N°29

OCTOBRE 2015

Plateforme

Plateforme SANITAIRE&SOCIALE PICARDIE

SOMMAIRE

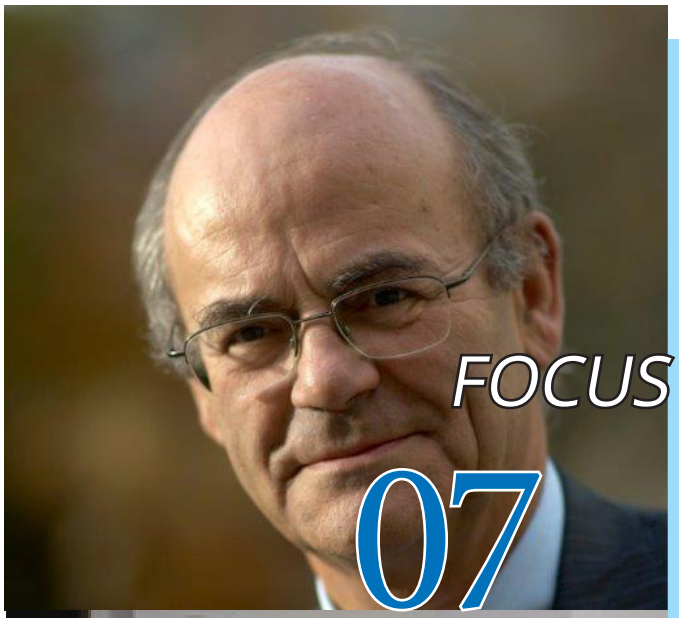
EN RÉGION

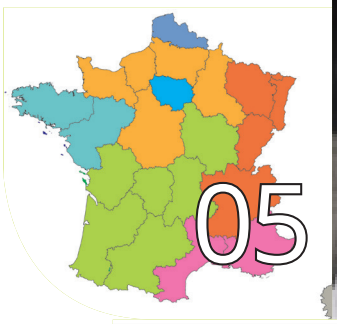
02 Panorama statistique picard
03 Base territoriale des indicateurs
04 Agir et penser local : journée du pôle
05 Diagnostic régional de santé
06 Non-recours : une journée en région

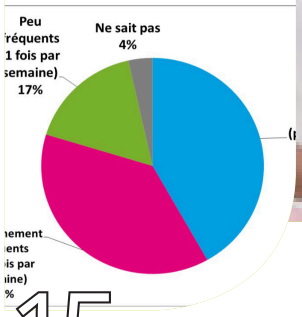
FOCUS

MAINTIEN À DOMICILE

07 Édito, Antoine Dubout, Fehap
08 Le rôle de l'ARS dans le maintien à domicile
09 Le nombre de personnes dépendantes va s'accroître
10 Carsat : bien-vieillir chez soi
11 Somme : entretien avec Marc Dewalle
12 Fil à soi : Oise ouest
13 Aliis, Montdidier-Roye
14 MSA : l'aide aux aidants, pourquoi ?
15 Les services de maintien à domicile
16 Tribune libre, entretien avec Jospeh Casile







ACTUALITÉS

17 États généraux du travail social

18 EUROPE

Réfugiés

À LIRE

19 La déclaration universelle des droits de l'humatié
Les bases médico-administratives pour mesurer les inégalités sociales de santé
Synthèse des initiatives régionales contre le suicide 2011 - 2014

20 AGENDA

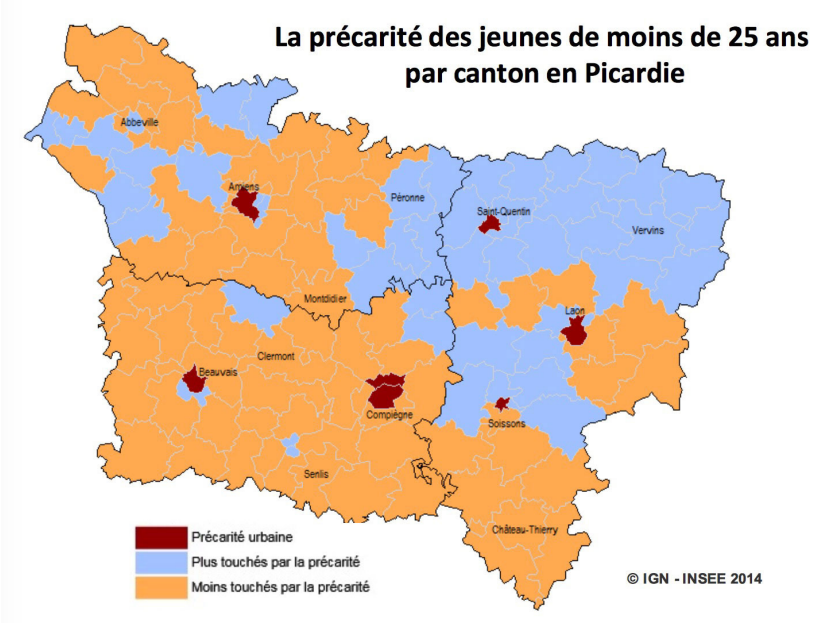
PANORAMA STATISTIQUE PICARD 2014

La direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale publie son recueil statistique annuel.

Comme chaque année, la DRJSCS de Picardie publie un recueil de statistiques sur l'ensemble de ces champs de compétence et sur diverses thématiques : démographie, cohésion sociale, jeunesse, sport, santé, politique de la ville, emploi et formation.

Repenser les pratiques professionnelles

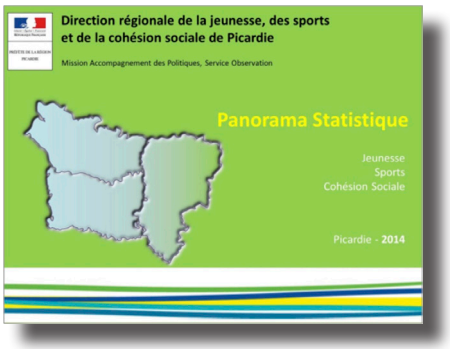
Le document présente notamment des indicateurs issus de sources de données diverses et variées : Insee, DGFIP, Drees, DRJSCS, OR2S, Cnaf, Inserm... En plus des tableaux d'indicateurs, le panorama est enrichi de cartes permettant d'appréhender les dynamiques territoriales dans certaines thématiques.
L'objectif de cette publication est d'avoir une base de données afin de mieux connaitre la région et les départements et de les comparer aux données nationales. Outre le caractère informatif, le panorama statistique est également un premier élément d'observation et d'aide à la décision.



Le panorama statistique 2014 de Picardie est disponible depuis le 10 septembre sur le site de la DRJSCS de Picardie. ☐

Cédric Van Gertruy
DRJSCS

Accéder au recueil



Liste des thèmes présentés

Cartographie administrative
Données générales
Densité de population
Les dynamiques territoriales
Indicateurs démographiques
Pyramides des âges
Structure d'âge de la population
Santé
Politiques de la ville
Immigration - Intégration
Pauvreté - Précarité - Exclusion
Handicap - Dépendance
Logement - Hébergement
Jeunesse
Protection de l'enfance - Aide sociale à l'enfance
Service civique
Accueil collectifs de mineurs sans/avec hébergement
Accueil des enfants d'âge préscolaire
Sport
Diplômes délivrés
Activigés, emploi associatif et sport

BASE TERRITORIALE DES INDICATEURS

La base territoriale des indicateurs est ouverte depuis le début de l'année 2015. Onze sessions de formation ont permis à près de soixante-dix utilisateurs d'être formés à son utilisation.

Depuis le début de l'année 2015, un espace dédié sécurisé, accessible à partir du site Internet de la *Plateforme sanitaire et sociale*, permet à des personnes identifiées travaillant au sein des structures signataires de la charte de la PF2S d'obtenir de façon rapide des indicateurs sanitaires et sociaux fiabilisés à différents échelons géographiques, sous forme de tableaux et de cartes.
Une formation d'une demi-journée dispensée par l'OR2S permet aux partenaires d'utilier la base. Onze sessions de formation ont été organisées entre juin 2014 et mai 2015. Près de soixante-dix personnes y ont participé. Son objectif est de permettre une bonne utilisation de l'outil de calcul et de présenter les données qui y sont intégrées. La demi-journée se déroule en deux temps. Le premier, théorique, consiste à présenter la base, son utilisation et les indicateurs disponibles. Le second, pratique, est dédié à sa manipulation, avec quelques exercices permettant en outre de mesurer toutes les possibilités qu'offre l'outil. À la suite de la formation, après avoir signé un acte d'engagement et choisi le modalités d'utilisation, les participants se voient allouer un login et un mot de passe personnalisés.

« La base territoriale de la plateforme sanitaire et sociale est un outil très accessible, aux potentialités nombreuses. Après une seule demi-journée de formation, il permet d'obtenir des données très ciblées sur les items existants et sur des périmètres géographiques très variés : canton, département, région, France… J'ai ainsi pu utiliser les données proposées dans le cadre de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance, la fonction cartographie m'a permis d'illustrer facilement les requêtes menées. »

Virginie Haquin
Chargée de mission Enfance et Famille,
Conseil départemental de l'Aisne

« J'ai pu utiliser la base territoriale à plusieurs reprises au cours des derniers mois. Cela a notamment été le cas pour fournir des éléments de diagnostics sur le territoire de Picardie maritime. J'ai extrait des indicateurs que je ne trouve pas ailleurs, mais également des données parfois plus rapides et faciles d'accès via la base territoriale qu'en passant par les bases de données publiées par l'Insee. L'outil est très intuitif et je l'ai utilisé sans difficulté après avoir suivi la formation. »

Thomas Ducroquet
Chargé d'études
Conseil régional de Picardie

Les utilisateurs disposent ainsi d'indicateurs actualisés régulièrement à l'échelon géographique et le plus fin et le plus proche de leur territoire d'expertise : le canton, l'EPCI, le bassin d'éducation et de formation ou le bassin de vie. Les quelque deux cents indicateurs actuellement proposés sont répartis en trois grandes thématiques : données socio-démographiques, offre de soins et état de santé.

« La base territoriale de la Plateforme Sanitaire et Sociale de l'OR2S est un outil simple d'utilisation et entraîne un vrai gain de temps pour ses utilisateurs. Elle présente un vrai plus par la possibilité de situer instantanément les données sélectionnées sur une cartographie. Ce qui nous permet de visualiser et d'identifier des secteurs à une échelle plus locale, comme celle des cantons, et ainsi d'affiner les études que nous menons. »

Jennifer Pereira,
Chargée d'études ASS
MSA de Picardie

Cette base, naturellement évolutive, s'inscrit dans la pérennité et est en permanente adéquation avec les demandes. Les indicateurs sont régulièrement mis à jour en fonction de la disponibilité des données. Les formations permettent également de recueillir les impressions, souhaits et suggestions des participants.
Cette mise à disposition des données est rendue possible grâce aux concours financiers du conseil régional, de l'ARS et de la DRJSCS et grâce aux partenariats avec les institutions et les organismes qui produisent ou fournissent les données. ☐

Sophie Debuisser
OR2S

AGIR ET PENSER LOCAL : JOURNÉE DU PÔLE

La journée annuelle du pôle de compétence en éducation pour la santé s'est déroulée le 6 octobre autour des enjeux de la régionalisation et de la modernisation du système de santé.

Intitulée *Agir et penser local dans une perspective globale*, la journée du pôle de compétence a mis en exergue les enjeux liés à la transformation du paysage régional, tant institutionnel que de santé publique.

En introduction, Paule Deutsch, représentant François Bourdillon, directeur général de l'Inpes, a présenté les grandes lignes de l'Agence nationale de santé publique. Appelée Santé publique France, cette agence

Dans un second temps, deux tables rondes se sont succédé. La première a été l'occasion de faire le point sur les réformes en cours. Les agences régionales de Picardie et du Nord - Pas-de-Calais fusionneront au 1er janvier 2016. Chantal Ledoux

Du côté de l'Éducation nationale, la circulaire sur le parcours de l'élève est un texte qui

Enfin, la loi NOTRe a été présentée succintement. On retiendra que

La seconde des tables rondes de la matinée entendait faire le point sur trois actions phares : la convention ARS-Draaf-Rectorat-Conseil régional sur la nuteition, les pôles de compétence en éducation pour la santé Picardie et Nord - Pas-de-Calais et les contrats locaux de santé.

L'après-midi était consacré au travail en ateliers. Quatre

Créer une région et de nouvelles pratiques

. ◻

disponible le 7 octobre

DIAGNOSTIC RÉGIONAL DE SANTÉ

Au moment où un redécoupage des régions est en cours, le diagnostic régional, dans sa troisième (et vraisemblablement dernière édition sous cette forme), permet de positionner la Picardie en regard des vingt-et-une autres régions et de la France hexagonale.

Réalisé pour la première fois en 2006 à la demande de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales et actualisé en 2009, le diagnostic régional a vu la réalisation de sa troisième édition en 2015, grâce aux financements de l'ARS et du conseil régional. L'objectif de ce document est de disposer d'un outil de mesures de la situation régionale en regard des principales caractéristiques de santé et des déterminants sociaux. Il présente les indicateurs, les plus récents possibles, à l'échelon régional, en comparaison avec la France hexagonale et, quand cela est possible, en regard des minima et maxima des régions.

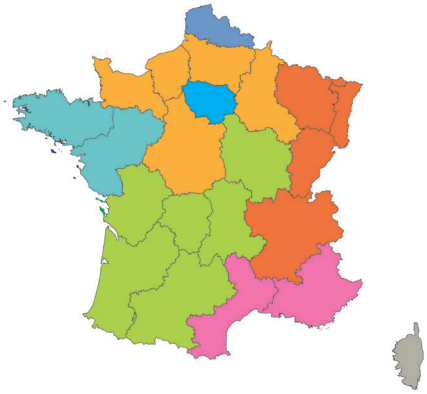
Les comparaisons géographiques sont parfois couplées à des comparaisons temporelles avec jusqu'à plus d'une trentaine d'années de recul pour les données de mortalité ou de population. Ces analyses permettent de mesurer combien le temps n'est pas à l'avantage de la Picardie, avec une situation qui évolue peu, voire se dégrade, en regard des autres régions et du pays.

Préfacé par le président du conseil régional et le directeur général de l'agence régionale de santé, le document est composé de cinq chapitres, aspects socio-démographiques, professionnels de santé et offre de soins, état de santé, déterminants de santé et comportements, prévention et dépistage.

La production de ce document, et notamment de comparaisons spatiales au niveau de l'ensemble du territoire français, sont rendues possibles grâce notamment aux bases de données disponibles en interne portant, dans le domaine sanitaire, sur la mortalité et les affections de longue durée et, dans le domaine socio-démographique, notamment sur les prestations sociales et les caractéristiques populationnelles. Les données sont obtenues tant par des conventionnements au niveau régional qu'à l'échelon national par l'intermédiaire de la Fédération nationale des ORS (Fnors) avec de nombreux producteurs. Ce document est également alimenté par les enquêtes et dispositifs sur lesquels l'OR2S travaille (l'enquête en milieu scolaire Jesais mené avec le rectorat de l'académie d'Amiens, divers Baromètres santé et la surveillance des maladies à caractère professionnel en liaison étroite avec la Direccte et l'InVS). L'InVS et la Drees fournissent également de nombreuses données de même que l'Insee et de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Ce document se veut un complément des différentes productions proposant des comparaisons infra-régionales, tel que le *Croisement d'informations régionalisées*, dont la diffusion de la 14e édition est prévue en fin d'année. ☐

Classification des régions françaises à partir des données socio-sanitaires



La cartographie présentée ci-contre permet de positionner la Picardie en regard des autres régions de la France hexagonale à partir. Elle est la résultante de la classification réalisée à partir d'une analyse en composantes principales intégrant les données de mortalité et des affections de longue durée (qui ont été synthétisées dans une première étape) pour ce qui concerne la dimension sanitaire de même que ce qui a trait aux principales densités de professionnels de santé. Enfin, les caractéristiques sociales ont été prises en compte à partir d'une quinzaine d'indicateurs couvrant différentes dimensions.

Alain Trugeon
OR2S

NON-RECOURS : UNE JOURNEE EN RÉGION

L'OR2S et ses partenaires de la *Plateforme sanitaire et sociale* organisent le 13 octobre une journée d'étude sur le non-recours, axée autour de trois thèmes majeurs : le logement, les soins et la prévention.

En abordant le non-recours, la journée de la *Plateforme* engage une réflexion sur la citoyenneté et la justice sociale. Pierre Mazet, en conférence introductive, reviendra sur les différentes définitions du non-recours.

La question du non-recours aux droits, comme aux services en général, est une préoccupation contemporaine, liée d'abord à l'évaluation des politiques publiques - savoir ce que l'on fait - et ensuite à l'émergence du souci de l'équité et de la justice. S'il est apparu en France à la fin des années quatre-vingt-dix, le concept de non recours a été créé en Angleterre dès les années cinquante et repris aux États-unis une décennie plus tard. Les réponses institutionnelles obéissent à des logiques tant sociales qu'économiques pour ajuster politiques publiques et dispositifs, les rendre visibles ou lisibles, tout autant qu'elles peuvent aussi les remettent en cause par leur manque d'intérêt pour les populations elles-mêmes. C'est la loi de 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions qui entérine le non-recours aux prestations sociales dans le droit français.

La journée proposée par la *Plateforme* se déroulera en trois parties. En conférence introductive, l'Odénore, observatoire national du non-recours, présentera la typologie que regroupe le non-recours, tant du point de vue des usagers que ce celui des institutions.

Quatre tables rondes se succéderont, une en matinée, les trois autres dans l'après-midi. La première abordera la situation générale du non-recours aux droits et services telle qu'elle peut être mise en évidence dans la région.

Au croisement de l'évaluation, de l'équité et de la justice sociale

En après-midi, la première table ronde travaillera plus spécifiquement sur le non-recours au logement, la seconde sera consacrée au non-recours aux soins et la dernière au non-recours à la prévention.

En fil rouge de la journée, on s'attachera, à partir du point de vue des institutions et des témoignages apportés par les acteurs et les usagers eux-mêmes, à définir comment améliorer le système d'information et les interventions pour faciliter le recours aux services. ☐

Philippe Lorenzo
OR2S Picardie

Trois types de non-recours

L'observatoire des non-recours aux droits et aux services (Odénore, Grenoble) a défini les différentes situations dans lequel ne s'exerce pas le recours aux droits et services.

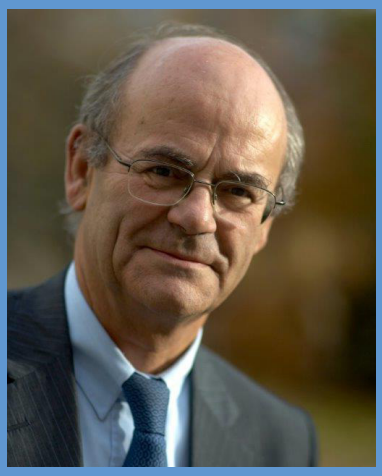
Non-recours par non connaissance : l'offre n'est pas connue.

Non-recours par non réception : l'offre est connue est demandée, mais n'est pas perçue.

Non-recours par non demande : l'offre est connue, mais n'est pas demandée

Non-recours par non proposition : l'offre n'est pas proposée par les intermédiaires sociaux.

Tout le monde peut être dans une situation de non recours, mais les populations en situation de précarité y sont plus fortement exposées, parce qu'elles sont éligibles à plus de droits et de dispositifs. L'isolement social et relationnel - déficit de capital social - est un élément majeur qui peut conduire au non-recours.



Antoine Dubout
Président de la Fehap

Les problématiques rencontrées par les services à domicile sont au cœur de l'action de la Fehap, à l'écoute d'une demande sociale forte, celle de vivre et vieillir chez soi le plus longtemps possible.

A ce titre, la fédération mobilise ses forces vives dans la promotion de la continuité du parcours de Santé tout en prenant en considération les situations propres des personnes accompagnées. Les écarts dans l'accès aux soins, aux services et aux professionnels se creusent de manière importante entre les territoires, faisant ainsi peser le risque d'une France de la Santé à plusieurs vitesses.

Il est urgent de répondre à la demande d'une plus grande équité territoriale. Cela ne concerne pas seulement les zones sous médicalisées, mais bien toutes les zones sous-dotées en services à domicile. Ces zones doivent impérativement être revitalisées par un travail précis d'analyse des terrains et d'identification de leurs carences.

L'action de la Fehap fait par ailleurs écho au projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui doit relever le défi de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie en créant les conditions nécessaires pour que la société s'adapte, au fur et à mesure de l'avancée en âge de la population. Ce projet de loi a une visée très large en passant de l'évolution de la gouvernance nationale et départementale, à l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie en intégrant le domicile dans la stratégie de prévention. Ce texte qui offre des avancées notables concernant le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, avec notamment la bascule automatique de tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile agréés ayant une activité auprès des bénéficiaires de l'Apa et de la PCH vers le régime de l'autorisation, la coordination des interventions en aide et en soins par la promotion du Spasad avec la mise en place d'expérimentations, la reconnaissance du statut de l'aidant avec le droit au répit...

Un an après avoir entamé son parcours parlementaire, le projet de loi qui sera débattu en deuxième lecture au Sénat le 28 octobre prochain, devrait entrer en vigueur le 1er janvier 2016. S'il traduit plusieurs orientations soutenues par la Fehap, comme l'accueil de personnes en situation de handicap avançant en âge au sein des foyers-logements, le projet de loi comporte un inconvénient majeur, celui de ne pas améliorer, dans un contexte budgétaire contraint, l'accessibilité financière des résidents aux Ehpad encore trop souvent considérés comme une alternative malheureuse au maintien à domicile, par une réduction du reste à charge qui pèsent sur les personnes âgées et leurs familles. Une nouvelle concertation doit être engagée mettant à plat les modalités actuelles de financement des établissements avec les principaux financeurs les personnes âgées elles-mêmes, afin d'aboutir enfin à une vraie réforme.

LE RÔLE DE L'ARS DANS LE MAINTIEN À DOMICILE

L'ARS mène ses missions en veillant au principe de l'égal accès de tous aux droits fondamentaux. Elle soutient l'offre médico-sociale pour personnes en situation de handicap et personnes âgées, en lien étroit avec les conseils départementaux.

Afin de permettre aux usagers et à leurs familles de pouvoir exercer un libre choix de vie, le maintien à domicile est une priorité du projet régional de santé.

De manière générale, le développement qualitatif et quantitatif de l'offre de services est favorisé, ainsi que l'adaptation de l'offre en établissement. Ainsi, des modalités d'accompagnement d'enfants en situation de handicap en institut médico-associatif (IME) ont été adaptées pour passer de l'internat à l'externat ou au semi-internat. De plus, après avoir autorisé cent-vingt places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) depuis 2012, l'ARS a programmé la création de trente-neuf nouvelles places. L'actualité 2015 verra ainsi la création de quinze places pour enfants atteints de handicap visuel.

Le déploiement de quatre-vingt-seize nouvelles places de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) est prévu. Ces services permettent l'accès ou le maintien en logement autonome et apportent un appui à l'insertion dans le monde de l'entreprise. L'ARS a également permis la création de dix groupes d'entraide mutuelle (Gem), points d'accueil et d'animation en milieu ordinaire pour personnes handicapées psychiques.

La place des services de soins infirmiers à domicile (SIAD), est essentielle dans le maintien au domicile de la personne handicapée et de la personne âgée. Depuis 2012, l'ARS a financé deux-cent-quatre-vingt-quatre places de SSIAD pour personnes âgées. Quatre-vingt-treize nouvelles places sont prévues. De plus, neuf équipes spécialisées Alzheimer sont déployées sur la région. Pour les personnes en situation de handicap, soixante-quatre nouvelles places ont été installées en 2014.

Articuler entre eux les services à domicile reste un enjeu

L'objectif de maintien à domicile s'accompagne également de la nécessaire amélioration de la prise en compte des besoins des aidants et des familles. L'ARS renforce donc les dispositifs de répit : accueils de jour, hébergements temporaires, plateformes de répit. L'ARS finance également des formations d'aide aux aidants de malades Alzheimer.

L'articulation des différents services intervenant à domicile est un enjeu important, notamment dans l'accompagnement de situations complexes. Le renforcement de la coordination des services est indispensable dans une optique de parcours de vie plus fluide. Une des actions pilotées par l'ARS dans cet objectif est la mise en place des méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ d'autonomie (MAIA). Cinq sont déjà en fonctionnement et deux en projet pour mailler l'ensemble de la région. La MAIA vise à améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

En conclusion, il faut noter que l'objectif de maintien à domicile dépasse la seule compétence médico-sociale au sein de l'ARS. En effet, des actions menées sur le secteur de la prévention ou du sanitaire viennent également apporter des éléments favorisant cet objectif. Par exemple, des programmes d'éducation thérapeutique du patient participent au maintien des compétences et de l'autonomie de la personne. ☐

XXX
ARS Picardie

LE NOMBRE DE PERSONNES DÉPENDANTES VA S'ACCROÎTRE

La Picardie pourrait compter près de 49000 personnes dépendantes en 2020. Cette hausse nécessitera une prise en charge collective des besoins d'aide et donc des créations d'emplois.

La population picarde vieillit : une personne sur cinq aura plus de 60 ans en 2020, représentant près de 490 000 habitants. Le nombre de personnes dépendantes, c'est-à-dire éprouvant des limitations dans les gestes de la vie quotidienne, progressera aussi : cela concernera à cette date environ 10 % de la population âgée, soit 48 700 Picards. Cependant, cette hausse sera deux fois moins rapide que celle de la population âgée. La raison en est que la population entre 75 à 84 ans, encore nombreuse, va stagner, en raison du déficit de cette génération issue en partie de la période 1939-1945. En revanche, elle augmentera après 2020 quand les générations importantes nées après guerre dépasseront à leur tour les 75 ans.

Or, c'est à partir de cet âge que le taux de dépendance croît : il est de 11 % entre 75 et 79 ans, 18 % entre 80 et 84 ans et 40 % au-delà de 85 ans et plus. C'est ce qui explique que 46 % des futures personnes dépendantes auront 85 ans et plus en 2020. Cette population sera féminine à 70 % alors que les femmes ne représentent que 57 % des plus de 60 ans. Mais la différence d'espérance de vie, plus rare au-delà de 80 ans pour les hommes, explique cette situation.

Lorsqu'intervient la dépendance, la question de rester à domicile ou d'entrer en institution se pose. Certains facteurs influencent ce choix. Le logement d'abord. En Picardie, celui des personnes âgées est plus ancien que celui des classes d'âge plus jeunes, mais il bénéficie, en moyenne, d'un meilleur confort, car plus souvent équipé de chauffage central et d'une baignoire ou douche. Les personnes âgées vivent souvent seules, dans de grands logements : plus de la moitié d'entre occupent une habitation d'au moins 4 pièces, et plus du quart au moins 5 pièces.

1 650 emplois à créer d'ici 2020

De même, sur le plan des revenus, en Picardie comme en France, le niveau de vie moyen croît avec l'âge du référent fiscal. Si à tous les âges, les taux de pauvreté sont supérieurs en Picardie à la moyenne nationale, ce n'est pas le cas pour les personnes âgées : il est, en 2012, de 9,7 % pour les 60-74 ans (10,2 % au plan national) et de 9,9 % pour les 75 ans et plus (10,1 %). Toutefois, pour cette catégorie d'âge, la situation diffère selon les départements : le taux de pauvreté est de 10,2 % dans la Somme et 11,1 % dans l'Aisne mais seulement de 8,5 % dans l'Oise.

Enfin, l'accès aux services et commerces de proximité est difficile si l'on ne peut se déplacer sans difficulté ou si l'on ne dispose pas d'un moyen de locomotion. Ainsi, étant donné la taille des communes picardes, celles-ci ne disposent, en moyenne, que de 5 équipements de proximité sur 24 possibles contre presque 8 en France métropolitaine. De plus, l'offre médicale est nettement sous représentée dans la région.

D'après les projections de population, si les tendances actuelles se maintiennent, le nombre de personnes dépendantes devrait croître d'environ 5 500 entre 2013 et 2020, dont plus de 80 % devraient demeurer à leur domicile, l'hypothèse étant que le recul de l'âge d'entrée en dépendance entraînerait une stabilisation des personnes âgées dépendantes en institution.

De plus, malgré leurs difficultés, les personnes concernées souhaitent privilégier malgré tout le maintien à domicile. Cela nécessite le concours des familles. Mais les liens intergénérationnels ont tendance à se distendre et, quelle que soit son implication, l'entourage familial ne peut pas assumer tous les besoins d'aide.

C'est pourquoi, pour faire face à cette dépendance à domicile, il faudrait, selon le modèle de projection adopté, créer en Picardie 1 650 emplois supplémentaires d'ici 2020, correspondant à une aide à la vie quotidienne : environ 1 500 emplois d'aides ménagères, d'aides à domicile ou d'auxiliaires de vie, le reste étant composé de personnel soignant. ☐

Patrick Le Scouëzec
Insee Picardie

CARSAT : BIEN VIEILLIR CHEZ SOI

Prévenir les risques d'accidents des personnes âgées au domicile : la Carsat se mobilise.

Le maintien à domicile des personnes retraités est un enjeu national pour la Cnav tout comme préserver le plus longtemps possible leur autonomie. Dans ce cadre les orientations prises visent à développer une offre :

- d'information et de conseil en prévention pour l'ensemble des personnes retraitées ;
- de développement d'ateliers collectifs de prévention et de maintien du lien social ;
- d'accompagnement au maintien à domicile des personnes les plus fragiles.

Depuis plusieurs années, la Carsat Nord-Picardie s'est dotée d'instruments d'accompagnement des personnes âgées retraitées autonomes (Gir 5 et 6) et propose aux personnes les plus fragiles une évaluation globale à domicile et le financement d'aides favorisant les gestes de la vie quotidienne et le maintien d'une vie sociale.

L'évaluation, un temps fort

Lors de l'évaluation les chargés d'évaluation et de prévention identifient les risques de fragilité des personnes par l'utilisation de la grille FRAGIRE. Les personnes ont alors la possibilité d'effectuer des tests : mémoire, déplacement... Les résultats des tests permettent ainsi, dans le cadre de l'élaboration d'un plan d'aide d'apporter des réponses aux besoins repérés.

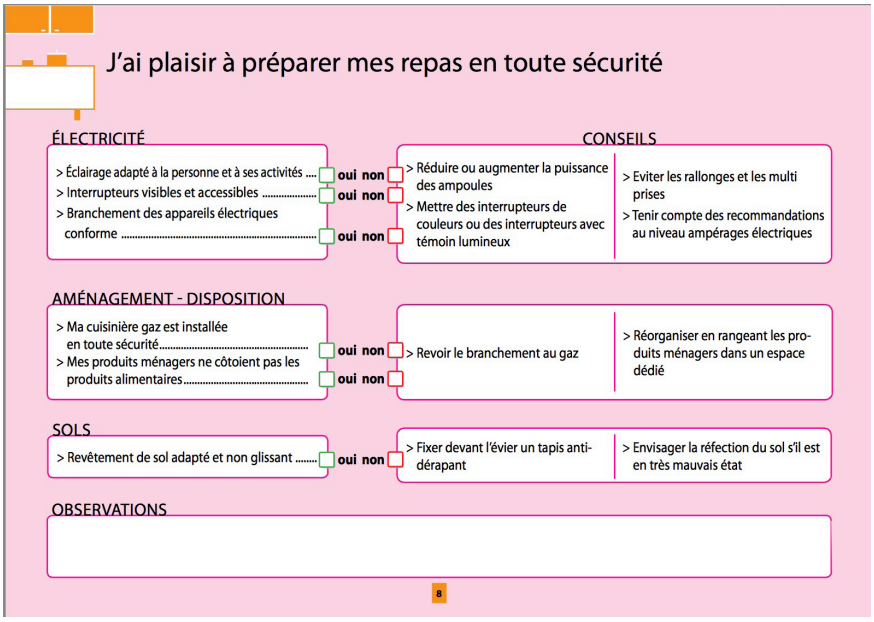
Si une problématique liée au logement est constatée, le chargé d'évaluation et de prévention propose une visite du domicile et complète le livret pour « bien vieillir chez moi, mon domicile en toute sécurité ».

Ce livret décline pièce par pièce les risques susceptibles de générer des accidents : prises électriques défectueuses, tapis en mauvais état, escalier encombré, produits dangereux non identifiés, étage difficilement accessible... Des solutions sont proposées pouvant aller du simple conseil, à la réalisation de travaux, en passant par la pose d'aides techniques.

Si la personne le souhaite la Carsat Nord-Picardie met en place un dispositif « habitat et cadre de vie » lui permettant d'être accompagnée pour la réalisation de travaux.

Si l'objectif premier de la Carsat Nord-Picardie est de prévenir les risques de perte d'autonomie des personnes retraitées, le livret vise également à diminuer les risques d'accident du travail des salariés du domicile. ☐

Une page du guide *Bien vieillir chez soi*



J'ai plaisir à préparer mes repas en toute sécurité

ÉLECTRICITÉ

> Éclairage adapté à la personne et à ses activités .... ☐ oui non ☐
> Interrupteurs visibles et accessibles ..... ☐ oui non ☐
> Branchement des appareils électriques conforme ..... ☐ oui non ☐

CONSEILS

> Réduire ou augmenter la puissance des ampoules
> Mettre des interrupteurs de couleurs ou des interrupteurs avec témoin lumineux
> Eviter les rallonges et les multi prises
> Tenir compte des recommandations au niveau ampérages électriques

AMÉNAGEMENT - DISPOSITION

> Ma cuisinière gaz est installée en toute sécurité..... ☐ oui non ☐
> Mes produits ménagers ne côtoient pas les produits alimentaires..... ☐ oui non ☐

> Revoir le branchement au gaz
> Réorganiser en rangeant les produits ménagers dans un espace dédié

SOLS

> Revêtement de sol adapté et non glissant ..... ☐ oui non ☐

> Fixer devant l'évier un tapis anti-dérapant
> Envisager la réfection du sol s'il est en très mauvais état

OBSERVATIONS

8

Bruno Goethals
Carsat Nord-Picardie

SOMME : ENTRETIEN AVEC MARC DEWALLE

Marc Dewaele, vice-président du conseil départemental de la Somme

Plateforme sanitaire et sociale **: Monsieur Marc Dewaele, vous êtes depuis quelques mois vice-président du conseil départemental en charge de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées et président de la commission des solidarités au conseil départemental de la Somme. Quelles sont les grandes orientations que vous souhaitez impulser durant votre mandature ?**

Marc Dewaele : Notre département a de nombreux défis à relever en matière de solidarité dans un environnement marqué par une contrainte budgétaire accrue, de plus en plus encadré par la réglementation, à un moment où, en outre, s'amplifie de façon inquiétante la défiance entre les habitants et les collectivités qui portent les politiques de proximité.
La feuille de route est donc redoutablement simple : à partir de l'analyse de l'existant, nous allons piloter en vrai chef de file les indispensables évolutions de nos politiques de solidarité.
En tant que vice-président à l'autonomie, ma priorité est double : assurer la pérennité du secteur à domicile et promouvoir la qualité et la diversité de l'offre d'hébergement et d'accompagnement en faveur des personnes âgées et handicapées. Je souhaite dans ce cadre impulser une nouvelle approche, volontariste et déterminée, fondée sur un accompagnement de proximité au plus près des besoins des habitants et articulée en

© Christelle Bazin, CD 80

transversalité avec les autres politiques départementales (habitat, transport…), mais aussi économiquement responsable afin de mobiliser l'argent public avec justesse.

Pfss **: Quels sont pour vous les grands enjeux du secteur de l'aide à domicile ?**

M. D. : Force est de constater que le secteur de l'aide à domicile est confronté depuis de nombreuses années à des difficultés structurelles qui fragilisent la viabilité économique de nombreux services et constituent par là même une menace sur la pérennité de l'offre et des emplois de proximité qui y sont associés.
Le premier défi est donc la réorganisation de l'offre, préalable indispensable au renforcement de la modernisation des services et des qualifications : il nous faudra agir à la fois sur la structuration du secteur, sur l'accompagnement proposé mais aussi sur la prévention et la promotion du bien-vieillir.

Pfss **: Comment la collectivité entend-elle asseoir son rôle de chef de file dans le champ de l'autonomie ?**

M. D. : Nous allons renforcer et promouvoir les partenariats institutionnels avec l'ARS mais aussi avec les différentes caisses de retraite. Le département est chef de file, c'est-à-dire aussi chef d'orchestre : il impulse, harmonise, coordonne… Il contrôle et rappelle les règles, et n'oublie pas qu'il est le financeur.
En matière de vie à domicile, il nous faut tirer les leçons du passé. J'ai donc souhaité engager le département de la Somme dans une démarche de fond, visant à l'élaboration d'une véritable stratégie départementale en matière de structuration de l'offre de services à domicile. Une première phase de "diagnostic partagé" débutera dès l'automne 2015 par le lancement d'une étude organisationnelle et financière de l'ensemble du secteur. Une deuxième phase, celle des orientations, des convictions et des décisions suivra. Une troisième étape, sera celle de l'action. ☐

Propos recueillis par

FIL À SOI : OISE OUEST

Suite à un appel à candidature du conseil général, la communauté nospitalière de l'Oise Ouest (CH2O) a créé le dispositif expirimental Fil A Soi en décembre 2013 pour une durée de trois ans.

Le dispositif Fil à Soi a ouvert aux usagers en septembre 2014, après conventionnement avec près de soixante partenaires. Fil A Soi repose sur une cellule socio-administrative constituée de deux personnes et avec dix correspondants sur le terrain, soit deux par bassins (*cf.* carte ci-contre). Deux axes le structurent.
Stratégique, avec des réunions de travail avec les responsables des partenaires pour définir des actions et créer de nouveaux projets en regard des besoins constatés sur le territoire.

Communauté Hospitalière de l'Oise Ouest : CH20

La communauté hospitalière de l'Oise Ouest est un groupement de coopération sanitaire entre plusieurs établissements de santé et médico-sociaux dont les cinq hôpitaux de secteur Beauvais, Crèvecœur, Grandvilliers, Clermont et Chaumont. Le but est la mutualisation des moyens et la création de filière, gériatrique. L'administrateur en est le directeur du centre hospitalier de Beauvais. .

Fil à soi : 03 44 11 25 39

Coordonner les aides et fluidifier le parcours

Opérationnel, car la mission principale de Fil A Soi est d'accompagner une personne isolée, dépendante, fragile pour lui permettre de "bien" vieillir chez elle en toute tranquillité et le plus longtemps possible. L'objectif est de retarder une entrée en institution par défaut et, si celle-ci est nécessaire, d'accompagner l'usager et ses proches. Fil A Soi accompagne aussi l'aidant, qui ne se sent ainsi plus seul, afin de prévenir son épuisement.
Un projet de vie est mis en exergue et le choix de la personne est respecté, ce qui a été récompensé par le prix du jury des droits des usagers 2014, 'ARS). Une rencontre au domicile est organisée.
Une des plus-values de Fil à soi est la mise à disposition d'un interlocuteur unique. Ainsi, l'usager dispose d'un contact unique, d'une personne référente qui la connait bien et qui va l'accompagner dans son parcours.Tout un chacun peut formuler un signalement, y compris la personne elle-même. Là réside la nouveauté : le signalement ne relève pas que d'un professionnel, tel qu'un médecin traitant ou un médecin hospitalier. D'autre part Fil à soi travaille en étroite collaboration avec les centres sociaux qui relèvent bon nombre de signalements.
Des réunions pluridisciplinaires dans le cadre des comités territoriaux d'appui sont organisées régulièrement autour des dossiers, pour optimiser le suivi des personnes. Fil A Soi coordonne les aides du domicile et fluidifie le parcours de la personne. La grande spécificité est le dossier/patient informatisé pour le domicile : le dossier médico-social unique (DMSU). Cette solution informatique permet un suivi optimum en temps quasi réel puisque chaque acteur a un accès sécurisé, par matrices d'habilitation, et peut enrichir son dossier à tout moment. ☐

ALIIS, MONTDIER ROYE

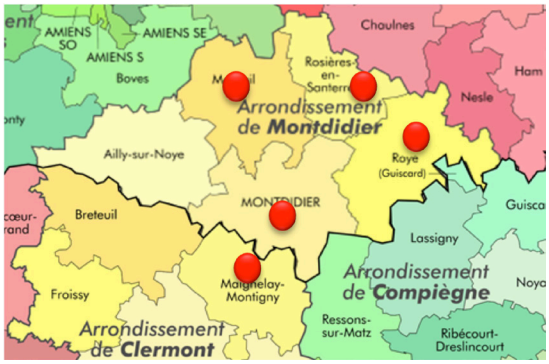
Allis : une dénomination qui regroupe l'aide aux aidants, notamment la plateforme d'accompagnement et de répit des aidants et l'accueil de jour itinérant, autorisées au centre hospitalier intercommunal Montdidier-Roye.

Aide, lien, information, itinérance et soutien, soit ALIIS, est un dispositif d'aide pour les aidants piloté par l'hôpital intercommunal de Montdidier-Roye en partenariat avec les collectivités locales, l'Assurance maladie et le réseau associatif. Une plateforme d'accompagnement et de répit et un accueil de jour itinérant viennent compléter l'offre actuellement présente dans le territoire. Le dispositif ALIIS propose des solutions d'accompagnement aux personnes en perte d'autonomie et/ou atteintes de troubles de la mémoire et cognitifs (maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées) vivant à domicile et à leurs aidants. La plateforme propose :

• un lieu ressource d'information et de soutien des familles ;
• des activités favorisant la poursuite de la vie sociale (ateliers, activités, sorties, etc,... pour l'aidant et/ou l'aidé) ;
• offrir du temps libéré (une aide se substitue à celle apportée par l'aidant / séparation de l'aidant et de l'aidé) ou accompagné (sans séparation / intégrant les dimensions de « bon temps passé ensemble ») ;
• l'accès à un diagnostic des améliorations du domicile ;
• la mise en place d'un groupe de parole ou de café-rencontre pour les aidants familiaux animé par un binôme psychologue-assistante sociale (ex : café des aidants) ;
• la mise en place de séances d'information thématique avec les partenaires du CHIRM (forums, conférences...)

La coordination fovorise l'articulation entre les services

Si l'intervention d'ALIIS à domicile se limite aux actions nécessaires dans le cadre de la mise en place des prestations de répit, l'inscription de la plateforme dans une démarche partenariale lui confère néanmoins la capacité d'orienter vers le bon dispositif et vers les services adaptés aux besoins. Elle fonctionne en plaçant la personne et sa famille en situation de demande d'aide, au cœur du dispositif.



La coordination favorisant la bonne articulation entre les différents services est primordiale pour mener à bien le plan d'aide à mettre en œuvre.

De son côté, l'accueil de jour a pour objectif de permettre aux personnes prises en charge de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel. Il s'agit de préserver la socialisation des personnes accueillies, avec l'objectif de maintenir, de stimuler, voire de restaurer partiellement leur autonomie et de permettre une qualité de vie à domicile. Il s'agit d'accueillir des personnes vivant à domicile pour une ou plusieurs journées, voire demi-journées par semaine.

Chaque personne bénéficie d'un projet individualisé d'accompagnement formalisé par écrit en lien avec l'aidant. Par son caractère itinérant, l'accueil de jour concernera principalement les cantons suivants de Maignelay-Montigny, Moreuil, Montddidier, Rosières-en-Santerre et Roye. Il ne sera cependant pas obligatoire de résider dans ces territoires pour bénéficier de l'accueil de jour. ☐

XXXX

MSA, L'AIDE AUX AIDANTS : POURQUOI ?

Le service d'action sanitaire et sociale de la MSA de Picardie et ses partenaires locaux mettent en place des actions pour accompagner les aidants familiaux dans leur rôle.

En France, de plus en plus de personnes aident quotidiennement un proche malade, âgé et/ou en situation de handicap. Au fil des années ce soutien peut devenir épuisant pour l'aidant et avoir des effets négatifs sur sa santé.
L'aidant joue un rôle essentiel dans l'accompagnement de la personne aidée. Sa tâche est conséquente et nécessite une présence régulière pour soutenir le proche dans de nombreux actes de la vie quotidienne. L'aidant doit gérer sa situation personnelle et professionnelle, tout en trouvant du temps à accorder à la personne aidée. Ce rythme de vie peut fragiliser sa santé et entraîner chez lui des difficultés d'ordre physique et psychologique. Il peut se retrouver en situation d'épuisement et d'isolement.
Pour que l'aidant puisse tenir son rôle sur la durée, il est essentiel qu'il soit soutenu dans sa démarche. Il doit également pouvoir trouver du temps pour lui, être guidé, informé et conseillé dans ce rôle délicat « d'aidant- accompagnant » pour lequel il n'est pas formé.
Consciente que la gestion quotidienne d'une personne fragilisée est une tâche « lourde » pour l'aidant, la MSA de Picardie et ses partenaires ont mis en place une série d'actions pour l'accompagner dans sa démarche et lui faire prendre conscience de ses capacités.
Les échanges entre les aidants permettent à chacun de partager son expérience, et d'acquérir de nouvelles façons de faire. Grâce au groupe et à l'intervention d'une psychologue, ils trouvent un soutien moral, une écoute, des conseils, pour accompagner au mieux l'aidé sans pour autant altérer sa santé et sa situation personnelle.
Seuls impératifs de ces rencontres : la confidentialité des échanges et le respect de la parole de chacun. ☐

Lugdivine Gobin
MSA Picardie

Action	Lieu
TEMPS D ECHANGES - Gratuit	
Un temps pour soi	Accueil des aidés dans l'établissement. Résidence du château à Songeons ou l'hôpital de Crévecoeur le Grand
La pause des aidants	Maison d'accueil et des services d'Acheux
Café des aidants	Montdidier au centre des 3 Doms, Café l'Arlequin ALBERT
Kiosque des aidants	Résidence Orpea à Tergnier Sur invitation
Bistrot Mémoire	Résidence Orpea à Tergnier Sur invitation
GUIDE	
Guide « aide aux aidants »	Diffusion depuis septembre 2014
Livret d'information pour les aidants	En cours – Secteur Montdidier
ACTION COLLECTIVE	
FORUM : « Quoi de neuf pour les aidants »	Roye - 6/10/15
Débat Théâtral sur l'aide aux Aidants	Rosières en Santerre - 19/06/15
PLATEFORME REPIT	
Plateforme de répit ALIIS	Secteur Montdidier
SEJOUR AIDANT/AIDE	
Offrir un temps de répit aux aidants familiaux lors d'un séjour qui rompt avec la réalité du quotidien et permet de redécouvrir les capacités de son proche lors d'ateliers Permettre à l'aidé de se confronter au monde extérieur et maintenir ses capacités physiques,Partager ses expériences.	5-9 octobre 2015 Au Village Vacances « Les Tourelles » Asnelles sur Mer

LES SERVICES DE MAINTIEN À DOMICILE

Une étude sur les services à domicile en Picardie menée par Apradis (décembre 2014) montre que la moitié des personnes âgées à domicile a besoin d'un accompagnement ou d'une aide pour les activités de la vie quotidienne.

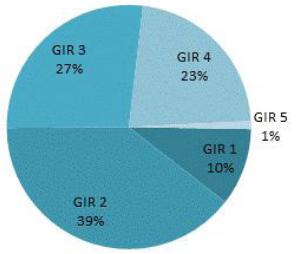
Le recours aux structures d'accompagnement à domicile est de plus en plus prégnant, notamment par les personnes âgées qui souhaitent rester le plus longtemps possible dans leur logement. Ainsi, parmi les Picards de plus de 80 ans, la moitié réside seul à son domicile et plus du tiers habite avec son conjoint. C'est pourquoi l'Apradis Picardie (ex-Creai) a interrogé fin 2014 les 113 services à domicile de la région, à savoir, onze services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (Samsah, trente-deux services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et soixante-dix services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou équivalents. Deux cinquièmes ont répondu, ce qui a permis de recueillir les caractéristiques de plus de 2 000 personnes âgées et plus de 1 200 personnes en situation de handicap.

Les personnes âgées bénéficient d'un accompagnement par un SSIAD. Il s'agit en majorité de femmes (64,9 %), bien que celles-ci soient moins nombreuses qu'au sein des établissements pour personnes âgées où elles représentent les trois-quarts des résidents. Sept personnes accompagnées sur dix ont plus de 80 ans, les plus de 90 ans représentant 23 % de la population.

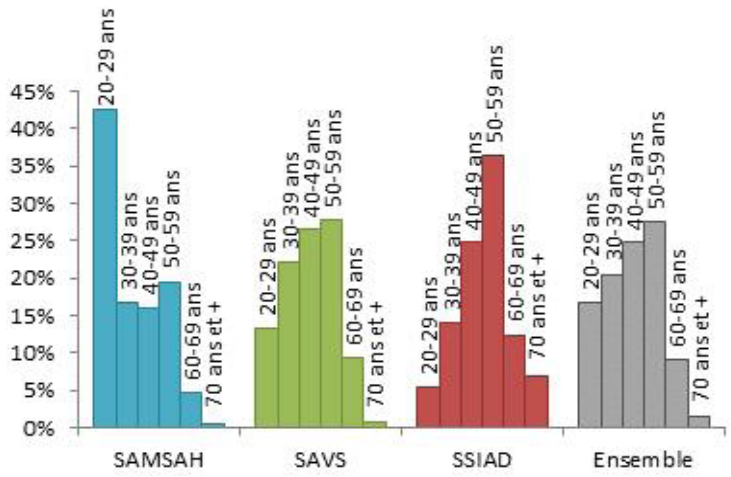
La dépendance des personnes âgées accompagnées à domicile est relativement importante, la moitié d'entre elles ayant un classement Gir (groupes iso-ressources) de niveau 1 ou 2. Un accompagnement non négligeable doit donc leur être proposé, ces personnes étant soit confinées au lit ou au fauteuil, soit avec des capacités mentales altérées. L'autre moitié de la population est constituée de personnes qui ont la capacité de se déplacer dans la journée, mais qui ont besoin d'aide pour un certain nombre d'activités de la vie courante : se lever, se coucher, se nourrir, se laver, s'habiller, aller aux toilettes, préparer les repas, entretenir son logement, etc.

Les personnes en situation de handicap ont recours à des structures plus variées que les personnes âgées, bien que les trois-quarts d'entre elles soient accompagnées par un SAVS (14 % par un Samsah et 12 % par un SSIAD). Autant d'hommes que de femmes sont pris en charge à domicile. En revanche, l'âge des personnes en situation de handicap est très varié, celui-ci augmentant régulièrement jusqu'à 60 ans. Ainsi, plus de la moitié des personnes accompagnées a entre 40 et 60 ans. Les Samsah accompagnent les populations les plus jeunes (43 % ont moins de 30 ans), tandis que les SSIAD accompagnent une population de personnes en situation de handicap déjà âgée (56 % ont plus de 50 ans) et ayant donc très probablement des problématiques de santé liées au vieillissement. ☐

Groupes Iso-Ressources (GIR) des personnes âgées accompagnées à domicile en Picardie (CREAI, enquête 2014)



Groupes d'âge des personnes en situation de handicap accompagnées à domicile en Picardie, selon le type de structure (CREAI, enquête 2014)



Juliette Halifax
Apradis

TRIBUNE LIBRE

Entretien avec M. Jodpeh Casile, président de l'ADSMHAD de la Somme.

Aline Osman-Rogelet : ***M. Casile, pouvez-vous dire d'où vient votre engagement pour le maintien à domicile des personnes vieillissantes ?***

Joseph Casile : En tant que médecin, c'est plutôt la rencontre des personnes dans leur logement et leur état de santé qui m'ont amené à imaginer le concept du « logement dédié ». En effet, l'état de santé d'une personne âgée résultant des effets du vieillissement, de maladies passées ou actuelles, chroniques ou aigües, nécessite une adaptation de l'habitat. Les personnes que j'ai rencontrées dans le cadre de mon travail de médecin à domicile souhaitent majoritairement (9/10) rester chez elles plutôt que d'aller dans un établissement.

A. O.-R. : D'après vous, quelles sont les conditions essentielles pour le maintien à domicile ?

J. C. : La loi actuellement en préparation, dite des 3 A pour anticiper, adapter, accompagner, concerne l'adaptation de la société au vieillissement. Mais il faut se méfier des effets d'annonce. En Picardie, nous nous sommes inscrits dans cette réflexion bien avant l'écriture du texte. Luc Broussy a bien résumé notre position dans son rapport préalable où il a inscrit le maintien à domicile comme La priorité. L'anticipation s'appuie sur la volonté des seniors de modifier leur domicile, pour y poursuivre leur existence en le transformant de manière à le rendre accessible et adaptable en cas de nécessité, en prévision des handicaps prévisibles liés à l'avancée en âge.

L'adaptation de la société au vieillissement implique de mobiliser les citoyens et leurs élus autour de la recherche d'alternatives à l'entrée en établissement.
L'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie nécessite une coordination des services existants pour rendre crédible le choix du maintien à domicile. Il implique de faire appel pour cela au numérique et à la domotique.

A. O.-R. : Pouvez vous préciser ce que vous entendez par « logement dédié » : accessibilité de la ville, adaptation du logement, maintien du lien social ?

J. C. : Un logement dédié se doit d'être accessible par l'entrée et la sortie. On fait ainsi appel à des structures compétentes pour la construction, l'aménagement, par exemple, au-delà de la norme *habitat senior service* de la société Delphis ou de la norme PMR. la notion de qualité d'usage ou la norme *Handibat*. Ce logement doit être adaptable à la perte d'autonomie des personnes. La domotique vient alors en soutien et le numérique permet la coordination des services existants : SSIAD et les autres services relevant du sanitaire, du social ou du culturel.

A. O.-R. : D'après vous quels sont les moyens opérationnels pour coordonner ces différentes actions de soins et de soutien ?

J. C. : Je m'appuie sur le groupement de coopération sanitaire e-Santé Picardie, qui a pour objet de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du patient en conformité à la politique régionale de santé définie par l'ARS de Picardie. Egalement par le biais d'un *living lab*.

A. O.-R. : Justement, à quoi correspond un *living lab* ?

J. C. : Le l*iving lab* actuellement mis en place par le GCS e-santé regroupe des acteurs publics, privés, des entreprises, des associations, des acteurs individuels, dans un souci d'amélioration continue, afin de favoriser l'innovation ouverte comme le logement dédié, de partager les réseaux et d'impliquer les utilisateurs dès le début de la conception, notamment pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes handicapées vieillissantes.

A. O.-R. : ***Depuis 2013, date de promotion du logement dédié-témoin à Longueau, pensez-vous avoir convaincu de nombreux partenaires à vous rejoindre dans votre engagement ?***

J. C. : Étant donné l'évolution de la population vieillissante en Picardie, une participation plus active et une accélération des actes concrets est indispensable.

Propos recueillis par
Aline Osman-Rogelet
OR2S

ÉTATS GÉNÉRAUX DU TRAVAIL SOCIAL

La députée Brigitte Bourguignon a remis début septembre au Premier ministre son rapport *Reconnaître et valoriser le travail social*. Fort de 23 propositions, il clôt les États généraux du travail social ouverts en 2014.

Les États généraux du travail social ont donné lieu à de nombreux échanges en région comme au niveau national au cours de l'année 2014. Cinq groupes de travail nationaux furent alors chargés de synthétiser les travaux des assises régionales et de formuler des propositions sur cinq thèmes : coordination des acteurs, formation initiale et formation continue, métiers et complémentarités, place des usagers, développement social et travail social collectif.

Plus de cinq mille personnes auront participé aux rencontres territoriales et seize mille répondu au questionnaire en ligne. Nommée par le Premier ministre, la députée du Pas-de-Calais Brigitte Bourguignon a été chargée d'élaborer un plan d'action.

Le cœur des propositions est de faire converger la définition du travail social vers celle de l'*International Association of Schools of Social Work* (IASSW) prise le 10 Juillet 2014 à Melbourne. Le travail social y est défini comme « une pratique professionnelle et une discipline. Il promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respect des diversités, sont au cœur du travail social. (...) »

La mission Bourguignon s'est ainsi employée à faire émerger un consensus en opérant un glissement du principe « un diplôme par niveau » vers le principe d'un « socle commun identitaire », contenu dans la définition de IASSW. Ce socle serait ainsi le soubassement des diplômes d'État de travail social et pourrait inspirer en tout ou partie les diplômes qui en reconnaissent ses valeurs.

La mission propose la reconnaissance du grade de licence aux formations de niveaux III (Accords de Bologne) ainsi que la mise en œuvre d'un développement professionnel continu (DPC) social et médico-social. Une délégation interministérielle du travail social et de l'intervention sociale serait chargée dès sa création de coordonner les actions et évaluer les incidences des politiques conduites par l'État. ◻

Les cinq rapports thématiques

Les cinq rapports thématiques ont été remis par les rapporteurs en mars 2014.

Formation initiale et continue, Florence Perrin

Métiers et complémentarité, Jean-Baptiste Plarier

Place des usagers Marcel Jaeger

Développement social et travail social collectif, Michel Dagbert

États généraux du travail social - Coordination des acteurs Philippe Metezeau

Le rapport Reconnaître et valoriser le travail social, Brigitte Bourguignon

Cliquez sur les intitulés pour accéder à la synthèse des rapports

ÉTATS GÉNÉRAUX DU TRAVAIL SOCIAL

RÉFUGIÉS : LE COMITÉ DES RÉGIONS S'ENGAGE

Le 14 septembre, la commission Civex a adopté un projet d'avis sur la politique migratoire de l'Union européenne en demandanr que les collectivités locales soient mieux prises en compte.

© Comité des régions

François Decoster, président de la Civex, maire de Saint-Omer et conseiller régional du Nord - Pas-de-Calais

UNION EUROPÉENNE

Comité des Régions

La commission de la citoyenneté, de la gouvernance, des affaires institutionnelles et extérieures (Civex) du Comité européen des Régions (CdR) a adopté le 14 septembre 2015 un projet d'avis concernant la politique migratoire de l'Union européenne. Présentée par son président, le français François Decoster, ce projet d'avis somme l'Europe de mettre en place une politique migratoire qui traite en premier chef de l'ensemble des problèmes rencontrés par les collectivités locales et régionales afin de pouvoir trouver des réponses efficaces à la crise humanitaire.

Créer un "couloir humanitaire"

Les élus locaux et régionaux qui siègent à la commission de la CIVEX déplorent que l'Union européenne tienne peu compte du rôle des collectivités territoriales dans la conception et la mise en œuvre de politiques migratoires à moyen et à long terme. Ils soulignent ainsi " que la solidarité est un principe fondamental à l'égard non seulement des migrants, mais aussi des collectivités locales qui sont directement responsables de leur accueil et de leur intégration."

Pour la Civex, l'urgence est désormais d'avoir de vraies lignes directrices européennes et un plan de gestion commun pour faire face à l'afflux des réfugiés arrivés en Europe depuis le début de l'année 2015. Dans le projet d'avis, la Civex demande que soient créées des voies légales et sûres vers l'Europe, en créant un « couloir humanitaire » par un recours élargi aux visas pour raisons humanitaires et par la création de centres d'accueil dans les pays de transit. Ils demandent également à la Commission de proposer des solutions pragmatiques afin d'accroître les capacités physiques des collectivités locales au moyen d'une gestion partagée des camps de réfugiés et d'un détachement des forces de police et du personnel administratif d'une région dans une autre pour gérer les vagues de réfugiés.

Les membres de la Civex soulignent également la nécessité de distinguer les demandeurs d'asile des migrants économiques et appellent à renforcer la lutte contre le trafic illégal des êtres humains. Le projet d'avis insiste aussi sur la nécessité d'assurer l'accès des collectivités locales et régionales aux fonds nationaux et européens, tels que le Fonds Asile et migration, le Fonds social européen et le Fonds pour les frontières extérieures. Il avance aussi l'idée de mettre en place un système global de partage des données au sujet des migrations et des collectivités locales, s'appuyant sur le système d'information sur les visas.

Le projet d'avis de Decoster sera soumis au vote de l'ensemble du Comité des régions lors de sa session plénière de décembre. À cette occasion, Dimitris Avramopoulos, Commissaire européen chargé de l'immigration, s'adressera aux représentants locaux et régionaux de l'Europe qui siègent au Comité. Le thème sera aussi débattu lors de la prochaine session plénière d'octobre, avec l'intervention de Federica Mogherini, Haute Représentante de l'Union pour les affaires étrangères.

DECLARATION UNIVERSELLE
DES DROITS DE L'HUMANITE

RAPPORT A L'ATTENTION DE MONSIEUR
LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

MME CORINNE LEPAGE
& EQUIPE DE REDACTION

RAPPORT FINAL

REMIS LE VENDREDI 25 SEPTEMBRE 2015

Déclaration universelle des droits de l'Humanité, rapport au Président de la République, Corinne Lepage, septembre 2015

François Hollande a confié à l'ancienne ministre de l'environnement Corinne Lepage, le soin de proposer une nouvelLe déclaration internationale qui pourrait être signée lors de la Cop21 en décembre prochain à Paris. Intutilée *Déclaration des droits de l'humanité*, cette déclaration voudrait marquer un tournant avec tous les textes antérieurs issus peu ou prou de la *Déclaration universelle des Droits de l'Homme*. Dans son rapport, Corinne Lepage met en exergue la construction d'un « paradigme d'humanité » en vertu duquel la communauté humaine mondiale se pense et vit désormais en conscience de partage d'une communauté de destins terrestres. Il s'agit de consacrer un humanisme juridique transfiguré et adapté aux enjeux environnementaux et sanitaires globaux et transtemporels parmi lesquels figure la complexe problématique du réchauffement climatique.

Le nouvel impératif serait de poursuivre la perpétuation durable et saine de la vie humaine sur Terre, soit la recherche par les nations d'assurer la survie de l'humanité et d'assurer le maintien des conditions indispensables de cette survie.

Considéré comme un nouveau pacte social, à la fois transpatial et transtemporel, la ***Déclaration universelle des droits de l'Humanité*** entraînerait aussi une révolution juridique par l'intégration de la notion de générations futures en droit.

Le Centre international de droit comparé a d'ores et déjà adopté à Limoges le 28 avril 2015 une déclaration des droits de l'humanité.

CAIRN.INFO
CHERCHER, RÉVÉLER, PARTAGER

LES BASES MÉDICO-ADMINISTRATIVES POUR MESURER LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Denis Ducros, Valérie Nicoules, Jean-Pierre Chauchard, Annette Bayle, Armand Sourice, Marlie Tempez, Jean-Paul Calère, Françoise Coffa, Pascale Grosclaude

S.P.S.P. » Santé Publique »

2015/3 Vol. 27 | pages 383 à 394

ISSN 0985-3864

Article disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-383.htm

Pour citer cet article :

Denis Ducros et al., « Les bases médico-administratives pour mesurer les inégalités sociales de santé », Santé Publique 2015/3 (Vol. 27), p. 383-394

Distribution électronique Cairn.info pour S.P.S.P. .
© S.P.S.P. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction, ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les bases médico-administratives pour mesurer les inégalités sociales de santé
Denis Ducros, Valérie Nicoules *et al.*, *Santé Publique* 2015/3 (Vol. 27), p. 383-394

Un article paru dans *Santé publique*, revient sur la mesure des inégalités sociales de santé. La dizaine d'auteurs signataires propose une méthode de mesure des inégalités à partir des bases de données des trois principaux régime de l'Assurance maladie grâce au calcul de l'indice *European Deprivation Index* et de l'indicateur Accessibilité potentielle localisée (APL), afin de prendre en compte la distribution spatiale de l'offre de soins.. Le travail a été expérimentée en Midi-Pyrénées.

Vingt-sept indicateurs de recours aux soins et à la prévention médicalisées, intègrant les grandes orientations de la Stratégie nationale de santé ont été construits comme marqueurs potentiels des inégalités sociales de santé. Les indicateurs ont été calculés sur 2 574 310 personnes, soit 87 %de la population régionale.

Les auteurs notent comme résultats que la part des bénéficiaires de l'ALD augmente légèrement avec le niveau de défavorisation. tandis que la part des bénéficiaires de la CMU-C augmente nettement. L'accessibilité spatiale potentielle au médecin généraliste, mesurée par « l'APL médecin généraliste », augmente de manière constante avec le niveau de défavorisation. Ils mettent aussi en exergue l'intérêt d'utiliser ces bases de données pour mesurer les inégalités sociales de santé et leurs évolutions en région et permettre d'apprécier l'impact des politiques publiques.

Synthèse des initiatives régionales contre le suicide 2011 - 2014
Annexe du bilan du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, juin 2015

Synthèse des initiatives régionales contre le suicide 2011 - 2014

Annexe du bilan du Programme national d'actions contre le suicide 2011 - 2014

juin 2015
Direction générale de la santé

Ce rapport est la synthèse d'une enquête menée dans les agences régionales de santé (20 répondants), sur les actions les plus saillantes en prévention du suicide Trois axes d'interventions sont les plus développés par les ARS : la formation, l'intervention en milieu scolaire, les actions innovantes.

Les principaux problèmes identifiés pour la formation (de formateurs et pluridisciplinaire) concernent le déficit de ressources humaines et de ressources financières. Les principales suggestions portent sur la mise en œuvre de nouvelles formations nationales, le renforcement des regroupements de formateurs et la mutualisation interrégionale pour l'organisation de ces formations. L'actualisation du référentiel de formation, l'adaptation du contenu de la formation en fonction du public ainsi que le développement de conférences, ou journées de sensibilisation sont aussi proposées.

Les interventions, voire postvention, en milieu scolaire existent dans toutes les régions. Elles sont réalisées, soit par les Ireps, soit par des associations spécialisées. Un volet de développement des compétences psychosociales des élèves est souvent intégré à ces actions.

Les actions innovantes permettent de tester de nouveaux modes d'interventions ou de prise en charge : équipes mobiles dans de nombreuses régions, création d'une « unité d'actions contre le suicide », mise en place de consultations avancées de psychiatrie en médecine de ville dans certains sites…

AGENDA

26 OCTOBRE, SAINT-QUENTIN

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

OR2S, PLATEFORME SANITAIRE ET SOCIALE DE PICARDIE

14-17 OCTOBRE 2015, MILAN

8e conférence européenne de la santé publique

EUPHA, SITI
Programme

4-6 NOVEMBRE 2015, TOURS

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

SFSP
Programme

12 NOVEMBRE 2014, PARIS

Avec les usagers inventer des pratiques plus démocratiques

ASH
Programme

19 NOVEMBRE 2014, AMIENS

Cinquième régionale d'éducation thérapeutique du patient

COPPEPI
Programme

24 NOVEMBRE 2014, AMIENS

La sexualité n'est pas mon handicap ! Intimité, vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap

APRADIS
Programme

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

Je m'inscris sur pf2s.fr

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

Directrice de publication : Dr Élisabeth Lewandowski (or2s)
Comité de rédaction : Bertrand Boixeda (conseil départemental de l'oise), Anne-Claire Boucher (conseil départemental de la Somme), Rémy Caveng (université de picardie), Émilie Fauchille (or2s), Lugdivine Godin (msa), Bruno Gœthals (carsat nord-picardie), Juliette Halifax (apradis) Laurent Haegemann (msa), Marie-Véronique Labasque (apradis), Patrick Le Scouëzec (insee), Philippe Lorenzo (or2s), Laurence Moutiez (conseil régional de Picardie), Anna Ouattara (carsat nord-picardie), Aline Osman-Rogelet (or2s), Claude Thiaudière (université de picardie), Alain Trugeon (or2s), Cédric Van Gertruy (drjscs)
Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo
n° ISSN : 1962-283X
© OR2S octobre 2015