des outils d'interpellation des partenaires sur le développement durable des territoires.

Développement des activités sur les territoires

La DRTEFP a été à l'origine d'un accord régional d'engagement de la formation avec les grandes associations d'aide à domicile de Poitou-Charentes, ainsi qu'avec les maisons de retraite. Elle a d'ailleurs mené ce projet à son terme. Ainsi, le 5 juillet, a-t-elle organisé, avec le SPE, une rencontre entre l'ensemble des prescripteurs de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), de l'ASSEDIC et de l'association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) chargés de recevoir les demandeurs d'emploi de cette branche.

La direction départementale de Charente a parallèlement construit un parcours complet de professionnalisation des aides à domicile : fiabilisation du fichier des demandeurs d'emploi, communication spécifique sur ces métiers, organisation de rencontres délocalisées entre employeurs et demandeurs d'emploi, mise en place d'évaluations en milieu de travail, de stages d'insertion et de formation à l'emploi (SIFE) collectifs, validation des acquis de l'expérience par le titre d'assistante de vie. Enfin, une charte de développement avec l'Association d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) a été signée. Une démarche similaire, marquée par le souci de favoriser l'emploi direct par les associations, a été initiée par la direction de la Vienne.

Cette dernière a également constitué un réseau d'ac-

teurs intervenant dans la création d'entreprises, « Ressources 86 ». Son objet est de diffuser l'information sur l'offre disponible du département et de faciliter l'émergence des projets (dont une couveuse de métiers d'art). Enfin, les contrats d'objectifs composent un autre levier puissant de l'État, à côté des engagements de développement de la formation (EDDF), pour favoriser l'essor d'activités sur les territoires. Ainsi, les contrats concernant les bâtiments-travaux publics (BTP), les industries agroalimentaires, les transports routiers et les services automobiles peuvent, par leur vitalité, répondre aux difficultés actuelles de recrutement et explorer les perspectives de ces branches.

Un nouveau contrat, suite à un CEP, est en cours de gestation dans le secteur du nautisme, très présent en Charente-Maritime : des actions préparatoires sont d'ores et déjà engagées dans les domaines de l'alternance, de la gestion prévisionnelle des emplois et de l'information sur les métiers. Il s'accompagne de la mise en œuvre d'une action de l'inspection du travail dans ce secteur (cf. infra), illustrant la démarche de décloisonnement des actions.

Des études ont également été lancées pour étudier la faisabilité d'un nouveau contrat dans la boulangerie-pâtisserie artisanale.

Formation et potentiel humain

Afin de préparer les schémas concertés en matière de conseil et d'orientation de la valorisation des acquis de l'expérience (VAE), la DRTEFP a organisé une journée interrégionale le 16 mai à Poitiers. La création d'une mission régionale en septembre, auprès du centre d'animation et de ressources de l'information sur la formation (CARIF), a permis d'organiser des points relais et de les professionnaliser. Les contrôles de la formation professionnelle ont ciblé des branches professionnelles dont les pratiques dans ce domaine n'avaient pas fait jusqu'alors l'objet d'investigations systématiques (sécurité et gardiennage). Ils ont abouti à des régularisations financières de plus de 0,5 M€.

Dialogue social et protection des salariés

En Charente, la lutte contre les discriminations dans l'emploi a pris la forme d'une opération de promotion de l'emploi féminin dans le bâtiment, menée avec la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB) et l'AFPA (43 mises en relations).

Parmi les actions visant à promouvoir l'accès des femmes à des métiers traditionnellement masculins, peuvent être soulignées :

- l'organisation de deux formations destinées à sensibiliser les agents ayant en charge l'accueil de femmes (agences locales pour l'emploi, missions locales, AFPA, formateurs) ;
- celle d'une journée de partage d'expérience à Jonzac, entre chefs d'entreprise et femmes salariées dans des métiers techniques ;
- l'intégration dans un stage de soudure de modules

spécifiquement destinés à faciliter l'accès des femmes à ce métier encore très masculin ;

- dans la Vienne, la mise en place d'un stage de taille de pierre.

Dans le domaine de la santé-sécurité au travail, la DRTEFP a organisé un colloque, le 7 mars 2002. L'accent a été mis sur le rôle des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans l'évaluation des risques. Des partenariats ont été noués sur ce dernier thème avec la CAPEB ou des organismes de prévention, comme la GRAM et l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTB).

Ce travail a été prolongé par diverses actions des DDTEFP : création ou réactivation de plusieurs CHSCT en Charente-Maritime, réunions sur ce même thème de l'évaluation des risques dans les entreprises dotées de délégués du personnel, les 27 et 28 novembre, avec la GRAMCO. Dans la Vienne, une convention a été conclue avec un cabinet proche du Mouvement des entreprises de France (MEDEF), afin d'accompagner 100 petites et moyennes entreprises dans ce domaine. En Charente-Maritime, les sections d'inspection ont réalisé un diagnostic sur le nombre important d'accidents du travail dans le nautisme et élaboré un plan d'action.

En matière de dialogue social, la DRTEFP soutient activement - financièrement et par sa participation - le Carrefour d'innovation sociale du travail et de l'emploi. Cette structure, propre à la région, est un lieu de concertation entre les organisations syndicales d'employeurs et de salariés. Elle soutient le programme EQUAL, intitulé « À tout âge » sur l'emploi des travailleurs vieillissants.

À noter également l'accord conclu à la fin de 2002, avec la participation active de la direction des Deux-Sèvres, entre l'Union professionnelle artisanale (UPA)

et les organisations syndicales, sur le développement du dialogue social dans les très petites entreprises.

Pilotage et gestion de la ressource

Le souci d'améliorer la qualité de l'accueil du public a conduit la DDTEFP de la Charente à refondre ses services. L'objectif clairement affiché devient la satisfaction de l'utilisateur, à travers l'orientation, l'accompagnement et la simplification des démarches. La mise en place d'un pré-accueil et le réaménagement matériel des locaux parachèveront cette action.

Le comité technique régional et interrégional (CTRI) a par ailleurs organisé deux séminaires internes, les 14 mars et 21 juin. Les agents de la région se sont ainsi réunis sur les thèmes de « l'identification des complémentarités au sein de nos missions » (cadres A et B, 140 participants) et des « échanges de pratiques professionnelles » (cadres C, 120 participants). L'objet commun de ces séminaires, que l'on retrouve en filigrane dans nombre d'actions décrites dans le présent document, est la recherche du décloisonnement des services. Celui-ci est conçu comme un préalable à la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et à la structuration des actions autour des programmes.

Dans de ce même objectif ont été menés, sur chaque site, une campagne active de discussion autour de la mise en place de la directive nationale d'orientation (DNO) et un travail de répartition, à titre d'essai, des effectifs selon les orientations stratégiques de cette dernière.

Enfin, la forte relance de la programmation du Fonds social européen (FSE), après les mesures arrêtées au début de l'année, a permis d'atteindre un niveau de 75 % fin 2002, grâce notamment aux 13 conventions-cadres signées avec les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA).

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	1 640 068
Population active ayant un emploi (RP99)	616 451
Population salariée (RP99)	517 633
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	100 696
- Construction	33 581
- Tertiaire	223 874
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	59 900
- Femmes (en %)	50,8
- Moins de 25 ans (en %)	21,3
- Chômage Longue Durée (en %)	30,7
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	- 9,5
Taux de chômage 2002 (en %)	8,6
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	27 514
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	18 969
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	3 487
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	229 097
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	26 639

P ROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

SANTÉ, SOCIAL

Les chiffres clés régionaux

Dans la région PACA, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent une proportion plus importante de la population (9,15 %) que dans l'ensemble du territoire métropolitain (7,70 %).

De façon générale, les données sociales se caractérisent par des niveaux supérieurs à la moyenne nationale (les chiffres suivants concernent la France métropolitaine).

Ainsi, le taux de chômage est-il ici de 11,5 % pour 9,1 % en France. Celui des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ou RMI (124 286 en PACA) est de 5,29 % (France : 3,05 %). On compte 197 456 personnes relevant des minima sociaux (taux : 8,47 %, France : 5,71) et 381 373 personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), soit un taux de 10,86 % (France : 9,35 %).

Les dotations régionales dans le secteur social (budget de l'État) ont évolué comme suit :

- pour les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), elles sont passées de 34 794 411 € à 35 872 044 € de 2001 à 2002 (+ 3,10 %) ;
- pour les centres d'aide par le travail (CAT), l'enveloppe de 63 972 464 € est montée à 66 171 437 € (+ 3,42 %).

Celles du secteur médico-social (assurance maladie) se résument ainsi :

- concernant les établissements pour enfants et adultes handicapés et les centres de consultation ambulatoire en alcoologie, les dotations ont été augmentées de 3,24 % (351 626 332 € en 2001 pour 363 034 301 € en 2002) ;
- les dotations en faveur des personnes âgées (section de cure, soins infirmiers à domicile, réforme de la tarification) progressent de 14,41 % (177 339 539 € en 2001 et 202 904 980 € en 2002).

Aide aux plus démunis

Dans les établissements et services pour personnes handicapées des différents départements de la région, la mise en œuvre des plans pluriannuel et triennal a permis, en 2002, le financement de nouvelles mesures :

- création de 113 places en centres d'aide par le travail (CAT), de 54 places en maisons d'accueil spécialisées (MAS), de 62 places en foyers d'accueil médicalisés ;
- ouverture de 47 places dans les établissements et services pour enfants handicapés.

Dans le secteur des personnes âgées, la poursuite du plan de développement des services de soins infir-

miers à domicile (SSIAD) 2001-2005 a permis de financer 477 places supplémentaires en 2002.

Par ailleurs, une brochure sur les schémas départementaux de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, tirée à 300 exemplaires, rassemble les propositions d'amélioration dégagées à partir des besoins recensés pour la période 1999-2002.

Une journée d'échanges entre les services ministériels et les acteurs locaux, consacrée au fonctionnement des centres locaux d'information et de communication (CLIC), s'est déroulée le 27 novembre 2002. Des propositions de réorganisation y ont été émises. Et six nouveaux centres ont été financés dans le département des Bouches-du-Rhône au cours de l'année.

Dans le domaine de la lutte contre les exclusions, chaque direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de la région s'est efforcée de créer ou de mobiliser les moyens disponibles des centres d'accueil de demandeurs d'asile, afin de faire face à l'accroissement des demandes (à titre d'exemple, 323 places ont été mobilisées par la direction des Bouches-du-Rhône et 75 par celle des Alpes-Maritimes...).

Par ailleurs, la mise en œuvre de la réforme - initiée en 2000 - de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'est poursuivie. Une enveloppe supplémentaire de 7 014 039 € (hors extensions en année pleine) a ainsi été notifiée à la région au titre de l'année 2002. Elle a permis la signature de 48 nouvelles conventions tripartites en cours d'année. Au 31 décembre 2002, 69 conventions (dont 3 pour les Hautes-Alpes, 1 pour les Alpes-de-Haute-Provence, 19 pour les Bouches-du-Rhône) ont été signées, représentant 13 % de la capacité installée des établissements ayant vocation à entrer dans la réforme.

Enfin, l'élaboration du schéma régional des formations sociales (2002-2006) a fait l'objet d'un travail partenarial entre les différents acteurs de la région. La brochure élaborée à cette occasion a été diffusée à 400 exemplaires.

Promotion de la santé

La mise en œuvre de la généralisation du dépistage du cancer du sein en région PACA a été poursuivie. Les structures départementales ou interdépartementales de gestion sont constituées pour chacun des six départements. Un plan de communication portant une attention particulière aux femmes précaires et/ou isolées, afin qu'elles participent réellement à ce dépistage, est en cours. Pour sa part, le dépistage du cancer colo-rectal a débuté, à titre expérimental, dans les Bouches-du-Rhône, de même que celui du col de l'utérus.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan national d'éducation pour la santé, un séminaire de travail a rassemblé environ 200 personnes autour des concepts,

enjeux, méthodes et outils de l'éducation pour la santé. Ces réflexions préparent à l'élaboration du schéma régional d'éducation pour la santé.

Enfin, le 8 novembre 2002, une consultation a été organisée, afin de préparer la loi de programmation quinquennale en santé publique, avec la participation des principaux acteurs régionaux et la présence de monsieur le ministre de la Santé.

Sécurité sanitaire

Mérite d'être signalé tout particulièrement le contrôle effectué par l'inspection régionale de la pharmacie sur les activités optionnelles (notamment la stérilisation hospitalière, rattachée aux pharmacies à usage intérieur des hôpitaux publics) : 80 sites ont en effet été concernés. Diverses mesures d'amélioration de la sécurité sanitaire ont été proposées par les établissements hospitaliers.

Dans le secteur « santé-environnement », les actions des services ont touché les domaines suivants :

- risque « légionelles » : une plaquette régionale de sensibilisation a été élaborée et diffusée à titre prioritaire aux professionnels. Elle a également été mise à disposition sur le site Internet du Comité régional pour la santé (CRES). Les DDASS ont déclenché ou relancé des enquêtes auprès des établissements de leur ressort ;
- à partir des données issues du contrôle sanitaire, des bilans régionaux ont été dressés sur l'arsenic et le sélénium dans les eaux destinées à la consommation humaine et sur la qualité des eaux de baignade (saison 2001). En 2002, la DDASS des Bouches-du-Rhône a effectué plus de 2 000 contrôles en mer et en piscine ;
- un protocole relatif à l'analyse des effets sur la santé dans les études d'impact a été établi conjointement par la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) et les DDASS ;
- l'enquête nationale sur l'exposition à l'amiante dans les établissements sanitaires et sociaux a été achevée ;
- les actions des départements ont également concerné la lutte contre le saturnisme, l'habitat insalubre et le bruit.

En matière de gestion des risques exceptionnels (GRE), une cellule GRE a été créée à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), en application de la circulaire du 03/04/2002 (Biotox). Cette cellule a pour mission d'organiser, contrôler, animer et mettre en place tous les dispositifs dans ce domaine : plan Biotox zonal, plan blanc, dossier variole, iode, etc. Elle est animée par un coordonnateur zonal, et comprend actuellement trois médecins, un ingénieur d'études et le chargé de mission « Défense ». Elle sera renforcée prochainement par l'arrivée de trois ingénieurs d'études. Les DDASS de la région participent également au plan Biotox, en collaboration avec la cellule régionale.

En cours d'année 2002, les ressources humaines de la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) ont égale-

ment été consolidées. Ainsi, alors que celle-ci comptait deux épidémiologistes (médecin et ingénieur) au début de l'année, quatre épidémiologistes à temps plein sont venus rejoindre l'équipe. Cet accroissement permettra une plus grande réactivité de réponse et d'intervention de la CIRE Sud auprès des services déconcentrés.

Protection sociale

Dans le cadre de la fonction de contrôle et d'évaluation du fonctionnement administratif et financier des organismes de Sécurité sociale, la DRASS a examiné, au titre du contrôle de légalité :

- 1 183 décisions de conseils d'administration ;
- 12 725 décisions de commissions de recours amiable ;
- 15 589 décisions de commissions diverses (marchés, affaires sanitaires et sociales...).

Au titre du contrôle *a posteriori*, la DRASS a réalisé 33 inspections COREC (comité régional d'examen des comptes des organismes de Sécurité sociale), pilotées par la Cour des comptes. Elle a également procédé, en liaison avec la Corse, à l'évaluation interrégionale de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

En application des nouvelles missions confiées aux DRASS, il a été procédé à 346 immatriculations de mutuelles au registre national de la mutualité, et à l'instruction de 63 demandes d'agrément.

Modernisation des outils et des méthodes de travail

Les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales (DRASS-DDASS) ont été choisis pour être site pilote expérimental du nouveau réseau national de Bureautique, infrastructure, messagerie, stockage (BIMS), choisi par le ministère des Affaires sociales. Cette opération importante se poursuivra en 2003 et permettra une meilleure synergie d'information et de communication entre tous les services départementaux et régionaux.

L'application informatique de gestion des dossiers étudiés par le comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) concerne tous les organismes qui participent à la procédure d'instruction et de suivi des autorisations.

En 2002, le logiciel de gestion automatisée des tribunaux des affaires de Sécurité sociale, réalisé et diffusé par la DRASS dans la région, a été choisi comme application nationale pour être installée dans les autres régions.

Enfin, une journée de communication interne sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) a été organisée le 25 novembre 2002, à destination des personnels des directions et services déconcentrés de la région. À la suite de cette journée, la mise en place d'un site Internet dédié aux informations et actions spécifiques du secteur sanitaire et social a été entreprise (décembre 2002). Elle se poursuivra au cours de l'année 2003.

Recomposition de l'offre de soins

Sur ce thème, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a mené de nombreuses réflexions. Celles-ci ont permis de mettre en place un suivi du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) de court séjour et d'élaborer plusieurs annexes opposables :

- insuffisance rénale chronique : nouvelle annexe arrêtée en avril 2002 ; travail poursuivi ensuite par un groupe d'experts pour la mise en œuvre de la nouvelle réglementation relative à la prise en charge de cette maladie ;
- imagerie et médecine nucléaire en septembre 2002, à la suite des textes modifiant les indices de besoins et déconcentrant les décisions d'autorisation ;
- radiothérapie en octobre 2002, faisant suite à l'annexe cancérologie de février 2001.

Les travaux menés en 2002 ont également permis d'arrêter le SROS soins palliatifs en février 2003. Ont été soumises à la concertation une annexe cardiologie et la révision du SROS soins de suite.

Par ailleurs, au-delà de la poursuite des opérations de recomposition, l'ARH a entamé le processus de fusion de plusieurs établissements publics. Celle du centre hospitalier de Cavaillon et du Centre de convalescence de Lauris (84) a pris effet au 1^{er} janvier 2003. Les fusions des établissements d'Aix-en-Provence (13) et de Pertuis, de Gap et Sisteron ainsi que de Cannes et Grasse ont été engagées en 2002-début 2003 (la mise en œuvre devrait intervenir au 1^{er} janvier 2004).

Politique de contractualisation avec les hôpitaux

L'agence a affirmé son souci de développer la contractualisation avec les établissements de santé. Ainsi, le rapport entre enveloppes ciblées et enveloppes de contractualisation a-t-il évolué en faveur de ces dernières.

Le nombre d'établissements pour lesquels des contrats sont achevés est de 15 au 1^{er} avril 2003 ; à la même date, 10 sont en cours d'instruction. Les dépôts supplémentaires attendus dans l'année sont de l'ordre d'une dizaine.

Lutte contre les violences faites aux femmes

Le 11 mars 2002 s'est tenue la commission départementale d'actions contre les violences faites aux femmes des Alpes-de-Haute-Provence. Un plan d'action triennal y a été proposé.

Il comprend quatre volets :

- prévention des violences ;
- prise en charge et traitement de la violence à l'encontre des femmes ;
- accompagnement des femmes victimes de violences et réparation ;
- accueil d'urgence, hébergement et accès au logement des femmes confrontées à la violence sexiste.

Dans le cadre du premier volet, les membres de la commission départementale ont décidé de réfléchir à la création d'un centre-ressource pour les femmes en difficulté et les intervenants confrontés aux problèmes de violences.

Pour les femmes, le centre aura pour vocation :

- d'être un lieu d'écoute et de soutien ;
- de disposer d'un service d'accompagnement ;
- d'animer des groupes de paroles.

Pour les intervenants, il constituera un lieu d'information, d'échange et de formation.

EMPLOI

Validation des acquis de l'expérience (VAE) pour les conjointes d'artisans

Une action partenariale avec le syndicat des bouchers, charcutiers, traiteurs, alimentation générale des Bouches-du-Rhône a été conduite en 2002, afin de favoriser la validation des acquis de l'expérience des conjointes d'artisans. Cette collaboration doit leur permettre de faire valider leurs compétences. La commission « conjoints », créée en 2001, a examiné, avec la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle, les cursus de formation. Des propositions ont été également étudiées pour faciliter l'aménagement de la vie professionnelle et de la vie personnelle, afin de placer les conjointes dans des conditions optimales de réussite pour cette démarche de VAE. Des rencontres sont prévues - trois au minimum - avec au moins quinze conjointes.

Les chiffres du chômage

L'activité des services déconcentrés du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle s'inscrit dans un contexte de baisse continue du nombre des demandeurs d'emploi (- 3,5 % entre décembre 2001 et décembre 2002). Ces chiffres corroborent la tendance observée dans la région au cours des 5 dernières années. Ce recul contraste avec la progression enregistrée au plan national (+ 4,8 % sur la même période), et profite en particulier aux chômeurs de longue durée, dont la part est désormais moins importante que sur l'ensemble du territoire (27,3 % contre 28,9 % à la fin du mois de décembre). Cette dynamique reflète notamment la bonne tenue des créations d'emplois (+ 29 800), qui continuent de progresser plus vite que sur la France entière (+ 2,8 % contre + 1,1 % entre septembre 2001 et septembre 2002), bien qu'à un rythme moins soutenu qu'en 2001.

Emploi et marché du travail

Les services se sont attachés à organiser, en cohérence avec les objectifs nationaux de lutte contre l'exclusion, une réponse adaptée aux situations des

différents territoires. L'année 2002 a ainsi été marquée par la mise en place de partenariats, notamment via la signature d'une convention avec la Région et l'Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC). Parallèlement, l'implication de l'État dans la mise en œuvre du plan d'aide au retour à l'emploi-projet d'action personnalisée (PARE-PAP) s'est traduite par une collaboration accrue entre les services, l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et les ASSEDIC dans le contrôle de la recherche d'emploi. Le dispositif emplois jeunes a permis la création de 1 898 nouveaux postes. L'accent a été mis sur la pérennisation des activités. Il a donc fallu distinguer les structures susceptibles de solvabiliser leur activité de celles dont la pérennisation nécessite une prolongation de l'intervention de l'État.

Enfin, la mise en place d'un dispositif d'information a été engagée dès le 3^e trimestre 2002 sur la VAE, notamment par la labellisation d'une première vague de points relais-conseils

Développement des compétences

Dans un contexte régional marqué par la coexistence d'un taux de chômage élevé et de difficultés de recrutement (le tissu économique est constitué essentiellement de petites entreprises), la formation continue et le développement de bonnes pratiques en ressources humaines constituent un enjeu essentiel pour la compétitivité des entreprises et la pérennité des emplois.

Plusieurs dispositifs d'aide animés, gérés et mis en œuvre par la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), parfois co-financés par le Fonds social européen (FSE) ou la Région, visent l'amélioration de la qualification des salariés par la formation continue. L'objectif, en lien avec la dynamisation des territoires, mais aussi avec les difficultés de recrutement et les risques d'exclusion, est d'encourager la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Plus largement, la démarche consiste à favoriser le développement d'une gestion dynamique des ressources humaines.

Dans cette logique, la DRTEFP a poursuivi la mise en œuvre des engagements de développement de la formation, ou EDDF (18 accords à caractères sectoriels ou interprofessionnels ciblant la validation des acquis et l'anticipation des besoins en compétences comme une priorité centrale). La nouveauté de la programmation 2002 consiste à généraliser les actions collectives de formation à destination des salariés. Celles-ci sont établies à partir de besoins identifiés par les branches et doivent déboucher sur des objectifs quantifiés : transports, tourisme-hôtellerie, secteur sanitaire et social, entreprises artisanales du bâtiment figurent ainsi au premier rang des accords. Plus de 2,8 M€ ont déjà été attribués à des actions de formation en direction des salariés les moins qualifiés ou les plus fragilisés, avec une attention particulière portée à l'égalité des chances.

La DRTEFP s'est également chargée de plusieurs des lignes du contrat de plan État-Région (CPER) sur la

formation des salariés, l'organisation du travail et l'action en faveur de la professionnalisation des acteurs du tourisme (29 projets soutenus, pour un volume de subvention de 721 300 €). Elle a également mené à son terme la gestion de l'appui conseil régional pour la mise en œuvre de la réduction du temps de travail (RTT) dans les branches.

Politique du travail

Dans la continuité des orientations 2001, la politique régionale 2002 a privilégié l'animation et l'appui à l'inspection du travail et aux médecins du travail, et plus particulièrement :

- la réflexion sur le dialogue social, les relations avec les partenaires sociaux, l'investissement dans la formation des agents et la formation des représentants du personnel, avec la perspective de déboucher en 2003 sur la définition d'actions concrètes de l'inspection et l'organisation de relations plus construites avec les partenaires sociaux ;
- les élections prud'homales ;
- la réflexion sur les conditions d'emploi et de travail dans l'hôtellerie-restauration, les métiers du tourisme et l'agroalimentaire ;
- la poursuite des actions sur la prévention des risques, et notamment le rapprochement avec la DRIRE sur les entreprises Seveso, la formation des agents et des médecins du travail sur l'évaluation, les agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction ;
- la mise en place progressive des services de santé au travail ;
- le développement des réseaux de veille et de prévention, associant préventeurs, inspection du travail, partenaires sociaux et chercheurs. Leurs travaux ont porté notamment sur la prévention des cancers, les facteurs psychosociaux, l'évaluation, la gestion des informations relatives aux expositions, l'information et la formation.

De manière globale, l'année 2002 a permis d'engager une réflexion méthodologique, afin d'établir des diagnostics sur les territoires en vue de la mise en œuvre de plans d'action par les sections.

Politique communautaire

Le FSE intervient en Paca dans le cadre de ses objectifs 2 (33 M€) et 3 (224 M€). En intégrant le programme Equal (53 M€ pour l'appel à projet 2000-2004), les crédits FSE déconcentrés en Paca sur la période 2000-2006 représentent 261,3 M€. Si l'objectif 2 a connu un démarrage difficile (18 % de crédits programmés sur 2000-2002), le 3 a progressé de façon encourageante (75 % de l'enveloppe annuelle programmée). Un certain nombre de facteurs (simplification des règles de gestion, meilleure implication des acteurs, opérations de communication d'envergure, actions de formation des acteurs) devraient concourir à dynamiser l'ensemble des fonds structurels, dont le FSE, en 2003 et au-delà.

Contrôle de la formation professionnelle

En 2002, l'objectif quantitatif de contrôle - calculé sur le montant annuel de la masse financière contrôlable, soit 702 M€ - était de 10,6 M€.

L'activité a été fortement marquée par la mise en application de la loi de modernisation sociale et ses incidences (transformation de la déclaration d'existence en déclaration d'activité, extension du champ de contrôle à la collecte de la taxe d'apprentissage et à la VAE).

Les principaux axes de contrôle ont ciblé l'activité de formation, l'imputabilité des dépenses, l'alternance, le développement personnel et le FSE (objectif 3).

En tout, 117 inspections ont été réalisées. Les contrôles financiers ont porté sur 10,5 M€, 124 décisions administratives ont été prises (montant des redressements : 360 508 €). Enfin, 280 demandes de déclaration d'activité ont été traitées entre octobre et décembre 2002.

Modernisation des services

La DRTEFP a été retenue comme région expérimentale sur la fonction « RH » (ressources humaines). L'étude des métiers, déjà réalisée, sera complétée par un référentiel de compétences. Il s'agit en effet d'accompagner, par l'acquisition ou le développement des compétences, les mutations engendrées dans le travail des services par la déconcentration et la mise en place de la direction nationale d'orienta-

tion (DNO). L'objectif central sera de structurer la fonction « RH » par une professionnalisation accrue du service. L'encadrement devra également s'impliquer fortement dans l'animation et l'organisation des ressources.

La mise en œuvre des 35 heures a, pour sa part, nécessité l'installation d'un système informatisé de gestion des congés et de la RTT. Enfin, deux projets s'appuyant sur les NTIC ont vu le jour. Ils favoriseront le rapprochement entre administration et usagers : mise en place d'un serveur vocal à la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnels (COTOREP) dans les Alpes-Maritimes (Bouches-du-Rhône et Var prévus pour 2003), mise en chantier de télé-procédures sur le FSE (première exploitation en 2003).

Communication

L'année 2002 a vu se poursuivre une politique éditoriale active : collection « Conjonctures » sur le champ statistique, la *Lettre de la Professionnalisation* sur le dispositif emplois jeunes. Une nouvelle publication consacrée à la prévention des risques (*Résonances*) est venue compléter ce panel. Enfin, le site Internet régional (sdtefp-paca.travail.gouv.fr) met à disposition une information enrichie à destination du grand public. L'année a également été marquée par la 4^e édition du Salon Génération Entreprendre, consacré à la création d'entreprise, et par le forum Europemploi sur le champ du FSE.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	4 506 151
Population active ayant un emploi (RP99)	1 576 085
Population salariée (RP99)	1 346 931
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	155 637
- Construction	89 139
- Tertiaire	805 714
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	216 045
- Femmes (en %)	47,0
- Moins de 25 ans (en %)	16,3
- Chômage Longue Durée (en %)	27,3
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	-15,2
Taux de chômage 2002 (en %)	11,5
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	65 828
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	50 378
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	14 081
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	583 849
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	58 592

SANTÉ, SOCIAL

Politique sociale

L'année 2002 a été marquée, à la Réunion, par le passage du cyclone Dina, qui a dévasté le département. Le pôle social de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) a été fortement mobilisé, par l'entremise de la Commission de l'action sociale d'urgence (CASU), pour coordonner les aides d'urgences (1 500 dossiers de personnes sinistrées). Toujours sur la thématique de l'urgence et à la suite de l'adoption du schéma régional de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, un dispositif de veille sociale a été mis en place sur le plan départemental. Il fonctionne 7 jours sur 7 grâce à un numéro d'appel gratuit, le 115. La DRASS s'est aussi investie dans la politique de la ville et le développement local. À ce titre, elle s'est particulièrement impliquée dans le grand projet de ville de Saint-Denis et le projet social de territoire de l'ouest du département. La problématique des Ateliers Santé Ville (ASV) a été développée. Il a enfin été procédé à l'évaluation des contrats de ville. Des actions ont également été menées en faveur de la famille :

- sous l'égide de la DRASS, le carrefour « Femmes et violences dans une société multiculturelle » s'est tenu durant deux jours. Il a rassemblé plus de 400 personnes (voir ci-dessous « Lutte contre les violences à l'encontre des femmes ») ;
- après constitution d'un groupe de réflexion piloté par la DRASS - dans le cadre du plan régional d'accès aux soins et à la prévention, ou PRAPS -, un « point accueil écoute jeunes » a été ouvert à Saint-Pierre ;
- les services ont participé à l'enquête de l'Inspection générale des affaires sociales sur le dossier des « enfants de la Creuse ».

Politiques de santé publique

Dans le cadre de la loi de programmation en santé publique, une large consultation des partenaires, des institutions et des élus est intervenue en novembre 2002. Elle a permis de définir cinq objectifs de prévention et d'éducation pour la santé :

- endiguer la progression du diabète ;
- prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale ;
- généraliser le dépistage du cancer ;
- limiter le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les mineures ;
- définir et accompagner une politique d'ouverture en santé mentale.

Par ailleurs, la persistance de moustiques vecteurs à la Réunion et l'augmentation du nombre de cas de paludisme importés des zones voisines imposent le maintien d'un programme de lutte contre la réintroduction de la maladie. La stratégie repose sur le

contrôle sanitaire aux frontières, la surveillance entomologique, un suivi des voyageurs à risque et l'éducation sanitaire des populations. Ces différentes actions permettent de cibler le programme de lutte anti-larvaire et la démoustication.

En décembre 2002, le professeur Le Bras, directeur du Centre national de référence pour le paludisme, a mené une mission sur l'île. À cette occasion, quatre conférences ont été organisées à l'attention des professionnels de santé, afin que l'amélioration de l'information prophylactique et du diagnostic renforce l'efficacité du système de surveillance épidémiologique de la maladie.

Enfin, les efforts en matière d'offre sanitaire (avec l'agence régionale d'hospitalisation, ou ARH) ont été accrus. L'année 2002 a ainsi permis de consolider la politique de contractualisation des objectifs et des moyens avec les établissements de soins publics et privés. Les affectations de moyens nouveaux au titre de ces contrats, rendues possibles par des taux directeurs d'évolution des dépenses favorables (+ 9,5 % pour le public et + 7,44 % pour le privé), ont conforté les actions de santé publique et la qualité et la sécurité des prises en charge des patients (voir *infra* « Allocation de ressources »).

Cette démarche doit être poursuivie, compte tenu des besoins sanitaires présents et à venir, amplifiés par l'évolution démographique de la Réunion.

L'activité des services de la DRASS, outre les missions de planification et d'allocation budgétaire qui lui sont dévolues, s'est plus particulièrement caractérisée en 2002 par :

- l'élaboration d'un programme pluriannuel d'investissement des établissements de santé ;
- la réalisation d'audits des bases médicales du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI).

Par ailleurs, le plan de rattrapage sur le secteur médico-social, mis en place par l'État, a permis de créer en deux ans (2001-2002) 300 nouvelles places et 140 postes budgétaires qualifiés.

Ces créations de places, pour importantes qu'elles soient, ne permettent cependant pas de réduire le nombre de personnes en attente d'un placement (1 800 au 31 décembre 2002). Les taux d'équipement de l'île demeurent inférieurs à ceux de la métropole (4,7 % contre 8,6 % pour les enfants et 1,91 contre 5,10 pour les adultes). Ce constat a été présenté à la Secrétaire d'État aux personnes handicapées lors de sa visite en 2002.

L'année 2002 a également été marquée par la réalisation d'une mission d'enquête conjointe État-Département sur une importante association, gestionnaire d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. Les autorités de tarification ont démontré, par cette inspection, leur souci de développer une approche qualitative du secteur, nonobstant ses enjeux quantitatifs.

Protection sociale

La mise en place par la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) en novembre 2001, sous l'égide d'un groupe de travail animé par la DRASS, d'un dispositif local d'aide à la mutualisation des sortants de la couverture maladie universelle (CMU) a eu des effets positifs : elle permis l'adhésion à une complémentaire santé de 26 000 personnes (assurés et ayants-droits) en 2002, sur un nombre total de bénéficiaires potentiels de 54 600, soit un taux de 48 %.

Au cours de l'année 2002, le même groupe de travail a eu pour mission de définir, de façon partenariale, les conditions de mise en œuvre du dispositif national d'aide élaboré par le ministre de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Si à la fin de l'année 2002, la CGSS avait terminé les consultations des opérateurs de complémentaire santé, l'insuffisance de moyens humains ainsi que l'absence d'outil national informatique ne lui ont pas permis de rendre effective cette nouvelle politique.

Un effort très important a été fait en 2002 pour solder toutes les dettes d'aide médicale au titre des années antérieures. L'ordonnance Protection sociale relative à Mayotte publiée en avril 2002 (son décret d'application est attendu) modifiera de manière substantielle les conditions de prise en charge du coût des évacuations sanitaires : l'objectif de la DRASS est de faire valoir la dimension sociale du séjour à la Réunion des patients en provenance de Mayotte.

Enfin, la mise en œuvre de la réforme du Code de la mutualité s'est traduite par l'installation du comité régional consultatif de la mutualité et par l'instruction des dossiers de demandes d'immatriculation au nouveau répertoire national.

Allocation de ressources

L'allocation des ressources aux établissements publics et privés participant au service public s'est poursuivie en 2002, dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens (COM) conclus entre l'ARH de la Réunion et chacun des établissements de santé sous dotation globale de financement.

Pendant toute l'année 2000 et le début de l'année 2001, après une phase de diagnostic, des réunions d'échange entre la tutelle et les établissements ont permis de définir, pour chacun de ces derniers, une série d'objectifs répondant à la fois aux priorités de santé publique et à celle du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) II. De nombreux progrès en termes sanitaires et d'organisation de l'offre de soins sont attendus de la réalisation régulière de cette démarche pluriannuelle.

Cette politique de contractualisation repose sur la poursuite de l'effort de solidarité nationale. Ainsi en 2002, les établissements de santé sous dotation globale ont bénéficié - pour la cinquième année consécutive - d'un taux de progression de l'enveloppe de plus de 9,45 % (de 407,73 M€ à 446,28 M€). Cet effort s'explique notamment par un taux d'équipement et d'encadrement médical inférieur à celui de la métropole.

Les établissements privés ont pu bénéficier eux aussi

de taux d'évolution des tarifs plus élevés qu'en métropole. Les écarts de moyens observables devraient ainsi être réduits et les surcoûts spécifiques à la Réunion compensés.

En 2002, grâce aux COM ou à des crédits fléchés, les nouveaux moyens alloués ont permis :

- d'améliorer la sécurité et la qualité - principalement dans le domaine des urgences, de la périnatalité - et de renforcer les moyens en personnels ;
- de financer les priorités de santé publique, retenues par les conférences régionales de santé et le SROS : lutte contre le diabète et ses conséquences (affections cardiovasculaires, insuffisance rénale chronique...) et les dépendances (alcool, tabac...). La psychiatrie est également une priorité qui a bénéficié de plus de 3 300 000 €.

En outre, une reconnaissance particulière a été accordée en fin d'exercice aux activités liées à la situation ultrapériphérique de la Réunion par l'abondement d'une enveloppe spécifique en crédits reconductibles de 2,1 M€. Elle permettra le financement de l'hémophilie, des grands brûlés et, pour partie, de la chirurgie cardiaque et de la neuroradiologie.

Cette politique de redéploiement national au bénéfice de la Réunion concerne également le secteur privé qui a pu bénéficier d'un apport de péréquation tarifaire et d'une dotation favorable au titre du Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP).

Restructuration de l'offre de soins

À l'Est, le projet médical partagé entre le centre hospitalier intercommunal Saint-André-Saint-Benoît, la clinique Saint-Benoît, un établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH), et la délocalisation d'un secteur psychiatrique de l'établissement public de santé mentale de Saint-Paul, adopté en 2000, avait défini les lignes stratégiques et le contenu fonctionnel d'un futur pôle sanitaire. Celui-ci tracera une organisation fonctionnelle des activités mettant chaque entité juridique en totale complémentarité. La structure juridique nécessaire à la création de ce pôle Est, qui a longtemps constitué une difficulté, a finalement été menée à bien, à la fin de 2001. Un syndicat inter-hospitalier (SIH), rassemblant le centre hospitalier intercommunal Saint-André-Saint-Benoît et le PSPH « clinique Saint-Benoît », a été créé en 2001. En 2002, le SIH s'est porté acquéreur du terrain de la future implantation du pôle Est.

Une communauté d'établissements a également été réalisée entre le centre hospitalier (CH) Félix-Guyon et l'Hôpital d'Enfants, également PSPH. Celle-ci a permis de délocaliser les urgences pédiatriques vers le pôle de référence, le CH Félix-Guyon. Cette communauté d'établissements a aussi permis de rapprocher les plateaux techniques de ces deux établissements et de transférer des personnels.

Ressources humaines et formation des personnels hospitaliers

En matière d'aménagement et de réduction du temps de travail (ARTT) pour les personnels non

médicaux, les travaux du comité régional de suivi et la dynamique de réorganisation dont ont fait preuve tous les établissements, ont permis la conclusion d'accords sur tous les sites. Dès le mois d'avril 2002, la réflexion s'est portée sur la mise en œuvre de l'ARTT pour les personnels médicaux. Le comité de suivi s'est réuni trois fois au cours de l'année. L'objectif principal reste d'assurer la continuité et la permanence des soins dans les établissements publics, dans le cadre des directives européennes et de l'impact du repos de sécurité. Au total, un besoin de 89 postes médicaux supplémentaires est apparu.

L'effort spécifique en matière de formation et de promotion professionnelle, entamé dès l'année 2000, a été poursuivi en 2002.

Ainsi l'école régionale d'infirmières aide-anesthésistes (IADE) a pu ouvrir ses portes en avril, succédant ainsi aux écoles d'infirmières (IDE) et de puéricultrices créées en 2001.

En outre, une aide exceptionnelle, d'un montant total de 410 000 €, a été accordée en fin d'exercice pour maintenir à un niveau élevé l'effort des établissements publics et PSPH en faveur de la prise en charge des formations professionnelles.

Lutte contre les violences à l'encontre des femmes

Un carrefour intitulé « Femmes et violences dans une société multiculturelle » a été organisé les 24 et 25 octobre 2002 à Saint-Denis de la Réunion, afin de relayer localement la campagne nationale de lutte contre les violences faites aux femmes.

Sous l'impulsion de la DRASS de la Réunion, ces rencontres ont été organisées par la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et la fédération régionale de solidarité contre les violences (FRSCV).

L'originalité de cette manifestation fut d'aborder la question des violences à l'encontre des femmes sous deux angles : la violence conjugale et le phénomène prostitutionnel.

Ainsi, la première journée fut consacrée à l'approche générale de la problématique, tandis que la seconde abordait le phénomène prostitutionnel avec la présentation par un psychosociologue des spécificités locales. Celui-ci a exposé les perspectives d'insertion pour une population déjà fragilisée. Trois ateliers ont ensuite traité de la prévention, du rapport à la loi ainsi que de l'accompagnement et de l'insertion. Des conférences-débats ont ensuite évoqué les problématiques suivantes :

- viol, de l'inceste à la prostitution ;
- système de la prostitution, une violence à l'encontre des femmes. État des lieux des enjeux au niveau national, européen et international ;
- regards sur l'action sociale en direction des personnes prostituées au plan national.

À l'issue de ce colloque, les acteurs ont décidé d'instaurer un réseau local, qui pourrait s'étendre à l'Océan Indien dès 2003 afin de reconnaître la gravité des faits dans cette zone.

EMPLOI

Une agence pour l'intégration de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes

À l'initiative de la DRDFE, l'agence pour l'intégration de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes, « CHANCEGAL », a été ouverte en 2002 à la Réunion. Elle a été créée par deux demandeuses d'emploi, à la suite d'un stage de formation à l'approche globale d'égalité. Son objectif est :

- de promouvoir une culture de l'égalité entre les femmes et les hommes par la sensibilisation et de constituer un relais d'information ;
- d'intégrer et de conforter la notion d'égalité des chances dans le monde économique ;
- d'assurer la formation et la mise en réseau d'acteurs ;
- d'accompagner les actions en faveur de l'égalité des chances.

Elle réalise notamment des études et participe à la préparation de programmes de formations sur la question de la mixité des emplois à l'adresse des agents de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et des missions locales. Des prestations auprès de femmes Rmistes sont également confiées à « CHANCEGAL », afin d'encourager ces dernières dans une nouvelle démarche en matière de recherche d'emploi de diversification de leur orientation.

Chômage

La direction du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DTEFP) de la Réunion exerce ses missions au sein d'une région monodépartementale et cumule à ce titre les attributions d'une direction régionale (DRTEFP) et d'une direction départementale (DDTEFP). Son effectif théorique est de 116 personnes et elle intervient dans un contexte particulièrement tendu. Malgré tout son dynamisme, le problème démographique continuera de peser sur la situation de l'île. On a cependant pu constater des évolutions encourageantes pour les demandeurs d'emploi de catégorie 1. En effet, si, en décembre 2001, leur nombre était de 88 692 (taux : 31,2 %), il était descendu à 81 852 en décembre 2002 (taux : 28 %).

Malgré une nouvelle hausse de ces chômeurs sur le mois de décembre, la baisse se confirme pour 2002 avec une diminution de 7,7 %. Cette amélioration est particulièrement sensible pour les femmes (- 12 %) et pour les 25 à 49 ans (- 9 %).

Affermir l'ancrage territorial

Grâce à une coordination des politiques sur un plan territorial, les contrats aidés ont été recentrés. 27 128 personnes ont ainsi pu bénéficier d'un contrat emploi solidarité (CES). Les intéressés sont à 58,22 % des femmes et à 23 % des Rmistes. 2 018 personnes sont entrées en contrat emploi consolidé (CEC).

Une convention 2002-2004 a été conclue avec la chambre régionale de l'économie solidaire et le conseil général. Celle-ci se structure avec l'embauche de deux

chargés de mission. À noter également la tenue d'une journée de l'économie sociale et solidaire, le 7 décembre 2002.

Enfin, 10 000 jeunes ont été touchés cette année par les missions locales (35 000 en fichier). Le programme Trajet d'accès à l'emploi (TRACE) a bénéficié à 2 111 d'entre eux : 50 % sont placés en situation de travail et 40 % en recherche accompagnée.

Les 6 plans locaux pour l'insertion et l'emploi (PLIE) ont bénéficié d'une programmation de 3 925 277 €.

Contribuer au développement économique

L'enjeu représenté par les emplois jeunes est important à la Réunion. À la fin de 2002, 6 703 postes étaient pourvus. Le problème de la fin des conventions s'est donc posé au quatrième trimestre 2002. Dès octobre était créée la mission d'appui pour la pérennisation et le reclassement des emplois jeunes (MAPREJ). À la fin de 2002, 497 postes avaient reçu un avis favorable pour une épargne consolidée ou une convention pluriannuelle. La Mission intervient également pour apporter un appui individualisé à ceux dont l'emploi ne peut être maintenu.

Le dispositif « Projet initiative jeune création d'entreprise » a connu un franc succès : près de 700 dossiers ont été recensés.

Enfin, les organismes de formation ont été incités à mettre en œuvre des actions d'initiation aux nouvelles techniques de l'information et de la communication (initiation à l'Internet).

Développer un emploi de qualité et valoriser les potentiels

La DTEFP a poursuivi ses actions, notamment en faveur des petites entreprises. Elle a constaté

qu'après le dispositif 35 heures, un appui était nécessaire pour la définition d'actions de formation et de qualification. Cette situation explique l'augmentation significative des crédits « politique contractuelle » (1 191 514 €). La Réunion n'a pas connu de nombre significatif de plans de licenciement de plus de 10 salariés pour motif économique.

La validation des acquis de l'expérience (VAE) est entrée dans une phase active, avec la mise en place d'une cellule technique de validation et d'une autre, inter-services, d'information et de conseils.

Le service régional de contrôle a engagé 5 contrôles, pour un montant de dépenses de 14 138 000 €. Ces actions sont cofinancées au titre du document unique de programmation (DOCUP) par le Fonds social européen (FSE).

Dans le cadre du « projet initiative jeune formation », 1 473 jeunes sont partis se former, pour l'essentiel en métropole.

Favoriser le dialogue social et garantir la protection des salariés

L'action prioritaire vis-à-vis des délégués du personnel s'est poursuivie. On note que 6 278 journées de travail ont été perdues, à la suite de 35 conflits collectifs. Dans ces circonstances, la commission départementale de conciliation a été d'une aide précieuse, unanimement soulignée par les partenaires sociaux.

Renforcer la capacité de pilotage et optimiser la gestion des ressources

La DTEFP a mis en place un contrôle de gestion. Des états de situation sont transmis mensuellement. Un bilan annuel a été réalisé.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	706 300
Population active ayant un emploi (RP99)	24,6 %
Population salariée (RP99)	21,2 %
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	13 505
- Construction	10 719
- Tertiaire	74 907
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	81 796
- Femmes (en %)	41,6
- Moins de 25 ans (en %)	22,8
- Chômage Longue Durée (en %)	41,7
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	-13,8
Taux de chômage 2002 (en %)	-
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	5 977
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	31 493
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	1 735
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	32 371
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001 (chiffre global pour la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion)	5 370

SANTÉ, SOCIAL

Programmes et schémas de santé

Ceux-ci ont été au centre du travail des directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS). Ainsi, le programme national nutrition santé a été mis en œuvre dans la région, y compris dans le cadre du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS). Les actions initiées ont été suivies en partenariat avec l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Le plan cancer 2000-2005 a fait l'objet d'une stratégie de communication. Les dossiers portant sur l'installation de centres de gestion ont été instruits.

Le programme régional de santé (PRS) suicide a donné lieu à un bilan d'étape, avec définition d'un programme de travail jusqu'en 2003.

Les efforts ont également porté sur le programme régional d'accès aux soins et la prévention (PRAPS) des plus démunis. Une synthèse du PRAPS I a été réalisée. Le chantier préparatoire du PRAPS II a été lancé, avec l'organisation de GTR et de sous-groupes thématiques, ainsi que le recensement des éléments diagnostics.

Afin de poursuivre la réflexion sur le SREPS, entamée en 2001, une méthodologie a été élaborée avec le concours du Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé (CRAES). Celui-ci a mené une enquête auprès des têtes de réseaux et organisé un séminaire régional sur cette question. Par ailleurs, un comité de pilotage a été monté avec l'Éducation nationale et des groupes techniques régionaux définis.

La sécurité sanitaire

Les outils de lutte contre le bio-terrorisme se mettent en place (plans Biotox et Piratox). En matière de sécurité sanitaire dans les établissements de santé, une démarche d'inspection portant sur les risques liés aux agents transmissibles non conventionnels, ainsi que sur la légionellose, lancée en 2002, sera poursuivie en 2003.

Pour prévenir les dangers liés à l'exposition au plomb, quel qu'en soit le facteur (eau, habitat ou industrie), des zones à risque ont été identifiées et une campagne d'information organisée.

L'offre de soins

Dans le cadre du programme de travail de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), le schéma régional de l'orientation sanitaire (SROS) fait l'objet de bilans annuels de suivi, dont des bilans thématiques. Parmi les axes de réflexion définis en 2002 figurent l'hospitalisation à domicile (HAD) et la coopération inter-hospitalière.

Dans la perspective de la révision du SROS II et pour

préparer l'élaboration du SROSS III, un état des lieux a été commandé. Il évalue la pertinence des secteurs médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), au regard des bassins de santé.

Des outils de programmation et de suivi pluriannuel ont également été mis en place pour mesurer l'impact des autorisations sur l'allocation de ressources. Des procédures améliorées (calendrier, planification des travaux, diffusion de l'information) favorisent aujourd'hui une meilleure coordination entre les services.

Par ailleurs, les contrôles des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ont été renforcés : les établissements seront accompagnés pour la montée en charge du PMSI soins de suite et réadaptation (SSR).

La mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ainsi que l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) des professions hospitalières, ont constitué les deux principaux chantiers dans le domaine médico-social.

Enfin, les services se sont associés pour parfaire l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur social. Ainsi, une procédure de suivi du conventionnement tripartite des établissements publics de santé (enquête, comité technique EHPAD), associant l'ARH et les DDASS, a été mise sur pied. Elle sera élargie en 2003 au champ du handicap, afin de disposer d'une consigne formalisée sur les transferts d'enveloppes en lien avec l'ARH.

Lutte contre les exclusions

La formalisation et la mise en œuvre des schémas de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion ont été poursuivies en 2002.

De nouvelles procédures régionales devraient améliorer l'accueil des demandeurs d'asile :

- un tableau de bord permettant une mise à jour mensuelle des places disponibles ;
- un plan infra-régional d'accueil de ce public (répartition dans les départements de Rhône-Alpes des arrivées massives sur le département du Rhône). Ce plan a été activé deux fois en 2002.

En matière d'insertion, deux actions méritent d'être soulignées :

- l'accès à l'emploi et à la formation des plus démunis a été favorisé par une étude-action territorialisée sur la contribution des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) -centre d'adaptation à la vie active (CAVA) comme chantiers d'insertion, dans le cadre des politiques de l'emploi ;
- des journées régionales de communication ont été organisées en juin 2002 pour appuyer le développement des propositions incluses dans les études action RMI-ASI (revenu minimum d'insertion-appui social individualisé).

Les formations sanitaires et sociales

Suivant le programme « nouveaux emplois nouveaux services », les deux délégations de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) de la région Rhône-Alpes ont déposé des demandes auprès du Fonds social européen (FSE) pour les projets de professionnalisation de jeunes présentés par les établissements sanitaires et médico-sociaux publics.

Des dossiers ont donc été préparés à la suite d'une réflexion engagée dès novembre 2001 entre la direction régionale de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle (DRTEFP) - qui anime la plate-forme régionale de professionnalisation des emplois jeunes - la DRASS, l'ARH et les deux délégations régionales de l'ANFH. Dans un premier temps, les types d'activités confiées aux jeunes et la plus-value apportée ont été identifiées, notamment grâce à une enquête diligentée auprès des établissements sanitaires et médico-sociaux de la région. Les besoins en formation, leurs coûts et leurs financements ont ensuite été recensés. Les axes retenus sont les suivants :

- préparation à des examens professionnels pour intégrer la fonction publique hospitalière (emplois administratifs, standardiste, emplois techniques, agent d'entretien...) et à des concours susceptibles d'être élargis à la fonction publique d'État ou territoriale (agent administratif, adjoint administratif, attaché d'administration hospitalière) ;
- formations diplômantes ou qualifiantes, organisées sous forme collective ou gérées en parcours de formations individuelles : 21 demandes pour le brevet d'État d'animateur technicien de l'éducation populaire (BEATEP) sur les deux régions, notamment dans le secteur médico-social ;
- formations promotionnelles dispensées en alternance à titre dérogatoire, comme il a été confirmé par les ANFH après renseignements auprès des DRTEFP (aide médico-psychologique – AMP – et par extension, selon les ANFH, diplôme d'État aux fonctions d'animateur – DEFA).

La DRASS Rhône-Alpes a également été retenue comme site expérimental pour la mise en œuvre de l'accès au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) par la voie de la validation des acquis de l'expérience (VAE). L'expérimentation a été suivie avec deux centres de formation, en mai et juin 2002. Elle a permis une mobilisation des centres, ainsi qu'une appropriation des documents supports de la validation par les agents de la DRASS et par les jurys. Au total, 22 personnes ont passé l'examen. 9 avaient demandé une validation totale : 8 l'ont réussie.

Par ailleurs, 95 % des actions prévues par le schéma régional des formations sociales ont été réalisées :

- estimation affinée des besoins et amélioration des systèmes d'information ;
- étude sur l'insertion des jeunes ;
- expérimentation du GESTE ;
- mise en place des instances. Celle de coordination des porteurs de projets a été constituée et réunie à deux reprises ; celle de suivi s'est réunie en octobre

2002. L'instance politique « Comité de coordination de l'emploi et de la formation professionnelle », instituée dans le cadre de la loi de modernisation sociale, relève de la compétence conjointe du préfet (DRTEFP) et du conseil régional. Sa composition a été arrêtée en fin d'année 2002 :

- approche qualifiante des intervenants sociaux : outre la qualification des acteurs de l'aide à domicile, la DRASS participe à la promotion des dispositifs de qualification des intervenants, dans le cadre de la plate-forme Rhône-Alpes de professionnalisation des emplois-jeunes (PRAPEJ), du groupe de travail du Secrétariat général pour les affaires régionales (SGAR) sur les adultes-relais et des travaux avec les établissements de santé ;
- accompagnement de la démarche d'évaluation : le référentiel d'évaluation des centres de formation sociale a été testé par le Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations (CREAHI) à l'Institut du travail social (ITS), et présenté lors d'une réunion de restitution en octobre 2002 ;
- agrément des structures : cette procédure a été menée dans des délais particulièrement serrés, les places supplémentaires devant être opérationnelles à la rentrée de septembre 2002. Elle a permis d'introduire de nouvelles méthodes de travail, et d'atteindre les objectifs de planification souhaités. Un calendrier de suivi de la montée en charge des nouvelles filières a été élaboré ;
- parallèlement, une mise à plat des agréments des AMP a été effectuée, certains d'entre eux étant caducs et non renouvelés juridiquement.

Protection sociale

Afin de répondre au mieux aux besoins des personnes les plus démunies, les actions suivantes ont été réalisées :

- accompagnement à la réalisation de statistiques sur la couverture maladie universelle (CMU) ;
- contribution à la production d'une note de conjoncture sociale ;
- contribution à l'évaluation du dispositif CMU dans le cadre du PRAPS ;
- mesure de la contribution de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et organismes assimilés à la mise en œuvre des conventions techniques de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- analyse de la contribution des organismes sanitaires et sociaux à l'action sociale en faveur des personnes âgées.

D'autres actions ont été conduites pour améliorer le dispositif de protection sociale :

- évaluation de la 2^e convention d'objectifs et de gestion (COG) État-Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- organisation de l'élection du CRC Mutualité ;
- mise en œuvre de l'immatriculation et de l'agrément des mutuelles ;
- réalisation de la campagne de contrôle 2002 du comité régional d'examen des comptes des organismes de Sécurité sociale (COREC) ;

- évaluation des agents de direction candidats pour l'inscription sur la liste de 2003 ;
- recensement des actions coordonnées de prévention des entreprises en difficulté par les organismes de recouvrement ;
- production d'une étude sur la politique d'exonération des charges sociales.

Essor du comité technique régional et interrégional (CTRI)

L'année 2002 est marquée par la progression remarquable du niveau de fonctionnement du CTRI en Rhône-Alpes.

Les critères de répartition des enveloppes ont ainsi pu être affinés dans plusieurs domaines, parfois avec difficulté. Pour le handicap, par exemple, la réflexion a permis de dépasser la logique de répartition d'enveloppe pour atteindre une logique de programmation de projet, tenant compte des conséquences de la loi du 2 janvier 2002.

En matière de fonctionnement interdépartemental, l'ensemble des critères retenus pour les listes d'aptitude et de promotions au choix ont été revus et rendus objectifs. La solidarité interdépartementale s'est exprimée aussi à travers le double plan de distribution infra-régional des demandeurs d'asile et la poursuite du rééquilibrage interdépartemental des crédits de fonctionnement, en l'étendant cette année aux EBA.

Les relations avec les collectivités territoriales ont également été améliorées, notamment avec les conseils généraux : parution d'un certain nombre de schémas départementaux, édition conjointe par la DRASS et le conseil général de Savoie d'un atlas d'observation sociale ; travail sur le schéma régional d'éducation pour la santé ; journée interrégionale organisée à la demande de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) sur les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)... Les relations de travail se sont également développées avec le conseil régional et englobent désormais l'insertion professionnelle des jeunes handicapés. En outre, un travail de fond est en cours sur la question des formations. Le double objectif est de faire bénéficier le secteur sanitaire et social des financements de droit commun et d'inscrire la DRASS dans des processus de concertation entre la DRTEFP et le conseil régional sur le pilotage du secteur (validation des acquis de l'expérience – VAE –, Pôle Rhône-Alpes orientation - PRAO).

Les perspectives

Le triple mouvement de réforme en cours - décentralisation, création des ARS, réforme de l'État - oblige les services à réfléchir sur les métiers de l'administration. La réaffirmation des missions régaliennes de l'État traduit une modification de ses relations avec la société : engagement dans un contrôle de gestion interne en contrepartie d'engagement global ; gestion des crédits européens... Le conventionnement associatif conduit à une logique de contrôles et d'évaluation systématiques, tandis que la gestion des risques et des situations exceptionnelles amène à un type d'intervention opérationnelle sophistiqué. Des

formations techniques doivent donc être développées : comptabilité analytique, analyse financière, gestion de crise...

En travaillant sur les articulations avec les collectivités territoriales, agences et établissements et en développant effectivement les passerelles entre les trois fonctions publiques, le choix d'affectation sortirait du dualisme État/collectivité territoriale.

Il s'agit aussi de se pencher sur les organisations futures : le cumul des réformes annoncées suscite inquiétude et interrogation. Pour éviter blocage et démobilité, il faudra travailler davantage sur les compétences que sur les catégories (référentiels métiers).

Il s'agit enfin de mettre à plat les configurations interministérielles qui pourraient donner sens au travail collectif, bien au-delà du lien entre « santé et social » : structuration des liens DGAS/DGEFP au sein du service public pour l'emploi – appel à conventionner avec l'Éducation nationale au titre d'un nombre croissant de politiques – politique habitat-santé (avec les directions départementales de l'équipement notamment).

Soutien à l'élaboration de projets médicaux territoriaux

Un des axes majeurs du SROS II de la région Rhône-Alpes concerne la nécessaire coopération entre les établissements de santé : les pôles sanitaires doivent permettre de définir quantitativement et qualitativement une offre de soins sur un secteur géographique donné.

Au cours de l'année 2002, et à partir de ces orientations, l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) a mené une politique volontariste auprès des établissements, en les incitant à développer des projets médicaux territoriaux de pôle sanitaire. L'objectif est de réorganiser l'offre sanitaire de pôle par l'élaboration de projets médicaux communs et la coopération entre les équipes médicales.

En 2002, l'agence a engagé, avec les établissements du pôle de Bourgoin-Jallieu dans l'Isère, une première expérimentation. Celle-ci a permis :

- de conforter une offre de soins de proximité ;
- de structurer une démarche régionale pour l'élaboration de projets médicaux territoriaux ;
- d'engager des démarches équivalentes en 2003 sur d'autres pôles de la région : Feurs-Montbrison et Voiron.

Mise en œuvre de l'ARTT médicale

De façon plus systématique, dans le cadre de la mise en œuvre de l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) médicale, l'agence a appelé les établissements, dès le mois de décembre 2001, à travailler à la mise en cohérence des projets d'organisation médicale par pôle sanitaire. Une réflexion a été engagée dans chaque structure au cours du premier semestre 2002.

Les établissements publics ont, par ailleurs, été invités à identifier les impacts de la mise en œuvre de l'ARTT médicale sur leur organisation médicale interne et à élaborer de nouveaux schémas de coopération dans le cadre d'un réseau structuré de soins. Pour faciliter cette démarche, l'agence a mobilisé une

assistance juridique externe. Celle-ci précisera les conditions de mise en œuvre du groupement de coopération sanitaire. Deux réunions régionales d'information sur ce thème ont été tenues avec les établissements de santé publics et privés.

À l'issue de cette première étape, l'agence a organisé 22 réunions de pôles au cours du dernier trimestre 2003 pour dresser un premier bilan des coopérations et envisager avec les établissements les futures orientations.

Territorialisation des soins

Conformément aux orientations arrêtées avec l'agence, les établissements ont travaillé à leur projet de redécoupage de l'offre de soins, première étape à l'élaboration d'un projet médical territorial. Parmi les établissements médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), les coopérations ont plus particulièrement porté sur la prise en charge des urgences chirurgicales, la périnatalité, la cardiologie et la cancérologie. Les établissements psychiatriques sont plus particulièrement concernées par les coopérations entre la psychiatrie et le MCO (urgences psychiatriques et psychiatrie de liaison, et médecine de liaison), les coopérations entre les établissements de psychiatrie eux-mêmes et la présence de la psychiatrie dans les établissements médico-sociaux. .

Information juridique internationale des femmes

Le FIJI (Femmes informations juridiques internationales) est une structure créée en janvier 2002 en région Rhône-Alpes. Elle a pour objectif de constituer un centre de ressources sur les questions touchant au statut personnel des femmes étrangères. Ce projet s'est construit grâce à un large partenariat associatif local (le Centre d'information et de documentation sur les droits des femmes – CIDEF – du Rhône est porteur du projet) et avec le soutien financier de la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), du SGAR (crédits de la politique de la ville) et du Fonds d'action et de soutien à l'intégration et à la lutte contre les discriminations (FASILD).

Les cinq domaines d'action essentiels de cette structure sont :

- d'assurer un service d'informations juridiques pour les professionnels et les particuliers, par l'intermédiaire de permanences téléphoniques et d'un accueil public ;
- d'animer un réseau de partenaires associatifs et institutionnels ;
- de sensibiliser les femmes étrangères aux questions de droit de la famille, notamment sous la forme d'animations collectives ;
- d'interpeller les pouvoirs publics sur des problèmes existants ;
- d'actualiser un guide à destination du public et des professionnels sur le statut des femmes étrangères ou d'origine étrangère.

Ce dernier projet a abouti, en 2002, à l'édition de 15 000 exemplaires du guide *Madame, vous avez des*

droits. Celui-ci a été conçu pour faire le point en matière de statut personnel et de législation, avec un bref rappel des pratiques selon les pays. Il présente également les conventions bilatérales, les démarches à effectuer en cas de conflit, notamment familial, et des adresses utiles.

EMPLOI

Informier sur les métiers accessibles par l'apprentissage

L'agence chargée de mission départementale (CMD) de l'Ain, en partenariat avec la Chambre des métiers, a participé à l'élaboration d'une plaquette de présentation des métiers par l'apprentissage au féminin. Cette plaquette a été diffusée dans tous les centres de formation d'apprentis, les missions locales, les permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), les centres d'information et d'orientation (CIO) et le Centre d'information et de documentation des femmes (CIDEF). Dans la Drôme, à l'initiative de la chambre des métiers et de la CMD, un réseau de cinquante femmes artisanes s'est constitué, afin de permettre à des jeunes filles de découvrir les métiers artisanaux et de favoriser leur accès à l'apprentissage. Une convention « Jeunes dans les entreprises » permet la mise en relation de collégiennes avec des artisanes de ce réseau. Une cassette vidéo présente également une dizaine d'artisanes exerçant des métiers non traditionnels : cordonnière, peintre en bâtiment, pâtissière, charcutière, céramiste, tapisserie... Cette cassette a été présentée, associée à d'autres outils, à environ 500 jeunes scolaires entre septembre et mars.

Chômage : contrastes entre les hommes et les femmes

Le nombre de demandeurs d'emploi de catégorie 1 a augmenté de 6,4 %, plus particulièrement parmi les hommes (+ 10,1 %). Ces derniers sont en effet davantage concernés par le ralentissement de l'intégration et la recrudescence des plans sociaux qui affecte surtout l'industrie. Au contraire de l'année 2001, le chômage de longue durée s'est accru de 9,1 % et a concerné plus particulièrement les jeunes (+ 16,9 %) et les hommes (+ 15,3 %). Conséquence du recul de l'activité économique, le nombre de journées autorisées de chômage partiel a augmenté de 27 % par rapport à 2001. Le taux de chômage enregistré à la fin décembre 2002 s'établissait à 8,1 % contre 9,1 % sur le territoire national.

Le nombre d'offres d'emploi enregistrées par l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) a baissé de 3,8 % en 2002, essentiellement sous l'effet du recul des offres d'emploi durables. L'accentuation du chômage intervient dans un contexte où la pauvreté n'a pas décru : le pourcentage d'allocataires des caisses d'allocation familiales en dessous du seuil des bas revenus reste constant. Les difficultés d'insertion sociale persistent donc.

Affermir l'ancrage territorial des politiques

Les mesures engagées par le Service public de l'emploi (SPE) sont évaluées par un tableau de bord mensuel. Celui-ci présente le degré de réalisation des objectifs par territoire, en termes d'entrée des publics cibles dans les mesures, d'impact sur le marché du travail et sur les secteurs en difficulté de recrutement. On observe un niveau élevé d'exécution de la programmation, mais des résultats contrastés selon les mesures. Ainsi, les Contrat Initiative Emploi ont été réalisés à 74 % et les Stages d'accès à l'emploi à 76 %. Les objectifs d'entrée des publics cibles dans les mesures ne sont pas tous atteints (particulièrement pour les femmes et les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion – RMI – dans les mesures d'accès à l'emploi pour le secteur marchand). Ils sont en revanche largement atteints pour les publics handicapés, qui représentent 20 % de l'ensemble des bénéficiaires.

L'année 2002 a été marquée par la publication, à l'intention de l'ensemble des partenaires, des huit synthèses départementales des diagnostics et plans d'action locaux réalisés par les équipes locales du SPE. Les bénéficiaires des entretiens, prévus dans le programme d'action personnalisé pour un nouveau départ (PAP-ND), organisés par l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) étaient au nombre de 294 796 en 2002, dont 53 % de femmes.

Si les contrats d'apprentissage enregistrés sont globalement stables d'une année sur l'autre (- 1 %), ceux d'orientation, d'adaptation et de qualification des jeunes connaissent une baisse sensible, suivant en cela l'évolution de l'activité économique (respectivement : - 12 %, - 30 % et - 6 %). Les contrats de qualification adultes ont encore enregistré une progression (+ 26 %), mais ne représentent, avec 938 contrats, qu'une faible partie du total des mesures. Par ailleurs, 7 852 jeunes ont bénéficié en 2002 du programme Trajet d'accès à l'emploi (TRACE), tandis que 3 108 jeunes sans qualification bénéficiaient des nouveaux contrats jeunes en entreprise.

Développement économique sur les territoires

L'augmentation constatée du chômage n'a toujours pas réduit les difficultés de recrutement dans les emplois qualifiés de certaines branches : bâtiment et travaux publics – BTP –, électricité et électronique, métiers de bouche, de la santé, maintenance et transports. Une actualisation des difficultés de recrutement en Rhône-Alpes a été publiée en avril 2002 : elle a mis en exergue les fortes tensions sur la demande d'emploi observées par métiers (ROME) et par zones de la territorialisation. Ce document a permis d'établir la liste des métiers ouvrant droit à l'allocation de fin de formation dérogatoire, prévue par la convention du 1^{er} janvier 2001 sur l'indemnisation du chômage et l'aide au retour à l'emploi.

Avec l'appui de l'unité Observatoire et Études de l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), une exploitation statistique des documents transmis par les utilisateurs d'emplois jeunes

du secteur associatif sur les actions de professionnalisation engagées par eux depuis 1997 a été réalisée au niveau régional. La synthèse a démontré la nécessité de fournir une information à ces jeunes par le biais d'un numéro vert sur les ressources qu'ils peuvent mobiliser, aussi bien en matière d'accès à la formation, de bilan de compétences que de mise en relation avec les professionnels de l'orientation.

Emploi de qualité et valorisation du potentiel humain

En matière de développement des compétences, plusieurs actions ont été mises en œuvre, notamment dans le cadre des engagements de développement de la formation (EDDF), par la déclinaison des accords nationaux dans le textile, les industries graphiques et l'artisanat du BTP, mais aussi par le biais d'actions collectives dans les services, le médico-social, le secteur agricole et les petites et moyennes entreprises (PME). Trois contrats d'études prospectives régionaux se sont achevés et un contrat d'objectif avec le bâtiment a été conclu en 2002.

Les éléments de proposition pour une politique régionale concertée en matière de validation des acquis (VAE) ont été débattus lors d'un séminaire en juillet 2002, réunissant les services de l'État, la Région et les partenaires sociaux. Il en est ressorti le besoin de formaliser les attentes des partenaires par un protocole d'accord. Actuellement en cours d'approbation, celui-ci portera sur l'information, l'orientation et l'accès des salariés à la VAE. Il incitera les entreprises à l'intégrer dans la gestion de leurs ressources humaines. Mais il devra aussi prévoir l'accompagnement des personnes, l'organisation des jurys et l'aide aux préconisations en développant une formation ouverte. D'ores et déjà, une cellule régionale inter-services a été mise en œuvre. Des relais d'informations sur la VAE fonctionnent depuis octobre 2001 avec l'appui des Centres inter-institutionnels de bilans de compétence (CIBC).

En 2002, le service régional de contrôle de la formation professionnelle a réalisé 107 contrôles, dont 50 sur place, d'organismes de formation, d'entreprises et de porteurs de projets bénéficiant de concours du Fonds social européen. La masse contrôlée s'est élevée à plus de 2,6 M€. L'accent a été mis sur les organismes qui dispensent des formations en alternance. Les vérifications effectuées ont concerné, depuis deux ans, des prestataires représentant 15 % du chiffre d'affaires de ce secteur.

Favoriser le dialogue social et protéger les salariés

L'appui au dialogue social s'est poursuivi dans la région par l'extension des démarches de professionnalisation des acteurs de l'entreprise (membres du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et délégués du personnel), pour l'évaluation des risques professionnels ou les plans d'action en matière de santé au travail. La quasi-totalité des sites industriels classés Seveso (83 dans la région) ont fait l'objet, à la demande du DRTEFP, d'un contrôle et d'un suivi en 2002. Ces opérations ont été l'oc-

casion d'un rapprochement avec la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) : échanges de pratiques, formations communes... Ils ont également donné lieu à l'élaboration d'outils méthodologiques de contrôle et de synthèses qualitatives. Grâce à ces dernières, une action régionale de communication vers les organisations professionnelles concernées (industries chimiques) est en cours de lancement. Dans le secteur du bois, des groupes de travail devraient permettre la mise en place, en 2003, d'un site web consacré à la santé-sécurité dans ce secteur, avec l'appui des professionnels de la branche.

Le dialogue social, élément fort du contrat de plan État-Région, a été très actif en 2002, à travers la convention pluriannuelle conclue avec l'association ARAVIS. Cela a constitué un lieu de concertation important, notamment sur la gestion des compétences et la prévention des risques. Par ailleurs, douze projets territoriaux sur le thème de la gestion des ressources humaines étaient en cours de réalisation. La mission d'appui au dialogue social (création d'un poste à temps plein en Rhône-Alpes) a développé ses activités auprès des partenaires économiques.

La convention d'application du plan d'action pour l'égalité entre les femmes et les hommes a été conclue en novembre 2002 entre l'État et la Région. Celle-ci porte notamment sur l'orientation et le développement personnel et professionnel, l'égalité professionnelle dans les entreprises, le renforcement de la contribution des femmes au développement économique et l'articulation des temps de vie. Elle doit permettre de fédérer les moyens d'actions des pouvoirs publics au service de projets émanant des territoires.

Renforcer la capacité de pilotage et optimiser la gestion des ressources

L'année 2002 se caractérise par la nomination d'un secrétaire général du comité technique régional et interrégional (CTRI) au 1^{er} septembre. Une de ses missions est de développer les outils de contrôle de gestion, mais aussi de préparer les décisions du CTRI en matière de ressources humaines et de moyens de fonctionnement des services. La déclinaison régionale de l'analyse des ressources humaines par domaines de métiers a permis de sensibiliser les membres du CTRI sur les caractéristiques comparées des emplois occupés dans les neuf sites de la région.

Des tableaux de bord des actions mises en place par le SPE dans chaque territoire permettent de connaître mois par mois, depuis deux ans, les écarts entre les résultats et les objectifs prévus par mesures, populations cibles et impact sur le marché du travail. En outre, le service des finances et du contrôle de gestion produit en ligne sur le réseau un suivi financier des crédits d'intervention par programme et gestionnaire : il permet de connaître en temps réel les niveaux d'engagement et de mandatement, ainsi que le volume des actes de gestion (4 366 en 2002). Il faut noter que les crédits du Fonds social européen représentent 66 % des moyens d'intervention mobilisés en 2002.

Par ailleurs, dans le cadre de la réforme des procédures des interventions financières de l'État, et en particulier du nouveau Code des marchés publics, ce même service s'investit dans la mise en place des règles nouvelles. Il a ainsi contribué à la réalisation de l'appel d'offres européen ayant permis l'équipement ou le renouvellement de 225 postes du parc informatique de la DRTEFP et des DDTEFP de Rhône-Alpes.

Indicateurs régionaux

Population totale (RP99)	5 645 047
Population active ayant un emploi (RP99)	2 263 018
Population salariée (RP99)	1 974 934
Emploi salarié (au 31/12/00) :	
- Industrie	492 781
- Construction	126 003
- Tertiaire	1 035 203
Demandeur d'Emploi en Fin de Mois (au 31/12/02)	197 992
- Femmes (en %)	47,1
- Moins de 25 ans (en %)	19,2
- Chômage Longue Durée (en %)	25,0
Évolution annuelle des Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois (1 an et plus d'ancienneté) (en %)	9,1
Taux de chômage 2002 (en %)	8,1
Contrats aidés dans le secteur marchand (total)	78 320
Contrats aidés dans le secteur non marchand (total)	33 540
Entrées en Stage d'Insertion et de Formation à l'Emploi (SIFE)	8 972
Nombre de salariés dans les établissements passés à 35 h en 2002	1 006 708
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2001	83 481

Les annexes

■ Les chronologies	168
■ Les lois votées	173
■ Les rapports de référence	174

Les chronologies

L'année 2002

Evènements généraux

Janvier

- 1^{er} Entrée en vigueur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), en application de la loi votée le 26 juin 2001.
Entrée en vigueur du congé de paternité.
- 16 Présentation d'un plan de renforcement des services gériatriques
- 24-25 Colloque sur la politique culturelle dans les établissements de santé.
- 30 Première journée consacrée aux réseaux de prise en charge du diabète.

Février

- 5 Présentation d'un plan triennal de lutte contre les maladies cardio-vasculaires.
- 19-20 Colloque « Mieux vivre la cité, l'accessibilité pour tous », avec la participation des huit ministères concernés. Annonce par la ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, de mesures nouvelles pour permettre l'accueil de 4000 élèves handicapés supplémentaires à la prochaine rentrée scolaire.
- 22 Présentation du second programme national pour le développement des soins palliatifs (2002-2005).
- 22 Décret n° 2002-254 relatif à la création de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) et décret n° 2002-255 créant une Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection (DGSNR).

Mars

- 1^{er} Décret n° 2002-299 sur l'organisation et le fonctionnement de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE), créée par la loi du 9 mai 2001.
- 4 Annonce du passage progressif du *numerus clausus* en deuxième année de médecine de 4 700 à 6 000 étudiants par an.
- 11 Lancement d'un programme d'actions en vue de développer la participation de l'État à l'aide à domicile des personnes âgées.
- 13 Signature d'un accord cadre entre le ministère, le FASILD et la société de travail intérimaire Adecco pour lutter contre les pratiques discriminatoires dans l'entreprise.
- 14 Signature d'un avenant prolongeant jusqu'en 2006 la convention interministérielle du 25 février 2000, de mise en œuvre d'une politique d'égalité des chances entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes.
- 15 Annonce, à l'occasion de la Journée nationale des urgences, de mesures pour améliorer le fonctionnement des services d'urgence.

Avril

- 15 Ouverture d'une nouvelle version du portail « santé.fr » donnant accès à l'ensemble des agences sanitaires sous tutelle du ministère.
- 16 Présentation par les ministères chargés de la justice et de la santé d'un programme triennal 2002-2005 pour l'amélioration de la prévention et la prise en charge sanitaire des détenus.
Présentation d'un plan d'action pour le développement des métiers de l'aide à la personne.
- 18 Installation du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).
- 19 Présentation des mesures destinées à améliorer la prévention et l'organisation des soins dans les départements et territoires d'outre-mer.
- 29 Décret n° 2002-637 relatif à l'accès du patient à son dossier médical, en application de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- 29 Décret n°2002-638 fixant le statut de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

Mai

Le 5 mai, élection de Jacques Chirac comme président de la République

• *Le 7 mai, nomination du premier gouvernement de Jean-Pierre Raffarin, Premier ministre : François Fillon est ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et Jean-François Mattei ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*

Les 9 et 16 juin, élections législatives

Le 17 juin, nomination du deuxième gouvernement de Jean-Pierre Raffarin :

- *François Fillon, ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité*
- *Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*
- *Jean-Louis Borloo, ministre délégué à la ville et à la rénovation urbaine*
- *Nicole Ameline, ministre déléguée à la parité et à l'égalité professionnelle*
- *Christian Jacob, ministre délégué à la famille*
- *Hubert Falco, secrétaire d'Etat aux personnes âgées*
- *Dominique Versini, secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion*
- *Marie-Thérèse Boisseau, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées*

- 3 Décret n° 2002-781 relatif au Conseil national pour l'accès aux origines personnelles.
- 17 Première consultation des partenaires sociaux par le Premier ministre et le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité.
- 23 Saisine du Conseil économique et social par le Premier ministre sur les modalités d'harmonisation du SMIC, dans le cadre de la loi sur les 35 heures.

Juin

- 5 Signature d'un accord entre la CNAM et les représentants de médecins généralistes prévoyant une revalorisation de la consultation à 20 euros à compter du 1^{er} juillet.
- 19 Annonce par l'UNEDIC d'un ensemble de mesures destinées à réduire le déficit de l'assurance chômage.

Juillet

- 1^{er} Revalorisation du SMIC horaire de 2,4 %.
- 11 Présentation devant la commission des comptes de la sécurité sociale des grandes orientations de la politique du gouvernement en matière de santé et d'assurance maladie.

Août

27 août – 2 septembre

- Réunions avec les partenaires sociaux sur les mesures d'aménagement des 35 heures.
- 29 Promulgation de la loi instituant le contrat jeune en entreprise.

Septembre

- 4 Présentation en Conseil des ministres du dispositif expérimental d'accueil et d'insertion des mineurs à la rue.
- 6 Réunion annuelle de la commission nationale de la négociation collective : annonce des mesures sur l'harmonisation des SMIC, sur l'aménagement des 35 heures, et sur un dispositif d'allègement des charges ciblé sur les salaires moyens et modestes.
- 9 Installation de la commission d'orientation sur la lutte contre le cancer, chargée de définir le contenu et les objectifs du plan cancer.
- 18 Présentation en conseil des ministres du projet de loi relatif aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi.
- 24 Présentation devant la Commission des comptes de la Sécurité sociale, des grandes lignes du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2003.

Octobre

- 5 Annonce de la création de 500 postes d'auxiliaires de vie et de 200 places supplémentaires en service de soins infirmiers à domicile pour les handicapés.
- 8 Colloque sur la prise en charge de la douleur et les objectifs du deuxième plan de lutte contre la douleur 2002-2005.
- 22 Installation des groupes de travail chargés de préparer la conférence de la famille.
- 29 Annonce du remplacement des emplois-jeunes par le « contrat d'insertion dans la vie sociale » (CIVIS) pour les jeunes de 18-25 ans possédant au plus le baccalauréat.
- 30 Présentation en conseil des ministres du programme de rénovation urbaine.

Novembre

- 7-27 Consultations régionales pour définir les objectifs et les programmes de santé qui seront pris en compte dans la prochaine loi de programmation quinquennale en santé publique.
- 19 Installation du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées.
- 20 Présentation du plan « Hôpital 2007 », doté de 6 milliards d'euros sur 5 ans.
- 25 Avis du Haut Conseil de la population et de la famille sur « Le vieillissement des personnes handicapées ».
- 27 Inauguration de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE).
- 27 Installation du conseil de surveillance du Fonds de réserve pour les retraites.

Décembre

- 3 Installation, par le Président de la République, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, dans sa nouvelle composition.
- 5 Présentation des mesures de renforcement du dispositif permanent d'urgence sociale
- 11 Elections prud'homales.
- 12 Installation du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE).
- 13 Présentation du rapport annuel de l'IGAS « Politiques sociales de l'État et territoires ».
- 17 Colloque sur « Les soins palliatifs en France et à l'étranger ».
- 19 Table ronde sur l'égalité professionnelle, réunissant l'État et les partenaires sociaux.

Les chronologies

L'année 2002 Evènements internationaux

Mars	8	Journée internationale des femmes
Avril	8-12	Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement « Construire une société pour tous les âges », organisée à Madrid par l'ONU.
	17	Journée mondiale de la santé organisée par l'OMS, sur le thème « Pour votre santé, bougez ».
	25	Premier conseil d'administration du GIP Esther (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau).
Mai	8-10	2 ^e sommet mondial consacré aux enfants, organisé par l'ONU à New York.
Juin	3	Adoption par le conseil « Emploi et politiques sociales » de la nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail (2002-2006).
	26	Adoption par le Parlement européen et le Conseil du nouveau programme communautaire de santé publique (2002-2006).
Juillet	7-12	14 ^e conférence internationale sur le sida, organisée à Barcelone par l'ONUSIDA .
Septembre	26 août-4 septembre	2 ^e Sommet de la terre réuni à Johannesburg par les Nations-Unies sur le thème du développement durable, en présence de plus de 100 chefs d'Etat et de gouvernement. Adoption d'un plan d'action.
	11-13	Réunion à Berlin de la conférence régionale des Nations Unies pour l'Europe sur le thème du vieillissement et adoption d'un plan d'action en 10 engagements.
	16-17	Conférence des ministres européens chargés des questions de migration à Helsinki.
Octobre	23	Nomination de Philippe Séguin comme délégué du gouvernement français au conseil d'administration du Bureau international du travail (BIT).
Novembre	7	Signature d'un accord franco-russe de coopération en matière de travail et d'emploi.
Décembre	1 ^{er}	15 ^e édition de la journée mondiale de lutte contre le Sida, sur le thème « Stigmatisation, discrimination associées au VIH/Sida et droits des personnes humaines ».

Les chronologies

L'année 2002 Evènements internes

Janvier	1 ^{er}	Entrée en vigueur de l'ARTT au ministère de l'emploi et de la solidarité.
Février	14	Deuxième journée internationale du ministère, organisée par la DAEL.
Avril	4-10	Séminaire de lancement du projet ACCORD – INDIA pour un nouveau système interministériel d'information financière, budgétaire et comptable sur le budget de l'État.
	25	Décret n° 2002-613 du 25 avril 2002 réformant le statut de l'IGAS.
Mai	3	Premier conseil d'administration de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).
	30	Journée sans tabac au ministère avec une exposition et des actions d'information dans l'ensemble des services, à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac du 31 mai.
Juin	25	Nomination d'Etienne Marie au poste de directeur de l'administration générale, du personnel et du budget.
	28	Célébration à Rennes du quarantième anniversaire de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP).
Août	1 ^{er}	Nomination de Colette Horel au poste de déléguée interministérielle à la lutte contre le travail illégal.
Septembre	24	Première rencontre des directeurs des services déconcentrés du secteur travail avec François Fillon.
	26	Réouverture au public interne du Centre de ressources documentaires multimédia (CRDM) des ministères, après d'importants travaux de rénovation.
Octobre	10-11	Première rencontre des directeurs des services déconcentrés du secteur santé avec Jean-François Mattei.
	24	Nomination du docteur Didier Jayle en qualité de président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).
Novembre	7	Nomination de Gérard Sarracanie au poste de délégué interministériel à l'innovation sociale et à l'économie sociale.
	14	Nomination de Dominique Libault au poste de directeur de la sécurité sociale.

Les lois votées

- ▶ **Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002**
rénovant l'action sociale et médico-sociale (parue au JO du 3 janvier)
- ▶ **Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002**
de modernisation sociale (parue au JO du 18 janvier)
- ▶ **Loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002**
relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'État (parue au JO du 23 janvier)
- ▶ **Loi n° 2002-267 du 26 février 2002**
portant règlement définitif du budget de 2000 (parue au JO du 27 février)
- ▶ **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002**
relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (parue au JO du 5 mars)
- ▶ **Loi n° 2002-304 du 4 mars 2002**
relative au nom de famille (parue au JO du 5 mars)
- ▶ **Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002**
relative à l'autorité parentale (parue au JO du 5 mars)
- ▶ **Loi n° 2002-308 du 4 mars 2002**
tendant à la création d'un régime de retraite complémentaire obligatoire pour les non-salariés agricoles (parue au JO du 5 mars)
- ▶ **Loi n° 2002-311 du 5 mars 2002**
relative au régime d'assurance chômage des intermittents du spectacle (parue au JO du 6 mars)
- ▶ **Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002**
portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie (parue au JO du 7 mars)
- ▶ **Loi de finances rectificative pour 2002**
(loi n° 2002-1050 du 6 août 2002 parue au JO du 8 août)
- ▶ **Loi n° 2002-1095 du 29 août 2002**
portant création d'un dispositif de soutien à l'emploi des jeunes en entreprise (JO du 30 août)
- ▶ **Loi n° 2002-1276 du 23 octobre 2002**
de règlement définitif du budget 2001 (JO du 24 octobre)
- ▶ **Loi n° 2002-1303 du 29 octobre 2002**
portant modification de certaines dispositions du code de commerce relatives aux mandats sociaux (JO du 30 octobre)
- ▶ **Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003** (loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 parue au JO du 24 décembre)
- ▶ **Loi de finances pour 2003**
(loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 parue au JO du 31 décembre)
- ▶ **Loi de finances rectificative pour 2002**
(loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002, parue au JO du 31 décembre)
- ▶ **Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002**
relative à la responsabilité civile médicale (JO du 31 décembre)

Les rapports de référence

SANTÉ

L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé. Rapport présenté au comité consultatif de santé mentale du 11 avril 2002, 82 p. (*)

Rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé, 29 p. (*)

La formation continue des médecins libéraux. Rapport de Mme Dominique Laurent, 40 pages

La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité. Jean-Luc Roelandt, 60 p. (*)

Rapport de la Mission « Démographie des professions de santé ». Yvon Berland, Thierry Gausseron, 113 p. + annexes (*)

L'éthique clinique. Rapport de la mission pour le développement de l'éthique clinique en France, 42p.

L'accès à la méthadone en France : bilan et recommandations. Marie-Josée Augé-Caumon, 92 p.

Santé des jeunes : orientations et actions à promouvoir en 2002. Xavier Pommereau, 33 p. (*) (**)

Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risque, outils de repérage, conduite à tenir. Michel Reynaud. Rapport Edité par La Documentation française , 277 p. (**)

La lutte contre le saturnisme. Véronique Ponchet de Langlade, 24 p. (*)

La régulation de l'industrie et du marché du médicament. Rapport de synthèse de la Mission interministérielle d'enquête, sous la direction d'Isabelle Yeni et Gildas Le Coz. Rapport de l'IGAS et du Conseil général des mines, 36 p. + annexes

La distribution au détail du médicament vétérinaire. Rapport IGAS, 79 p. (**)

Conservation d'éléments du corps humain en milieu hospitalier. Rapport de l'IGAS, 156 p. (**)

Les traumatisés crâniens. Rapport définitif du groupe de travail interministériel sous la direction d'Elisabeth Vieux. Publié par le ministère de la justice, pagination multiple (site justice)

Explosion de l'usine AZF de Toulouse le 21 septembre 2001 : enseignement et propositions sur l'organisation des soins, 52 p. (*)

ACTION SOCIALE ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Le parrainage. Marie-Dominique Vergez, 69 p. + annexes

Assistants et assistants maternels : propositions d'évolution d'un statut. Rapport des groupes de travail animés par la Direction Générale de l'action sociale. 52 p.

L'environnement médiatique des jeunes de 0 à 18 ans : que transmettons-nous à nos enfants ? Rapport du Collectif Interassociatif Enfance Médias (CIEM), 97 p.

Des lieux d'accueil pour le maintien des relations enfants-parents. Rapport du groupe de travail présidé par Benoît Bastard, 152 p.

La situation d'enfants Réunionnais placés en métropole dans les années 1960 et 1970. Pierre Naves, Christian Gal. Rapport IGAS, 63 p. + annexes (**)

Le développement de l'accès aux aides techniques dans le cadre de la structuration des dispositifs favorisant la vie autonome pour les personnes handicapées. Danièle Rouaud. 2 volumes (44, 56 p.)

Les logements-foyers pour personnes handicapées. Jean-Pierre Grunspan, Conseil général des ponts et chaussées. 4 tomes. (où est-il en ligne ?)

Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap – du fait de troubles psychiques – et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches. Michel Charzat, Marie-France Gouriou, 134 p.

Le système de prostitution : une violence à l'encontre des femmes. Malka Marcovich, Adeline Hazan. Service des droits des femmes et de l'égalité. 42 p. (*)

L'image des femmes dans la publicité. Rapport sous la direction de Brigitte Grésy. Edité par La documentation française. 184 p.

Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Michel Debout, 81 p.

Rapport sur les immigrés vieillissants. Françoise Bas-Théron et Maurice Michel. Rapport IGAS, 86 p. (**)

L'adaptation des programmes télévisés aux personnes sourdes et malentendantes. Jacques Charpillon. Inspection générale de l'administration des affaires culturelles, 33 p.

Rapport de la mission d'étude en vue de la révision de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, 82 p.

TRAVAIL, EMPLOI ET FORMATION PROFESSIONNELLE

Avenirs des métiers. Rapport du groupe « Prospective des métiers et qualifications » du Commissariat général du plan. Christine Afriat, Claude Seibel. Publié par La Documentation française, 199 p. (**)

2005 : le choc démographique, défi pour les professions, les branches et les territoires. Rapport du groupe de travail « Qualifications et prospective » du Commissariat général du plan. Michel Amar. Publié par La Documentation française, 187 p. (**)

Âges et emploi : propositions pour une politique concertée de gestion prévisionnelle des âges. Rapport de Bernard Quintreau, 75 p.

Pour une meilleure articulation des temps de vie. La prise en compte, par les entreprises, de l'articulation entre la vie familiale et la vie professionnelle des salariés. Rapport du groupe de travail animé par Brigitte Gresy, 28 p. (*)

L'accès des femmes salariées à la formation continue et des effets sur leur carrière. Rapport du groupe de travail du Conseil supérieur de l'égalité professionnelle. Christine Fournier. Publié par La Documentation française, 69 p.

Immigration, marché du travail, intégration. Rapport du séminaire présidé par François Héran. Publié par La Documentation française, 410 p. (**)

SÉCURITÉ SOCIALE

Vers la réparation intégrale des accidents du travail et des risques professionnels : éléments de méthode. Michel Yahiel. Rapport IGAS, 23 p.

Les relations entre l'État et l'assurance maladie. Rolande Ruellan, 24 p. (*)

GESTION PUBLIQUE

Enquête sur le fonctionnement et l'activité des missions régionales et interdépartementales d'inspection-contrôle-évaluation (MRIICE). Jeanine Barberye, Mathilde Lignot-Leloup, Sylvain Picard. Rapport IGAS, 164 p.

Livre blanc : le dialogue social dans la fonction publique, janvier 2002. Jacques Fournier. La Documentation française. 180 p. (**)

Administration électronique et protection des données personnelles : livre blanc. Pierre Truche, Jean-Paul Faugère, Patrice Flichy. Ministère de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, 71 p. (**)

Rapport du Groupe de travail interministériel sur la qualité de la réglementation. Dieudonné Mandelkern (dir.). Ministère de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, 139 p. (**)

(*) rapports en ligne sur un de sites du ministère : www.sante.gouv.fr, www.social.gouv.fr, www.travail.gouv.fr

(**) rapports en ligne sur le site de la Documentation française : www.ladocfrancaise.gouv.fr, rubrique « rapports publics »