

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°1
DÉCEMBRE 2007

Pour recevoir les
prochains numéros
sur votre boîte mail
pensez à vous inscrire
via plateforme@or2s.fr

LETTRE D'INFORMATION ÉLECTRONIQUE

SOMMAIRE

Édito	1
Actualité	
• Le CIR «Évolution»	2
Entretien	
• Bernard Vilain, CCAS d'Hirson	3
Initiative	
• Santé-précarité, action sociale	4
Focus	
• Droit au logement opposable (loi Dalo)	6
• Les actions relatives au logement du PRSE 2005-2009 : point d'étape	7
• Observatoire régional de la demande locative sociale	8
Données nationales	
• Irdes : état de santé et chômage	9
Europe	
• L'observatoire social européen	10
• Europe for patients (e4p)	10
Doc	
• L'observation des personnes sans-abris	11
Tribune libre	12
Agenda	12

La plateforme sanitaire et sociale de Picardie

Pour répondre aux besoins locaux d'observation induits notamment par les politiques sanitaires et sociales, l'État et le Conseil régional de Picardie ont soutenu la création en 2006 de l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S) par regroupement de l'observatoire régional de la santé (ORS) et de l'observatoire social de Picardie (OSP). Cette plateforme repose sur le partage d'informations et d'études entre les partenaires et rassemble les principaux acteurs locaux de l'action sociale (services de l'État, collectivités locales, organismes de protection sociale, secteur associatif).

La plateforme de l'OR2S s'est fixée trois objectifs :

- renforcer le partage des informations disponibles ;
- rapprocher les observations sociales et sanitaires ;
- diffuser les études et ces informations aux décideurs, aux acteurs.

L'inspection générale des affaires sociales vient de publier un rapport sur les personnes sans-abris. La conclusion de ce rapport préconise, au-delà de la stricte problématique des sans-abris, un renforcement de la coordination des moyens d'observation sociale et sanitaire. Cette recommandation concerne les organismes qui œuvrent dans le champ de la pauvreté, de l'exclusion et de la cohésion sociale. Les mêmes constats sont portés dans le domaine sanitaire ; une meilleure diffusion des travaux de la plateforme est donc opportune.

Pour transmettre ces informations, nous saluons le premier numéro de la présente lettre électronique diffusée par l'observatoire régional de la santé et du social. Cette lettre permettra de mieux comprendre les problématiques socio-sanitaires de la Picardie et d'apporter un éclairage utile aux décideurs locaux.

M. Henri-Michel Comet
Préfet de la Somme
Préfet de la région Picardie

M. Claude Gewerc
Président du conseil régional
de Picardie



Le CIR «Évolution» : début des années 2000

Après neuf numéros annuels du *Croisement d'informations régionalisées*, un numéro spécial du CIR permet de mesurer l'évolution des indicateurs dans le temps, en ciblant la moitié de la première décennie des années deux mille.

Initié au milieu des années quatre-vingt-dix, le *Croisement d'informations régionalisées* a connu neuf éditions successives, intégrant au fil du temps de nouveaux partenaires et de nouveaux indicateurs. Fort de l'ensemble de ces données décrivant la réalité sociale et sanitaire de la région, l'accent a été porté en 2007 sur une vision diachronique de cette réalité afin de mesurer, si ce n'est comprendre, l'évolution des principaux indicateurs entre, le plus souvent, 2000 et 2003, voire 2004.

La pérennité du recueil des données dans le temps mais aussi la validité des données ont présidé à la sélection des indicateurs présentés. Le CIR «Évolution» se compose ainsi de la même façon qu'un CIR annuel. On y retrouve les thématiques **population et logement, emploi, prestations sociales, enfance et familles, personnes âgées, soins et santé**. La base territoriale reste cantonale, avec des données d'évolution départementales et régionale. À chaque fois que cela est possible, une comparaison avec le niveau national est effectuée.

Cet ensemble d'informations permet d'avoir

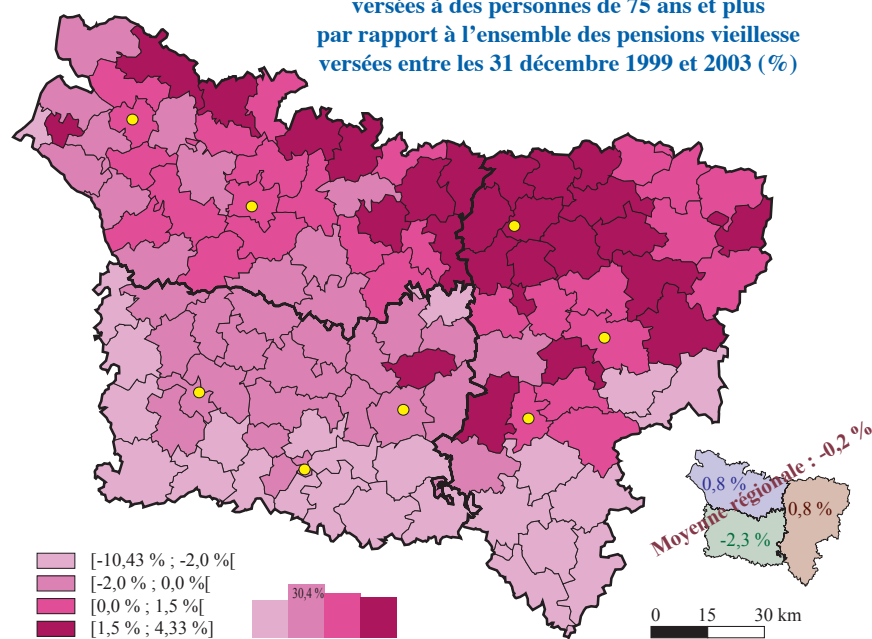
une lecture des évolutions des indicateurs dès le niveau cantonal et de pouvoir voir se dessiner sur les cartes des zones d'évolution homogène ou, au contraire, une fragmentation importante. Généralement, la coupure entre une Picardie du nord et une Picardie du sud se confirme. D'une manière générale, les indicateurs suivent en Picardie la tendance nationale mais les écarts ne se réduisent pas nécessairement. Pour quelques indicateurs, la croissance picarde est plus faible que la croissance nationale. Ainsi, les revenus nets moyens croissent en Picardie de 2,5 % entre 1998 et 2002, pour une croissance de 2,7 % en France, cependant que la part des foyers non imposables s'est accrue deux fois moins vite en Picardie qu'en France (+ 0,34 % versus + 0,77 %).

À l'opposé, le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé a crû presque deux fois plus vite en Picardie (+ 4,0 %) qu'en France (+ 2,5 %).

Désormais, à chaque nouvelle édition d'un CIR annuel comportera pour chacun des indicateurs présentés son évolution dans le temps.



Évolution du taux de versement des pensions vieillesse versées à des personnes de 75 ans et plus par rapport à l'ensemble des pensions vieillesse versées entre les 31 décembre 1999 et 2003 (%)



Géo FLA, ©IGN Paris 2006, reproduction interdite

Pour exemple, la carte ci-contre montre l'évolution du taux de versement des pensions vieillesse versées à des personnes de 75 ans et plus par rapport à l'ensemble des pensions vieillesse versées entre les 31 décembre 1999 et 2003.

Cette part est en régression dans toute la partie sud de la région qui borde la région parisienne, témoignant d'un vieillissement plus important dans le nord de la région que dans le sud. Un fort gradient nord-sud est donc mis en évidence.

Téléchargeable sur le site de l'OR2S : www.or2s.fr

Source : Cram, MSA

Bernard Vilain, CCAS d'Hirson

Bernard Vilain, vous êtes directeur du centre communal d'action sociale de Hirson. Pourriez-vous décrire la situation sanitaire et sociale de la ville ?

La situation sanitaire et sociale de la ville est contrastée. L'alignement d'indicateurs sanitaires et sociaux souvent défavorables ne doit pas occulter la dynamique des politiques mises en œuvre et les atouts « naturels » dont peut se prévaloir une ville en zone rurale, liés notamment à la richesse et à la qualité de son environnement.

Sur le plan sanitaire, peu d'indicateurs sont disponibles à l'échelle d'une ville comme Hirson (10 773 habitants). Le ressenti des professionnels de santé, avec lesquels nous travaillons régulièrement peut alors être un indicateur de l'évolution de l'état de santé des habitants. Parmi les préoccupations de ceux-ci figurent notamment la précarisation de la santé des jeunes, la fragilisation de la fonction parentale, l'isolement et la dépendance des personnes âgées. Face à cette situation, la sous-densité actuelle et la diminution prévisible du nombre de professionnels de santé constituent l'un des enjeux majeurs des politiques de santé publique à mener.

Sur le plan social, de nombreux indicateurs existent. La situation de Hirson est particulièrement difficile du fait de la faiblesse globale des niveaux de revenus salariés de la population, de la présence

de nombreux foyers titulaires de minima sociaux (RMI, API, AAH, ASS...). L'existence d'un taux de chômage important, lié à l'absence de formation, de qualification et de mobilité d'une large part des demandeurs d'emploi, accroît les difficultés économiques et sociales.

Néanmoins, à la différence d'entités urbaines plus importantes, le lien social a encore toute sa place à Hirson. La mixité sociale touche tous les quartiers de la ville. La richesse de la vie associative et le succès de la saison culturelle témoignent de la dynamique des habitants. L'implantation également répartie des logements sociaux et la création d'activités nouvelles (commerces, services publics...) dans les quartiers contribue à faciliter le maintien des liens sociaux. Ces atouts ne doivent pas être oubliés. Ils expliquent sans doute en partie le faible niveau des actes de délinquance et l'absence de phénomènes de grande marginalisation (SDF...) sur la ville.

Située au cœur d'une Thiérache en mutation, qui oriente son projet de pays vers les filières économiques du développement durable et vers le tourisme, Hirson joue logiquement le rôle d'une « capitale » de pays, accueillante, solidaire, ayant un rôle moteur pour le développement économique local.

Quelles politiques existe-t-il à l'heure actuelle dans la commune dans ces deux domaines ? S'agit-il d'une approche séparée ou coordonnée entre le sanitaire et le social ?

D'une façon générale, à l'échelon d'une politique municipale, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction

entre le sanitaire et le social. Les actions menées dans ces deux domaines doivent évidemment être coordonnées car elles sont complémentaires. Ce n'est pas toujours facile car les frontières demeurent encore dans certains esprits – y compris de professionnels !

Les difficultés d'insertion sociale ou professionnelle sont souvent liées à des problèmes de santé. Les interventions doivent donc nécessairement être concertées pour aider les personnes concernées et les accompagner dans leur projet de vie.

À L'ÉCHELON D'UNE POLITIQUE MUNICIPALE, IL N'Y PAS LIEU D'OPÉRER UNE DISTINCTION ENTRE LE SANITAIRE ET LE SOCIAL

De nombreuses actions menées par le CCAS démontrent cette imbrication des champs sanitaire et social. Je citerai trois exemples :

- la gestion d'une épicerie solidaire, ouverte depuis septembre 2006, qui allie un principe de solidarité active avec les plus démunis (participation à une activité d'intérêt général en contrepartie de l'aide alimentaire accordée) et un volet d'éducation pour la santé (atelier cuisine favorisant les bonnes pratiques en termes d'équilibre alimentaire) ;

- l'intégration d'un volet santé sur l'ensemble des ateliers et chantiers d'insertion mise en œuvre par le CCAS, par l'organisation de bilans de santé et de séances d'information collectives auprès des participants ;

- l'action du *Point Infos Santé* qui, depuis une dizaine d'années, favorise l'accès aux soins et développe l'éducation pour la santé auprès des publics les plus fragiles en fédérant des professionnels de santé, des travailleurs sociaux, des représentants d'associations...

Le travail en réseau a systématiquement été privilégié et il porte aujourd'hui ses fruits. Deux autres exemples peuvent être cités :

- Hirson a été la première ville de l'Aisne à signer en décembre 2005 une charte de lutte contre les violences conjugales, initiée et portée par un réseau d'acteurs locaux et Hirson anime depuis 2005 un *réseau d'éducation pour la santé* sur le pays de Thiérache.

L'animation de ces réseaux pluridisciplinaires et inter-institutionnels démontre qu'il est possible localement, à condition de s'en donner les moyens et d'y consacrer l'énergie nécessaire, de dépasser



photo mairie de Hirson

les clivages traditionnels entre la sanitaire et le social, le public et le privé, les professionnels et les bénévoles du secteur associatif...

Comment prenez-vous en compte les indicateurs sanitaires ou sociaux pour mettre en place ces politiques. D'où proviennent-ils ?

Les indicateurs sanitaires et sociaux proviennent de différentes sources. Parmi celles-ci, le *Croisement d'informations régionalisées* produit chaque année par l'OR2S est un outil précieux, permettant de comparer les situations cantonale, départementale et régionale, à partir des statistiques fournies par les différents organismes sanitaires et sociaux. Ces statistiques viennent à l'appui des diagnostics effectués pour la mise en œuvre des politiques engagées.

Pouvez-vous décrire une action actuelle mise en place ou en projet dans la commune ?

Le centre communal d'action sociale porte depuis 2000 le centre local d'information et de coordination (CLIC) gérontologique de Thiérache. Ce CLIC, qui a été le premier à être labellisé dans l'Aisne, va engager, à partir de janvier 2008, une expérience pilote dans le département : l'ouverture d'une « Maison de l'autonomie ». Il s'agit de créer un même lieu d'accueil et d'information de proximité pour les personnes âgées et les personnes handicapées, dans le cadre d'une convention de partenariat signée entre la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), le conseil général de l'Aisne et le CCAS, gestionnaire du CLIC de Thiérache.

Cette expérience, soutenue par la Caisse nationale solidarité autonomie (CNSA) s'inscrit dans la logique de la loi « handicap » du 11 février 2005, qui donne pour objectif, d'ici 2010, la création d'une prestation de compensation commune aux personnes handicapées et aux personnes âgées.

L'objectif poursuivi par les signataires est de mieux répondre aux besoins et aux attentes du public concerné, en améliorant ses conditions d'accueil, d'information et de prise en charge.

Cette expérience pilote souligne aussi le rôle que peut jouer un CCAS en matière d'innovation sociale, de modernisation des pratiques et des dispositifs sociaux.

Bernard Vilain
CCAS Hirson

Santé-précarité, action sociale

Le 23 octobre dernier s'est tenu dans les locaux de l'Esiee à Amiens un colloque sur le thème santé-précarité organisé par le conseil général de la Somme, avec le concours du laboratoire de recherche Saso-Curapp de l'université de Picardie. Il est l'un des aboutissements d'un processus de recherche-actions engagé sur le thème à l'initiative du service insertion sociale du conseil général de la Somme. Il a réuni quelque deux cents professionnels du travail social, du médico-social et de l'insertion.

En séance plénière, quelques données nationales et régionales ont été rappelées. L'observatoire de la santé et du social a apporté sa contribution, rappelant les inégalités infra-régionales (disparités cantonales), dans de multiples domaines (espérance de vie, mortalité, morbidité, offre de soins...). Les représentants des collectivités territoriales (conseil régional et conseil général) et de l'État (Drass-Ddass), présents au colloque, ont rappelé leur domaine de compétences et les actions réalisées, mais aussi la nécessité de conjuguer les efforts afin de réduire les inégalités observées en Picardie. Le colloque a aussi voulu ouvrir sa tribune aux acteurs de terrain d'autres régions, afin de mettre en perspective les réponses communes ou différenciées qui peuvent venir couvrir les besoins de santé de populations démunies. Ainsi, le Docteur Jean-Claude Lagubeau, médecin généraliste et Madame Marie-Thérèse Salmi, cadre de santé sont venus apporter leur expérience de terrain et exposer le fonctionnement de la Maison départementale de la santé de Bordeaux. Enfin, Isabelle Astier, sociologue, professeure à l'université de Lille 1 et

chercheuse au Clersé/CNRS est venue clore la matinée et ouvrir les ateliers de l'après-midi. Elle a interrogé ce qu'elle appelle les « nouvelles règles du social » (titre de son ouvrage paru en 2007, PUF) sur lesquelles se fonde aujourd'hui, selon elle, le travail social.

Les ateliers

Le premier atelier avait pour thème le cloisonnement et l'imperméabilité des espaces de rencontre entre les mondes du travail social et les mondes de la santé. Le deuxième atelier portait sur les pratiques et les modes d'accompagnement du travail social dans un parcours de santé, sur l'élaboration des contrats d'insertion dans le cadre du RMI par exemple. Le troisième atelier abordait les modes de désignation de la maladie elle-même dans des situations d'assistance ; ses implications dans les parcours d'insertion et de travail ; les nécessités qui conduisent l'allocataire à se déclarer malade et dans l'incapacité d'accéder à un emploi ; les rôles que jouent les expertises multiples, médicales, juridiques, administratives dans l'attribution d'une reconnaissance de handicap ou d'inaptitude à un poste de travail.

Ces ateliers ont aussi été l'occasion de mesurer la pertinence d'une préconisation émise dans la recherche-action. Celle-ci propose la constitution d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, juristes, socio-psychologues...) travaillant dans la proximité avec et auprès des structures d'insertion et des personnes en difficulté.

Près de deux cents professionnels du travail social, du médico-social, du monde de l'insertion se sont réunis autour de ces trois ateliers. Le bilan de ce colloque est en cours, à la fois dans les réflexions qui ont été menées, dans les expériences relatées, dans les propositions faites et les perspectives qui peuvent s'ouvrir.

Nathalie Frigul
Saso-Curapp,
université de Picardie Jules Verne



Coordination et organisation du colloque :
Sylvie Hazard, service insertion sociale du conseil
général de la Somme.
Nathalie Frigul, référent pour le laboratoire Saso-
Curapp, UPJV,

Programmes de formation :
Bénédicte Froment, responsable du secteur san-
té-social, direction de l'éducation permanente.
Université de Picardie.

photo Alain Trugeon



FOCUS

La loi instituant le droit au logement opposable (Loi Dalo) a été promulguée le 5 mars 2007. L'État reconnaît ainsi un droit fondamental et ce d'autant plus qu'il est assorti d'une obligation de résultats de la part de l'administration.

Ainsi, des recours sont désormais possibles devant la commission de médiation voire, si nécessaire, devant le juge. Un comité de suivi est chargé de remettre un rapport annuel au Président de la République, au Premier ministre et au Parlement. Ce comité est aussi chargé de formuler toute proposition relative à la mise en œuvre de la loi et de donner son avis sur toute question dont le gouvernement le saisit.

Ce *Focus* aborde trois thèmes relatifs à la loi Dalo : la mise en place de la loi dans la région, les actions relatives au logement du Plan régional santé-environnement 2005-2009 et les données de l'observatoire régional de la demande locative sociale.

Droit au logement opposable (loi Dalo)

La loi relative au droit au logement opposable (dite loi Dalo) offre un cadre juridique qui garantit à tout un chacun d'ici 2012, et à des catégories prioritaires dès 2008, le droit à un logement décent et indépendant.

La loi du 5 mars 2007 instituant un droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale comporte un ensemble de dispositions dont les principaux axes sont :

- l'institution d'un droit au logement opposable : l'État est le garant du droit à un logement décent et indépendant. La loi confirme aussi le principe de continuité affirmé dans le cadre du plan d'action renforcé des sans-abris (Parsa) pour les personnes accueillies en hébergement d'urgence.

Ce droit est reconnu à six catégories de publics prioritaires qui pourront l'exercer en introduisant deux types de recours ouverts progressivement :

- à compter du 1^{er} janvier 2008, un recours amiable pourra être exercé devant la commission départementale de médiation.

Le demandeur qui aura été reconnu par la commission de médiation comme prioritaire pourra, s'il n'a pas reçu une offre de logement ou d'hébergement, introduire à compter du 1^{er} décembre 2008, un recours devant la juridiction administrative ;

- à partir du 1^{er} janvier 2012, le recours contentieux sera ouvert à l'ensemble des demandeurs de logements sociaux dont la demande dépasse un délai jugé anormalement long.

L'évolution des rapports locatifs vise trois aspects : la révision des barèmes des aides au logement, l'accès au logement puisque la loi précise la liste des pièces non exigibles par le propriétaire et la création d'un fonds de garantie universelle des risques locatifs.

Le renforcement est significatif en faveur du logement social et de l'hébergement d'urgence pour les plus défavorisés, en complément du plan de cohésion sociale. Des engagements supplémentaires sont pris pour la production de logement PLUS/PLA-I et les moyens sont renforcés dans le cadre du Parsa, pour transformer les places d'hébergement d'urgence en hébergement d'insertion et accroître l'offre de logement adapté.

Diverses dispositions sont prises en faveur de la cohésion sociale notamment la simplification et l'unification des procédures de la domiciliation des personnes sans domicile fixe, l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants et le développement de l'accès des services à la personne par la création d'un crédit d'impôt élargi.

Christine Jaafari
Drass Picardie



Brochure d'information sur les conditions d'accès et les démarches à suivre.

➤ Téléchargeable sur
<http://www.logement.gouv.fr/IMG/pdf/dalo.pdf>

Lexique

PARSA : plan d'action renforcé des sans-abris

PLA : plan locatif aidé

PLA-I : plan locatif aidé d'intégration

PLUS : plan locatif à usage social

Le 19 septembre 2007, Françoise Van Rechem, directrice régionale des affaires sanitaires et sociales a réuni les membres de la formation sociale du pôle régional *Santé publique/Cohésion sociale*. Ce pôle est composé de représentants des services de l'État (préfectures, directions de l'équipement, directions des affaires sanitaires et sociales), des agences régionales (Anaem, Acse), des organismes de sécurité sociale (Caf, Cpm, RSI). Il s'agissait de partager les informations et les expériences menées dans le champ du logement pour les plus démunis, axe prioritaire retenu dans le Paser (projet d'action stratégique de l'État en région). La Picardie est confrontée en effet à une insuffisance de logements sociaux conduisant à une forte pression de la demande locative sociale et, par conséquent, à un manque de fluidité dans les dispositifs d'hébergement des demandeurs d'asile et de droit commun qui ne peuvent trouver de solution de sortie vers le logement autonome. Ce contexte est aggravé par d'autres facteurs négatifs comme le nombre important de logements indécents ou insalubres.

LA SITUATION PICARDE EN BREF

Évolution de l'offre de logements et places d'hébergement en Picardie

L'objectif 2007 en PLUS/PLA-I passe de 1 860 à 2 226 logements dont 577 PLA-I. À la fin 2007, 129 places d'hébergement d'urgence seront transformées en places de stabilisation et CHRS, 15 nouvelles places de CHRS ouvertes et 74 places en maisons relais créées.

La demande locative sociale (situation au 1/1/2006)

La hausse des demandes est supérieure à 17 % en trois ans. Les attributions sont stables avec en moyenne trois demandes pour une attribution.

Les demandes en instance sont également en hausse : un quart des demandes a plus d'un an et 12,4 % ont plus de deux ans.

Les actions relatives au logement du PRSE 2005-2009 : point d'étape

Le plan régional santé-environnement (PRSE) de Picardie constitue le volet « environnement » du plan régional de santé publique (PRSP). Elaboré par un comité de pilotage constitué de la Drass, la DIRE et la DRTEFP, il est composé des vingt-cinq actions du Plan national santé-environnement (PNSE) qui devaient être déclinées régionalement. Trois actions ont plus particulièrement pour objectif de limiter les effets des logements sur la santé.

Réduire de 30 % la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)

Ce polluant est le toxique domestique qui tue le plus en France. En Picardie, il existe depuis plus de 10 ans un réseau de déclaration de ces intoxications en vue de diligenter une enquête pour déterminer les causes et éviter la récurrence. Dans le cadre du plan régional santé-environnement (PRSE), les Ddass ont poursuivi leur travail d'animation de ce réseau. Des actions d'information et de sensibilisation ont également été menées (édition de plaquettes, communication auprès du grand public par les voies de presse, information des professionnels du chauffage en partenariat avec GDF). Une demi-journée d'information qui s'est tenue le 23 octobre dernier à Compiègne, réunissant plus de 140 personnes, a été l'objet d'une couverture presse satisfaisante (France 3 Picardie, Le Parisien, Le Courrier Picard édition de l'Oise).

Prévention, dépistage et prise en charge du saturnisme infantile

Pathologie touchant essentiellement les enfants, le saturnisme est l'intoxication par le plomb (exposition via les vieilles peintures de bâtiment, site industriel contaminant les sols et l'alimentation...). Des actions ont été menées sur les sources industrielles par la DIRE. Les Ddass et Drass sensibilisent les professionnels de santé (sur le dépistage et la prise en charge de cette maladie), de l'immobilier et le grand public (sur la réglementation relative au diagnostic plomb lors de la vente ou, dès août 2008, la mise en location d'un logement construit avant 1949). En 2008, il est prévu d'évaluer la nécessité et la possibilité de mettre en œuvre une campagne de dépistage ciblée chez les jeunes enfants.

Protéger la santé des populations vivant en habitat insalubre

La réflexion sur cette thématique a été menée conjointement par Drass/DRE/Ddass/DDE.

Deux axes ont été identifiés :

- 1) repérer le parc de logements potentiellement indignes. Ceci s'est traduit par l'exploitation des fichiers des logements par commune des DDE et la réalisation d'un bilan régional des enquêtes habitat réalisées par les Ddass ;
- 2) mettre en place des structures de travail spécifiques à chaque département afin de favoriser le travail en commun et l'articulation entre les différents services (santé, social).

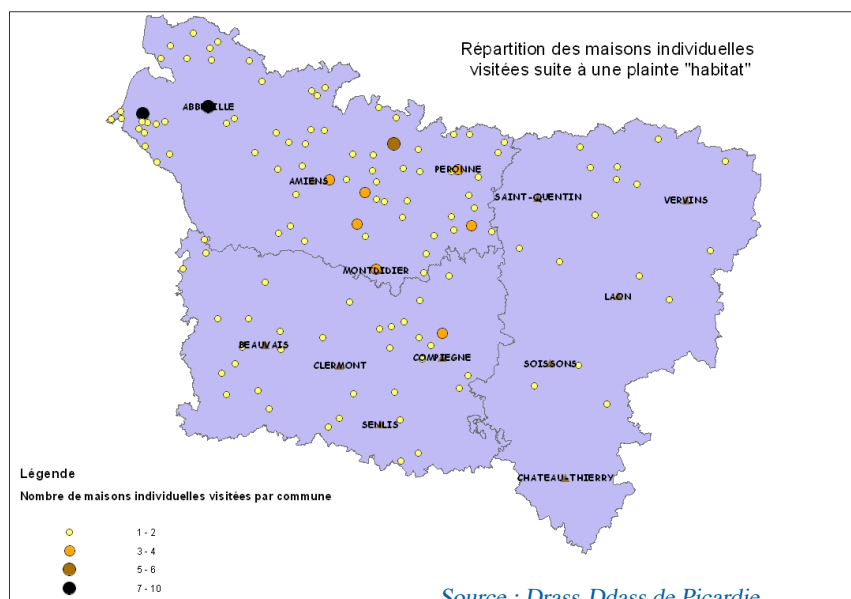
Cécile Allard
DRASS Picardie

Des enquêtes insalubrité ont eu lieu sur la période 2004-2005. Les maisons individuelles représentent les deux tiers des logements visités. Le principal problème rencontré est l'humidité due à une mauvaise aération, à des moyens de chauffage inadaptés ou à une mauvaise isolation thermique.

À cela s'ajoutent l'évacuation des eaux usées et un réseau électrique défectueux.

Il existe des différences notables entre les logements individuels et les logements collectifs, à l'avantage de ceux-ci.

Toute plainte liée au logement doit être formulée en mairie qui en étudie le bien-fondé avant d'être remontée en Ddass. Un recours directement à la Ddass est aussi possible.



Les demandes et attributions en Picardie des logements sociaux ne sont pas équilibrées. Pour chaque demande servie, trois restent en attente.

La direction régionale de l'équipement (DRE) de Picardie, en collaboration avec l'union régionale des organismes HLM (URH), réalise l'observatoire régional de la demande locative sociale (ORDLS), dont l'objectif est d'offrir une connaissance de la demande de logement social en Picardie afin de permettre aux différents acteurs de définir, mettre en œuvre et évaluer leur politique locale de l'habitat. La Picardie compte 41 400 demandes en instance au 1^{er} janvier 2006, soit 10,8 % de plus que l'année précédente :

- 35 % de ce total correspondent à des demandes de mutation au sein du parc social exprimées par des demandeurs déjà logés par un organisme HLM : le nombre de demandes externes s'élève donc à 27 000 ;
- 51 % des demandeurs ont moins de 35 ans ;
- 81 % déclarent un revenu net imposable inférieur au plafond de ressources du logement très social (60 % du plafond d'accès

au logement HLM, soit environ un Smic pour une personne seule) ;

- les ménages avec enfants représentent 52 % des demandeurs. Plus de la moitié est formée de familles monoparentales, dont la part dans les demandes est en augmentation rapide.

Les bailleurs sociaux de Picardie ont proposé 13 600 logements sociaux à la location au cours de l'année 2005, soit par libération de nouveaux programmes, soit par libération d'un logement déjà loué. Les rotations au sein du parc existant, qui compte 132 000 logements en Picardie, constituent l'essentiel de l'offre de logements sociaux proposés aux demandeurs : du fait de la baisse régulière du taux de mobilité dans le parc social, le nombre d'attributions reste stable depuis plusieurs années, malgré les efforts des organismes HLM pour construire de nouveaux logements.

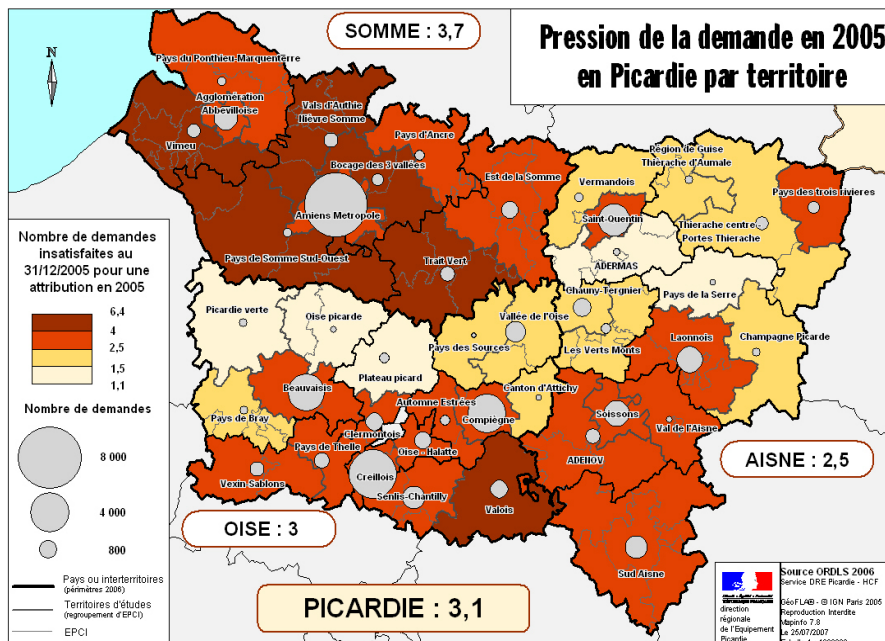
Si l'on compare le profil des demandeurs en attente avec celui des demandeurs ayant bénéficié d'une attribution, on observe que le parc

locatif social a plus de difficulté à satisfaire les demandes :

- des familles nombreuses (les familles de 2 enfants et plus représentent 14 % des demandes et 10 % des attributions) ;
- des ménages à très faibles ressources (les ménages dont le revenu est inférieur à 60 % du plafond représentent 72 % des demandes et 68 % des attributions).

La pression de la demande est mesurée par le nombre de demandes non satisfaites en fin d'année pour une attribution effectuée au cours de l'année. Elle reflète la capacité du parc social à répondre à la demande. La moyenne régionale est d'un peu plus de trois demandes en attente pour une attribution.

Rémi Couaillier
DRE Picardie



CHIFFRES CLÉS

41 393 demandes en instance en Picardie au 1^{er} janvier 2006 :

- 10 471 dans l'Aisne ;
- 17 983 dans l'Oise ;
- 12 939 dans la Somme.

13 593 attributions réalisées en 2005 :

- 4 133 dans l'Aisne ;
- 5 966 dans l'Oise ;
- 3 494 dans la Somme.

Environ 13 000 demandeurs inscrits depuis plus d'un an, dont environ 6 700 depuis plus de 2 ans.

Environ 27 000 demandes externes (demandeurs qui ne sont pas déjà logés dans le parc social), dont 3 300 datent de plus de 2 ans.

Irdes : état de santé et chômage



À partir de l'Enquête santé et protection sociale menée tous les deux ans par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), une exploitation couvrant la période 1992-2002 permet d'affirmer que les problèmes de santé constituent un risque pour devenir chômeur ou inactif.

Le risque de devenir inactif est quatre à cinq fois plus élevé pour les personnes souffrant d'une affection de longue durée. De la même façon, les personnes se déclarant en mauvaise santé ont une fois et demie à deux fois plus de risque de devenir chômeur que les personnes en bonne santé. Quelle que soit la forme de sortie d'emploi, à état de santé comparable, les femmes, les personnes employées dans le cadre d'un contrat à durée déterminée et les moins diplômés ont plus de risque de devenir chômeurs ou inactifs que les autres.

Les auteurs concluent sur le lien étroit entre l'état de santé et la situation future au regard de l'emploi. L'état de santé n'est qu'un des facteurs en jeu dans la décision de licenciement des employeurs mais il permet de mieux apprécier les trajectoires professionnelles individuelles.

Sophie Pilleron
OR2S

Téléchargeable sur
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes/Qes125.htm>

Plusieurs études françaises ont montré que les inactifs et les chômeurs sont en moins bonne santé que les actifs ayant un emploi. En revanche, la relation entre santé et trajectoire professionnelle est très peu analysée en France. Une étude réalisée à partir de l'exploitation longitudinale des données des enquêtes sur la santé et la protection sociale (ESPS) de l'Irdes a analysé le lien entre l'état de santé d'une population âgée de 30 à 64 ans initialement en emploi et le risque d'être sorti de l'emploi quatre ans plus tard. Cette étude distingue deux formes de sortie d'emploi : le chômage, qui correspond au fait d'être privé d'emploi tout en recherchant un, et l'inactivité qui correspond au fait d'être sans emploi et de ne pas en rechercher.

LE MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ INFLUE SUR LA PERTE D'EMPLOI

Entre la période 1992-1995 et 1996-1998, 10,7 % des salariés sont sortis de l'emploi et 7,8 % entre 1996-1998 et 2000-2002. Pour les deux périodes, 4,1 % des personnes sont devenues inactives. Pour la première période, le chômage a touché 6,7 % des salariés contre 4,0 % pour la deuxième période. À âge, sexe, niveau d'éducation, type de contrat de travail et composition du ménage comparables, le risque de devenir sans emploi pour les personnes se considérant en mauvaise santé est près de deux fois plus élevé que celui des personnes en bonne santé. De même, le risque d'inactivité est deux fois plus élevé pour les personnes se déclarant en mauvaise santé et une fois et demie plus élevé lorsqu'elles souffrent d'une maladie incapacitante. Par rapport aux personnes en bonne santé, le

Proportion de personnes sorties de l'emploi en fonction de leur état de santé quand elles étaient encore en emploi quatre ans auparavant

État de santé quand les personnes étaient en emploi	Situation d'emploi en 1996-1998 des individus en emploi en 1992-1995			Situation d'emploi en 2000-2002 des individus en emploi en 1996-1998		
	Sans emploi*	Inactif	Chômeur	Sans emploi*	Inactif	Chômeur
Mauvaise santé	15,5 %	6,7 %	9,4 %	14,6 %	8,4 %	6,8 %
Bonne santé	8,4 %	3,2 %	5,3 %	5,7 %	2,7 %	3,1 %
Au moins une maladie incapacitante	13,9 %	6,6 %	7,8 %	11,0 %	6,2 %	5,1 %
Pas de maladie incapacitante	9,0 %	3,3 %	5,9 %	6,2 %	3,0 %	3,3 %
Affection d longue durée (ALD)	29,3 %	18,8 %	13,0 %	18,4 %	13,4 %	5,7 %
Pas d'ALD	10,1 %	3,8 %	6,5 %	7,4 %	3,7 %	3,9 %
% dans l'ensemble de la population	10,7 %	4,2 %	6,7 %	7,8 %	4,0 %	4,0 %
Taille totale de l'échantillon étudié	4 523	4 523	4 331	4 554	4 554	4 370

* La catégorie des personnes sans emploi inclut les inactifs et les chômeurs
Source : Irdes, enquête ESPS 1992-1995, 1996-1998, 2000-2002

Méthodologie

Les analyses ont été réalisées à partir de régressions logistiques afin d'isoler l'effet propre de l'état de santé des personnes initialement en emploi sur leur devenir professionnel quatre ans plus tard. La première analyse cerne la probabilité d'être sans emploi quatre ans après (inactivité ou chômage). La deuxième s'intéresse exclusivement au fait d'être inactif quatre ans plus tard (personnes au foyer, pré-retraités, inactifs avec pension d'invalidité) versus actifs (en emploi ou chômeurs). La troisième analyse porte sur les personnes actives aux deux dates et s'intéresse au profil de santé de celles qui sont au chômage. Enfin, les variables explicatives retenues sont le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le type de contrat de travail, la situation familiale et la présence d'enfants de moins de 6 ans dans le ménage.

L'Observatoire social européen

Créé en 1984 sous la forme juridique d'une association de droit belge (asbl), l'Observatoire social européen se donne comme objectif une meilleure compréhension et une meilleure maîtrise des implications sociales de la construction européenne. Depuis quelques années, il se penche sur les enjeux sociaux de la sécurité sociale.

Dirigé par Philippe Pochet, politologue belge, et fort d'une équipe pluri-disciplinaire, l'Observatoire social européen propose une vision argumentée et critique de l'intégration européenne. Sa principale mission est de suivre l'évolution des politiques communautaires, en particulier leurs répercussions sociales et d'analyser les dynamiques politiques.

ANALYSER L'IMPACT
DE LA CONSTRUCTION
EUROPÉENNE SUR LES
SYSTÈMES DE SOINS

Si le point de départ des recherches de l'Observatoire a été la mesure de l'évolution de l'intégration européenne, il s'est intéressé par la suite aux conséquences sociales de l'union monétaire, puis désormais aux enjeux sociaux de la sécurité sociale ou à l'impact de formes nouvelles de gouvernance comme la méthode ouverte de coordination et ses implications sur le processus européen dans différents domaines (emplois, retraites, exclusion sociale, santé).

Ainsi, dès le début des années deux mille, l'Observatoire social européen s'est attelé à analyser l'impact de l'intégration européenne sur les systèmes de soins de santé européens. Depuis 2004, l'Observatoire participe au projet international *Europe for Patients*, sur la mobilité des patients. Ce projet explore les opportunités et les risques créés par les possibilités pour les patients de se faire soigner dans d'autres États membres.

C'est à l'Observatoire social européen que l'on doit une revue de littérature sur l'impact de l'Union économique monétaire (UEM) sur l'emploi et la protection sociale (Fondation européenne de Dublin). Il réalise chaque année le bilan social de l'Union européenne.

Enfin, la question des indicateurs sociaux fait l'objet d'un suivi par l'Observatoire, notamment en ce qui concerne la pauvreté, l'exclusion sociale, l'emploi et la qualité de l'emploi, les retraites ou encore les travailleurs pauvres.



Europe for patients (e4p)


Europe for patients est un projet soutenu par le programme européen de recherche qui sert à mesurer les enjeux et les bénéfices de la mobilité des patients en Europe. L'impact d'une telle recherche sur les politiques européennes et nationales de santé publique et de protection sociale sont importantes. Le coup d'envoi a été donné à Gand en 2001 (présidence belge).

En 2002, la Commission a mis en place un processus de réflexion de haut niveau sur la mobilité des patients et l'impact du marché interne sur les régimes nationaux de soins de santé. Dix-neuf recommandations ont été publiées en décembre 2003, réparties en cinq thèmes :

- une coopération européenne permettant une meilleure utilisation des ressources ;
- le besoin en matière d'information des patients, des professionnels et des responsables de l'élaboration des politiques ;
- l'accès aux soins et leur qualité ;
- la conciliation des politiques de santé nationales avec les obligations européennes ;
- les questions relatives à la santé, ainsi que le fonds de cohésion et les fonds structurels de l'Union.

Le 20 avril 2004, la Commission a présenté une communication sur la mobilité des patients en réponse aux recommandations du groupe de haut niveau et a créé, en juillet de la même année, un groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux. Son analyse concerne sept domaines d'intervention :

- information et contrôle de l'achat et fourniture de soins de santé transfrontaliers ;
- mobilité des professionnels de santé ;
- encadrement et désignation des centres européens de référence dans le traitement des maladies rares ou d'autres maladies ;
- mise en place d'un réseau européen d'évaluation des technologies de la santé ;
- intervention et santé en ligne ;
- évaluation de l'impact sur la santé et les systèmes de santé des politiques communautaires ;
- création d'un réseau ou forum visant à améliorer la sécurité des soins de santé dispensés aux patients dans les États membres.

 Page internet

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/high_level_hsmc_fr.htm

L'observation des personnes sans-abris

Rédigé suite à une demande de Christine Boutin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité, un rapport sur la coordination de l'observation des personnes sans-abris a été publié en octobre 2007, fort de 26 recommandations.

L'objectif de ce rapport, confié à une mission dirigée par Laurent Chambaud, membre de l'inspection générale des affaires sociales, est d'identifier et d'évaluer les différentes sources, travaux et méthodes disponibles dans l'observation statistique des personnes sans-abris afin de « préconiser les outils de diagnostics adaptés à une meilleure connaissance de ces populations ».

Le rapport aborde trois composantes de la coordination de l'observation statistique : la connaissance des populations, la connaissance des dispositifs et l'organisation générale de la fonction d'observation.

Dans la conclusion du rapport, Laurent Chambaud exprime le souhait que « l'observation statistique des personnes sans domicile doit aboutir à la capacité pour l'État, en lien étroit avec les collectivités locales, à piloter l'ensemble de la chaîne allant de l'hébergement d'urgence au logement social et ce à chaque niveau administratif ».

Parmi les recommandations qui émaillent le rapport, la mission pointe les différents éche-

lons géographiques de l'observation. Ainsi, au niveau régional, la mission recommande la déclinaison du comité de suivi national ; au niveau local et départemental, une synergie entre les différents services concernant la méthodologie de l'analyse des besoins, la création d'un sous-comité sur la veille sociale chargé d'intégrer les données relatives aux personnes en grande précarité et d'inclure un volet optionnel sur les personnes sans domicile dans le cadre de l'élaboration des analyses de besoins sociaux menées par les CCAS depuis la loi du 5 mars 2007.

Au niveau européen, la mission souhaite l'initiation d'études comparatives sur la situation de ces personnes.

➔ téléchargeable sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000606/index.shtml>

➔ lire aussi le rapport public de la Cour des comptes du 8 mars 2007 téléchargeable sur <http://www.ccomptes.fr/JF/SearchServlet>

Classification en six stades de la condition de sans domicile, proposée par la Commission européenne

Catégories opérationnelles	Lieux de vie	Définition
Personnes dormant dehors	Espace public Espaces à la rue	Vivant dans la rue ou des espaces sans aucun abri pouvant être défini comme un logement
Personnes en hébergement d'urgence	Refuges de nuit	Personnes sans lieu habituel de résidence changeant fréquemment de type d'hébergement
Personnes occupant des hébergements pour sans domicile	Foyers pour sans domicile Logement temporaire Logement de transition avec soutien social Abri pour femmes battues	La période d'occupation de ces lieux est de moins d'un an
Personnes vivant en institutions	Établissements de santé Institutions carcérales	Séjour prolongé dû à un manque de logement Pas de logement disponible avant la sortie
Personnes occupant des logements non classiques suite à un manque de logements	Caravane Constructions non classiques Structure temporaire	L'hébergement est utilisé suite à un manque de logement et n'est pas le lieu habituel de résidence de la personne
Personnes sans domicile vivant à titre temporaire dans un logement classique avec de la famille et des amis (suite à l'absence de logement)	Logement classique, mais n'étant pas le lieu habituel de résidence de la personne	L'hébergement est utilisé suite à un manque de logement et n'est pas le lieu habituel de résidence de la personne

Source :

European Commission, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG : *Measurement of Homeless at European Union Level*, january 2007

Sortir de la rue

Ce rapport remis le 5 décembre à Nicolas Sarkozy, François Fillon, Christine Boutin et Martin Hirsch est le résultat de la première conférence de consensus dans le domaine social qui s'est tenue les 29 et 30 novembre 2007 à l'initiative de la Fnars.

Il a été rédigé par un jury composé de médecins, de responsables associatifs et syndicaux, de magistrats, de chercheurs et de professionnels de l'aide sociale.

Ne comportant aucun chiffrage, il préconise un « accueil inconditionnel et individuel de chaque personne » et recommande de « renforcer la politique interministérielle » et de créer des « bassins de vie où l'on trouve toutes les gammes d'offres possibles destinées aux sans-abris », à l'image des « bassins d'emploi ». Il dénonce la tradition asilaire et demande la rénovation des centres d'accueil. Enfin, le rapport propose que le nouveau système fasse l'objet d'une évaluation régulière par les personnes chargées de le mettre en œuvre, par une commission indépendante, mais également par les principaux intéressés.

➔ téléchargeable sur www.fnars.org

➔ Le blog de la conférence de consensus <http://sans-abri.typepad.fr/>



Tableau de bord transfrontalier de la santé

Issu d'une coopération entre les observatoires de la santé de Picardie, Champagne-Ardenne et Hainaut, dans le cadre du programme Interreg III, le *Tableau de bord transfrontalier de la santé* se structure autour de sept fiches thématiques : démographie, acteurs socio-économiques, prestataires de soins, offre hospitalière, état de santé, comportements de santé, causes de décès. À cela s'ajoutent une fiche de présentation et une fiche de synthèse.

Des comparaisons régionales ou nationales ont systématiquement été réalisées. Le département ou la province sont des échelons géographiques qui donnent une vision globale mais parfois trop large pour le décideur local. C'est pourquoi, il a été choisi, dans la mesure du possible, de présenter les résultats au niveau de l'arrondissement, division administrative qui existe de part et d'autre de la frontière. Il constitue l'échelon le plus fin de l'analyse à l'intérieur du territoire transfrontalier concerné par ce tableau de bord.

➔ téléchargeable sur www.or2s.fr



AGENDA

23 janvier 2008

Connaître pour agir, quelle information statistique construire et partager au service des politiques de solidarité ?, colloque organisé par l'Assemblée des départements de France, Cnis, cité internationale des congrès, Nantes

Il se décline en quatre ateliers :

- politique d'insertion ;
- personnes âgées ;
- protection de l'enfance ;
- personnes handicapées,

une table ronde sur *les enjeux de l'observation et de l'évaluation*,

et une séance plénière intitulée *de la bonne utilisation de la statistique pour la conduite et l'élaboration des politiques de solidarité*

Renseignements : maryline.lefort@departement.org
www.cnis.fr/ind_agenda.htm

Début mars 2008

Journée sur le thème de la conciliation des temps organisée par la Fnars Picardie à Amiens (ou Boves) avec le soutien de la Fnars nationale

Renseignements : contact@fnarspicardie.org
www.fnarspicardie.org

1-4 avril 2008

3^e colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé, Faculté polytechnique, Mons (Belgique)
Des territoires en action pour la santé de tous déclinés en quatre ateliers :

- politiques de santé et développement local ;
- compétences et pratiques des acteurs dans une dynamique locale ;
- approche territoriale et inégalités ;
- liens entre promotion de la santé, prévention, soins, réadaptation et accompagnement,

et deux tables rondes :

- l'impact des financements sur les programmes locaux ;
- démocratie représentative et démocratie participative : articulations, enjeux, pratiques.

Renseignements : www.mons2008.info



**Luiz Rosas,
Cardan, Amiens**

DE QUELQUES PARADOXES AU PROJET

Avec la préoccupation de ne pas penser à une relation de cause à effet entre déficiences de santé et le peu d'autonomie en lecture et écriture, nous avons fini par l'observer de plus en plus. Nous avons observé que l'illettrisme peut être, entre autre, une valeur culturelle grégaire.

Avec l'induction de l'environnement social sur une direction individualiste, nous, notamment au moment du réapprentissage de base, avons précisé et perfectionné des actes pédagogiques individuels. Et avons, là aussi, constaté de plus en plus la force collective dans la résolution d'incompréhensions.

Avec l'expérience d'ateliers d'analyse de la non-pratique culturelle par ceux qui ne vont pas aux lieux culturels, nous souhaitons nous associer pour mener le projet d'analyse de l'illettrisme par les illettrés eux-mêmes. Nous allons questionner ce qui fait qu'à un moment donné nous n'entrons pas dans la logique de la lecture.

La réflexion des illettrés sera conduite à travers différents thèmes et ensuite confrontée à des spécialistes des secteurs social, emploi, culture, philosophie et santé.

Ainsi dans le secteur de la santé, en faisant référence à nos observations, nous allons questionner :

- la valeur maladie valorisante : dans le groupe, la maladie est l'élément essentiel d'intégration et d'existence reconnue ;

- la valeur maladie image : les actes de santé sont liés directement à l'image que l'individu a de lui-même ;

- la valeur maladie procrastination : les actes de santé sont sollicités dans l'urgence et souvent aux urgences.

*Cela se passera au Cardan 91, rue Saint-Roch, à Amiens. La forme sera celle de colloques d'une journée. Les dates restent à déterminer.
Nous imaginons une restitution publique avec la participation des personnes fâchées avec la lecture et l'écriture.*



L'édition 2007 de Statiss - statistiques, indicateurs santé social est parue.

Disponible dans les Drass et Ddass.

<http://www.picardie.sante.gouv.fr/chiffres.htm>



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

N°1, décembre 2007

Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3, rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1
Tél : 03 22 82 77 24, courriel : info@or2s.fr site : www.or2s.fr
Courriel de la plateforme sanitaire et sociale : plateforme@or2s.fr

Directeur de publication : Dr Joseph Casile (or2s)
Comité de rédaction : Gaëlle Courant (conseil régional), René Faure (drass), Christine Jaafari (drass), Philippe Lorenzo (or2s), Aline Osman-Rogelet (or2s), Sophie Pilleron (or2s), Jeannine Tison (urcam), Alain Trugeon (or2s), Henri Vivier (drass)

Mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : en cours

Impression Corlet, BP 86, 14110 Condé-sur-Noiroit

© OR2S décembre 2007