

Plateforme

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE
PICARDIE

SOMMAIRE

EN RÉGION

- 02 Panorama statistique picard 2014
- 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 Joseph Casile

ACTUALITÉS

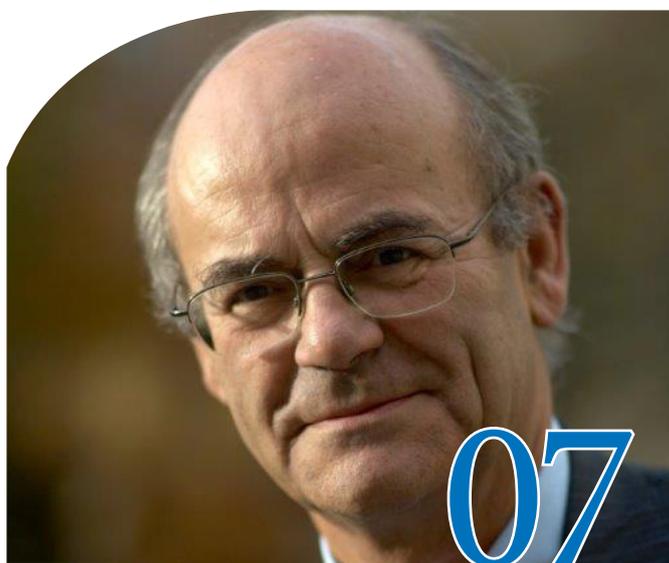
- 17 États généraux du travail social

EUROPE

L'organisation internationale pour les migrations

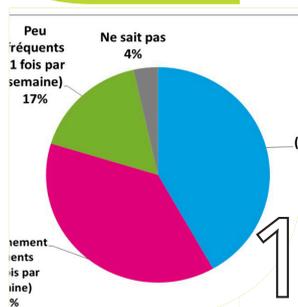
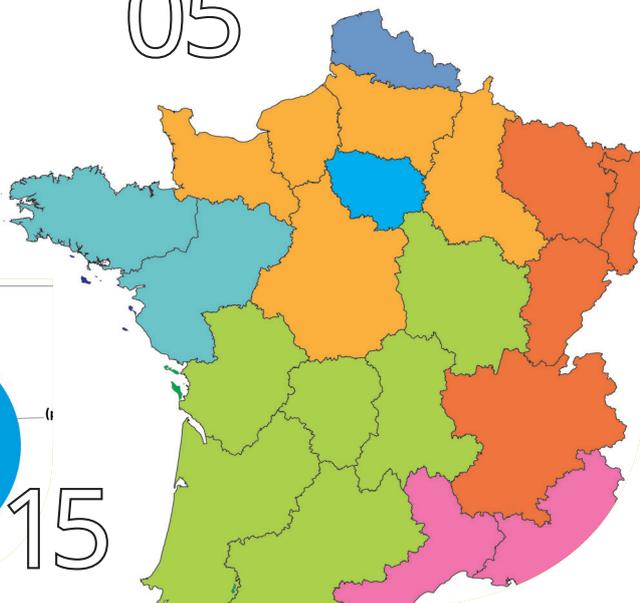
À LIRE

- 19 Rapport sur la santé en Europe - 2015
Les niveaux de vie en 2013
Articuler recherche et pratiques en protection de l'enfance
- 20 AGENDA



Classification des régions françaises à partir des données socio-sanitaires

05



15

PANORAMA STATISTIQUE PICARD 2014

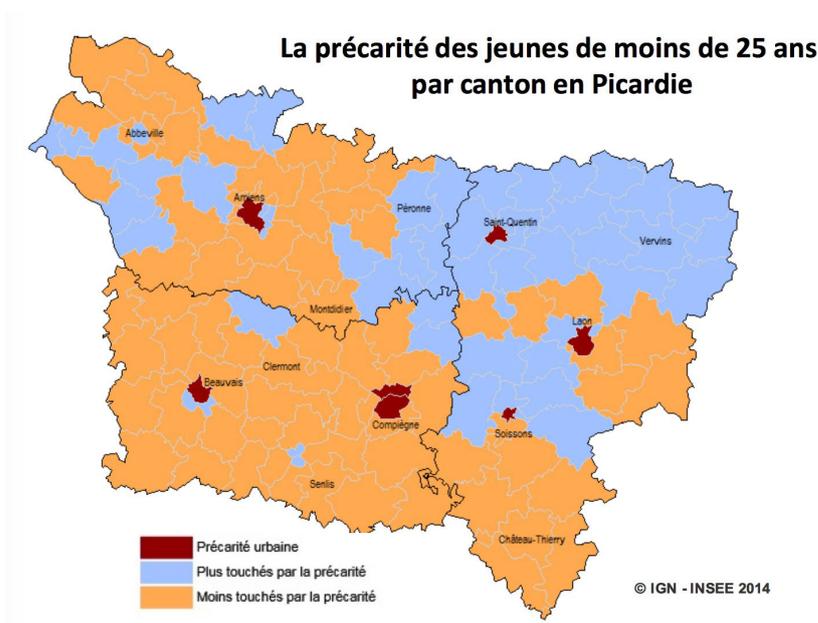
La direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale publie son recueil statistique annuel.

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.

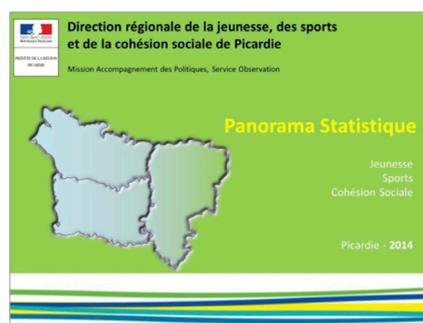
L'objectif de cette publication est d'avoir une base de données afin de mieux connaître la région et les départements et de les comparer aux données nationales. Outre le caractère informatif, le panorama statistique est également un premier élément d'observation et d'aide à la décision.



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
- Activités, 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'outiller 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 pre-

« 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

mier, 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.

« 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 d'autres. 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 en respectant toutefois les aspects de confidentialité : 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 : don-

« 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

nées socio-démographiques, offre de soins et état de santé.

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 DEBUISSE
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 en matinée les enjeux liés à la transformation du paysage régional, tant institutionnel que de santé publique, l'après-midi étant consacré à des échanges en ateliers sur des réalisations régionales.

En introduction, Paule Deutsch, directrice de l'animation des territoires et des réseaux, a présenté les grandes lignes de ce que sera l'Agence nationale de santé publique. Cette agence devrait promouvoir et développer la santé publique jusque dans les territoires. Co-acteur et prescripteur en promotion de la santé, elle entend jouer un rôle complémentaire à côté des ARS à qui elle délèguera en 2017 l'enveloppe financière des pôles sur la base d'un cahier des charges co-rédigé par l'Agence, les ARS et la Fnies. Deux tables rondes se sont ensuite succédées. La première a été l'occasion de faire le point sur les réformes en cours. Si les agences régionales de Picardie et du Nord - Pas-de-Calais fusionneront au 1^{er} janvier 2016, deux directions régionales devraient cependant exister dans les anciennes régions tandis qu'une direction de la prévention et de la promotion de la



santé serait créée. Pour l'ARS Picardie, Chantal Ledoux a rappelé que l'objectif était bien la recherche d'efficacité et de performance avec le renforcement des collaborations pour en quelque sorte créer de nouvelles pratiques.

Créer de nouvelles pratiques

Partenariat relevé par Catherine Rousseau au titre de l'Éducation nationale avec la mise en action d'une politique éducative globale comme facteur de bien-être et d'équité. La signature d'une convention ARS-rectorat en novembre 2015 devrait conforter cette dynamique, dans le droit fil de la convention ARS-Draaf-rectorat-conseil régional sur la nutrition, véritable outil de mise en cohérence des politiques publiques portées par ces institutions en s'appuyant sur les établissements scolaires et le tissu associatif.

La présentation des pôles de compétence en éducation pour la santé Picardie et Nord - Pas-de-Calais a

permis de mettre en exergue les similitudes et différences entre deux dispositifs qui seront amenés à se s'interpénétrer au sein de la région Nord - Pas-de-Calais - Picardie. Outils et méthodes, programmation et planification ont été les maîtres mots pour caractériser les contrats locaux de santé.

Entre les tables rondes, Hélène Valentini, détachée de l'Institut national du Québec à l'Inpes, a retracé les grandes lignes de son travail mené sur les parties prenantes en concluant qu'elles enrichissent la qualité de l'expertise, et développent des alliances dans le but de faire évoluer une situation.

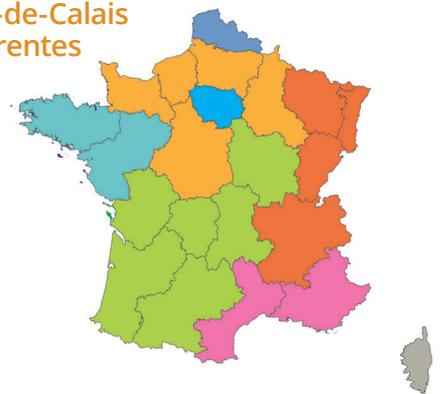
Quant à son second travail sur les articulations entre les niveaux national et régional deux groupes de préconisations le clôturent : une recherche et un développement au service de l'action, et l'autre sur l'articulation et l'organisation de la production et de l'utilisation des connaissances. □



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.

La Picardie et le Nord - Pas-de-Calais dans deux classes différentes



La cartographie présentée ci-dessus permet de positionner la Picardie en regard des autres régions de la France hexagonale. Elle est la résultante d'une 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.

de même que l'Insee et 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 14^e édition est prévue en fin d'année. □

SOPHIE DEBUISSE, ALAIN TRUGEON
OR2S

R éalisé 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 docu-

ment 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 conventions 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

NON-RECOURS : UNE JOURNÉE EN RÉGION

L'OR2S et ses partenaires de la *Plateforme sanitaire et sociale* ont organisé le 13 octobre au Palais Fervaques à Saint-Quentin 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* a engagé une réflexion sur la citoyenneté et la justice sociale. Pierre Mazet, en conférence introductive, est revenu sur les différentes définitions du non-recours mais il a surtout affirmé que le non-recours est en quelque sorte un rapport à l'État et à la chose publique, dans le fait de recourir ou non à un service ou une prestation. Quatre facteurs caractérisent le non-recours : le non-recours dû à l'allocataire, dû au traitement institutionnel des demandes, un marqueur d'intensité et un marqueur de durée.

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 remettre 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.

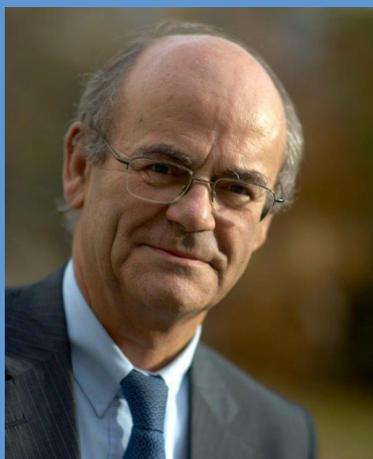
Au croisement de l'évaluation, de l'équité et de la justice sociale

Pour Pierre Mazet, le non-recours à toutes les prestations auxquelles un individu aurait droit est rarissime, il y a plutôt des non-recours partiels, pour telle ou telle prestation. La complexification des droits et leur connaissance, y compris par les travailleurs sociaux eux-mêmes, sont des facteurs facilitant le non-recours. L'anticipation de la finitude de l'offre par les travailleurs sociaux, leurs représentations des publics qui, en toute bienveillance, leurs font offrir ou non des prestations auxquels ils auraient de toute évidence droit. Les quatre tables rondes qui se sont succédé ont permis de développer certains des aspects du non-recours

évoqués par Pierre Mazet et illustratifs de la situation picarde.

En premier point, ce public, qualifié de « silencieux » ou « d'invisibles » par certains des intervenants, a nécessairement besoin d'avoir des repères institutionnels forts et cohérents, ce qui ne semble pas suffisamment être le cas. Refuser un logement, un soin... peut aussi être analysé comme la volonté de ne pas être objet entre les mains des professionnels et des institutions, voire de s'opposer à des solutions jugées inadéquates. C'est en quelque sorte une remise en cause des pratiques sociales qui est mise en évidence, tant dans le rapport individuel aux personnes que dans les pratiques partenariales. De toute évidence, et plusieurs intervenants l'ont suggéré, le partenariat, la transversalité, les articulations entre les institutions, les associations, les dispositifs, doivent devenir une réalité. Lutter pour que chacun puisse avoir recours aux droits et aux services qui lui sont destinés, implique que le travail social intègre un travail coopératif pour que les politiques publiques puissent proposer des réponses les plus adaptées et en temps opportun. □

PHILIPPE LORENZO
OR2S Picardie



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.

À 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 1^{er} 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. □

ÉLISE MIRLOUP
ARS Picardie

LE NOMBRE DE PERSONNES DÉPENDANTES VA S'ACCROÎTRE

La Picardie pourrait compter près de 49 000 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 in-

fluencent 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 occupe 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 retraitées 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 (évaluation des fragilités des personnes âgées). Les personnes ont alors la possibilité d'effectuer des tests : mémoire, déplacement... Les résultats des tests per-



mettent 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.

Lorsque 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	CONSEILS
> Éclairage adapté à la personne et à ses activités <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non > Interrupteurs visibles et accessibles <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non > Branchement des appareils électriques conforme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	> Réduire ou augmenter la puissance des ampoules > Mettre des interrupteurs de couleurs ou des interrupteurs avec témoin lumineux > Éviter les rallonges et les multi prises > Tenir compte des recommandations au niveau ampérages électriques
AMÉNAGEMENT - DISPOSITION	
> Ma cuisinière gaz est installée en toute sécurité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non > Mes produits ménagers ne côtoient pas les produits alimentaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	> Réorganiser en rangeant les produits ménagers dans un espace dédié > Revoir le branchement au gaz
SOLS	
> Revêtement de sol adapté et non glissant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	> Fixer devant l'évier un tapis antidérapant > Envisager la réfection du sol s'il est en très mauvais état
OBSERVATIONS	
<input type="text"/>	

BRUNO GOETHALS
Carsat Nord-Picardie

SOMME : ENTRETIEN AVEC MARC DEWALLE

Marc Dewaele, vice-président du conseil départemental de la Somme en charge de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées.

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

ANNE-CLAIRE BOUCHER

Conseil départemental de la Somme

FIL À SOI : OISE OUEST

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

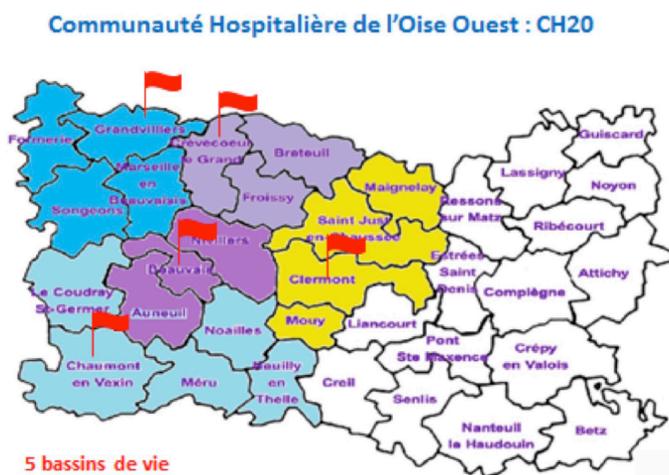
Le dispositif Fil à Soi a ouvert aux usagers en septembre 2014, après conventionnement avec près de soixante partenaires. Fil A Soi repose sur une cellule socio-administrative constituée de deux personnes et avec dix correspondants sur le terrain, soit deux par bassins (cf. carte ci-contre). Deux axes le structurent.

Le premier est 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.

Coordonner les aides et fluidifier le parcours

Le second est 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'utilisateur et ses proches. Fil A Soi accompagne aussi l'aïdant, qui ne se sent ainsi plus seul, afin de prévenir son épuisement.

Un projet de vie est mis en exergue et



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

le choix de la personne est respecté, ce qui a été récompensé par le prix du jury des droits des usagers de la santé 2014 (ARS, CRSA). 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'utilisateur dispose d'un contact unique, d'une personne référente qui la connaît 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. □

ÉRIC JULLIAN

Directeur délégué
Centre hospitalier de Beauvais

Aidé par l'équipe Fil à Soi CH2O
ISABELLE DIELEMAN, gestionnaire de situations

CHRISTOPHE DEKERPEL, cadre social

ALIIS, MONTDIER ROYE

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

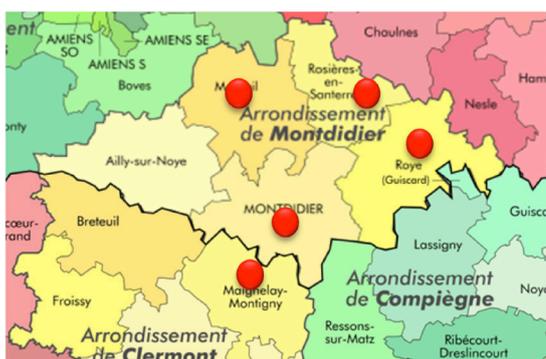
Aide, lien, information, itinérance et soutien, soit Aliis, est un dispositif d'aide pour les aidants piloté par l'hôpital intercommunal de Montdidier-Roye (CHIMR) en partenariat avec les collectivités locales, l'Assurance maladie et le réseau associatif. Une plateforme d'accompagnement et de répit et 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 CHIMR (forums, conférences...)

La coordination favorise 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, Montdidier, Rosières-en-Santerre et Roye. Il ne sera cependant pas obligatoire de résider dans ces territoires pour bénéficier de l'accueil de jour. □

AYMERIC BOURBION
Responsable ALIIS

Coordonnateur du service social - Site de Montdidier
Directeur du GCS HADOS

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-DABONNEVILLE
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 Crèvecœur 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

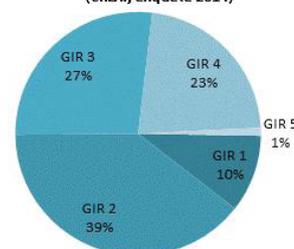
LES SERVICES DE MAINTIEN À DOMICILE

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

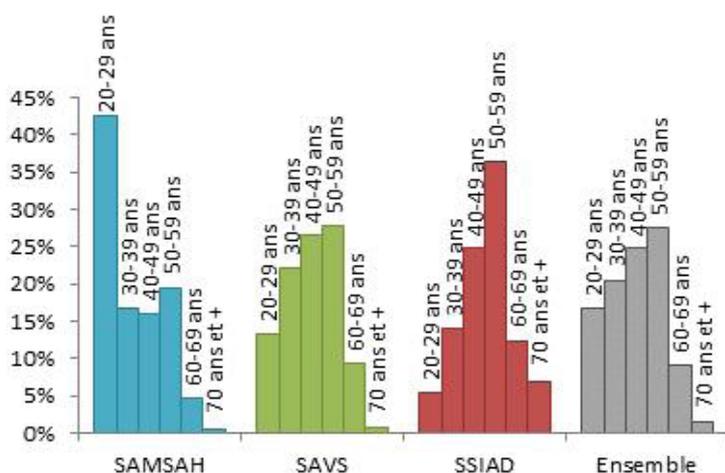
âgées et plus de 1 200 personnes en situation de handicap. Les personnes âgées bénéficient d'un accompagnement par un SSIAD. Il s'agit en majorité de femmes (64,9 %), bien que celles-ci soient moins nombreuses qu'au sein des établissements pour personnes âgées où elles représentent les trois-quarts des 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 capa-

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



cité 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 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. Joseph 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 aiguës, 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'amé-



lioration de la prise en charge du patient en conformité à la politique régionale de santé définie par l'ARS de Picardie. Également par le biais d'un *living lab*.

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

J. C. : Le *living 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

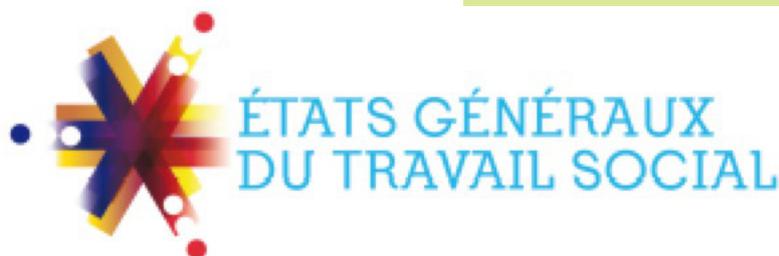
Place des usagers
Marcel Jaeger

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*



L'ORGANISATION INTERNATIONALE POUR LES MIGRATIONS

Moins connue que le Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés, l'Organisation internationale pour les migrations assure la gestion humaine et ordonnée des migrations. Elle est en première ligne pour les personnes voulant trouver refuge en Europe.

Fondée en 1951, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) rassemble 162 États membres et neuf États au statut d'observateur. Principale organisation intergouvernementale dans le domaine de la migration, l'OIM est présente plus de cent pays et travaille en étroite collaboration avec les partenaires gouvernementaux, intergouvernementaux et non-gouvernementaux.

L'OIM travaille dans les quatre grands domaines de la gestion de la migration :

- migration et développement ;
- facilitation des migrations ;
- réglementation des migrations ;
- migration forcée.

Les activités de l'OIM comprennent la promotion du droit international de la migration, le débat et les orientations politiques, la protection des droits des migrants, la santé des migrants et la dimension sexospécifique de la migration. elle agit en fournissant des services et des conseils aux gouvernements et aux migrants.

L'OIM travaille pour aider à assurer la gestion humaine et ordonnée des migrations, à promouvoir la coopération internationale sur les questions de migration, pour aider à la

recherche de solutions pratiques aux problèmes de migration et de fournir une assistance humanitaire aux migrants dans le besoin, y compris les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur.

Partenaire de l'Union européenne, l'OIM a ainsi participé à un panel de haut niveau organisé dans le cadre de l'année européenne du développement. Sa directrice générale adjointe, Laura Thompson, a ainsi déclaré qu'au-delà d'être des travailleurs, les migrants sont aussi des entrepreneurs et des investisseurs. Si elle promeut ainsi les voies légales de migration, l'OIM s'interroge aussi sur les effets des migrations sur le développement et, à l'inverse, les effets du développement sur les migrations.

Depuis 2008, l'OIM a implanté plus d'une centaine de programmes avec la direction générale de l'aide humanitaire et de la protection civile (DG ECHO), notamment pour la coordination et la gestion des camps de réfugiés. L'organisation publie régulièrement des rapports de situation sur les conflits ou catastrophes naturelles sources de crises humanitaires et de déplacements de populations voire de migrations massives, comme la « crise des réfugiés » liés à la guerre dans l'espace irako-syrien. □



Données de l'OIM

D'après les données fournies par les autorités grecques et recueillies par le Bureau régional de l'OIM en Grèce, plus de 472 000 migrants sont arrivés à ce jour par la mer en Grèce. Pour la période allant du 1^{er} janvier au 30 septembre 2015, les chiffres montrent que sur les quelque 393 000 arrivées en Grèce, le pays d'origine le plus représenté est la Syrie (277 899), suivi de l'Afghanistan (76 620), de l'Iraq (21 552) et du Pakistan (14 323). Entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2014, les arrivées enregistrées en Grèce s'élevaient à 31 000.

En Irak, entre janvier 2014 et septembre 2015, 530 456 familles et 3 200 millions de personnes ont été déplacées

Rapport sur la santé en Europe - 2015
OMS-Europe, octobre 2015



D'après l'OMS-Europe, la Région européenne est en passe d'atteindre la cible de réduction de la mortalité prématurée imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques. Les avancées accomplies sont dues en grande partie aux améliorations réalisées dans les pays qui présentaient les taux les plus élevés de mortalité prématurée. Cependant, d'après les auteurs du rapport, les niveaux de consommation d'alcool, de tabagisme et de surpoids et d'obésité, qui figurent parmi les principaux facteurs de risque de mortalité prématurée, atteignent toujours des niveaux alarmants. Ainsi, les Européens consomment en moyenne 11 litres d'alcool pur par an tandis que le surpoids et l'obésité touchent 59 % d'entre eux et que 30 % sont des fumeurs. La France se situe à la dixième place pour les pays où l'épidémie de surpoids et d'obésité est la plus marquée,

La Région européenne enregistre les taux les plus élevés au monde pour les consommations d'alcool et de tabac et se situe juste derrière la Région des Amériques pour le surpoids et l'obésité. L'OMS reconnaît cependant que les politiques publiques se sont traduites par une tendance à la baisse du tabagisme et de la consommation d'alcool en Europe. Cependant, l'objectif de réduction de 30 % fixé par le cadre mondial de suivi pour la lutte contre les maladies non transmissibles ne sera pas atteint d'ici 2025.

En ce qui concerne les inégalités de santé, la proportion de pays ayant adopté des politiques ciblées et spécifiques pour agir contre les inégalités de santé est passée de 58 % en 2010 à 67 % en 2013. La portée de ces politiques s'est élargie : alors qu'en 2010, elles étaient le plus souvent axées sur l'amélioration de la santé des groupes défavorisés et la bonne santé dans la petite enfance, en 2013, elles étaient plus nombreuses à tenir compte de questions telles que la lutte contre la pauvreté et l'amélioration de l'environnement physique.

Enfin, l'OMS entend mettre davantage en avant la santé et le bien-être que la mortalité et les maladies pour décrire l'état de santé à partir de données subjectives et qualitatives. Un groupe d'experts réuni en janvier 2015 doit en définir le format.

Articuler recherche et pratiques en protection de l'enfance
Observatoire de l'enfance en danger, septembre 2015



À l'occasion de son dixième anniversaire, l'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned) s'est penché lors d'un colloque sur les liens entre la recherche scientifique et la diffusion des pratiques dont les résultats ont été jugés probants, et ainsi articuler recherche et pratiques. Entre *Evidence-base medicine* et recherche-action collaborative, ce dossier de l'Oned étudie les apports et les limites de ces démarches, à partir de situations nationales concrètes dans le champ de la protection de l'enfance.

Des chercheurs français et étrangers ont été mis à contribution pour présenter les résultats de leurs travaux, sur les processus d'implantation d'outil, ou de prise de décision la co-construction de programmes d'intervention, ou encore sur la participation des enfants et des familles.

Les niveaux de vie en 2013

Antoine Boiron et al., Insee Première, n°1566, septembre 2015

À partir de l'enquête *Revenus fiscaux et sociaux* 2013, l'Insee a établi le niveau de vie en France métropolitaine pour 2013.



Le niveau de vie médian de la population s'élève à 20 000 € annuels (1 667 € mensuels), identique à 2012 en euros constants.

Enregistrée dès 2012, la réduction des inégalités se poursuit en 2013, Elle est due à la baisse des revenus liés au patrimoine et à la hausse des impôts pour les ménages les plus aisés, mais aussi à l'augmentation des revenus salariaux liée à l'augmentation des heures travaillées pour les personnes les plus modestes. Les 10 % des personnes les plus modestes ont un niveau de vie inférieur à 10 730 euros, les 10 % les plus aisées ont un niveau de vie supérieur à 37 200 euros, soit 3,5 fois plus.

En 2013, 8,6 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire s'élevant à 1 000 € mensuels (60 % du niveau de vie médian de la population). 14,0 % de la population, sont déclarés comme étant pauvres. Près des deux tiers des ménages bénéficiaires du RSA socle vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le taux de pauvreté des retraités est stable à 7,9 % (7,7 % en 2012). C'est parmi les chômeurs et les adultes de moins de 30 ans que la pauvreté recule le plus (-1,4 point depuis 2012). Le niveau de vie des chômeurs a augmenté de 2,3 %, leur taux de pauvreté est de 37,3 % en 2013. Enfin, les enfants de moins de 18 ans ont bénéficié de la baisse du taux de pauvreté des actifs, notamment chez les enfants vivant dans une famille monoparentale, dont le taux de pauvreté passe sous la barre des 40 %.

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 2015, PARIS
 Avec les usagers inventer des pratiques plus démocratiques

ASH
 Programme

19 NOVEMBRE 2015, AMIENS
 Cinquième journée régionale d'éducation thérapeutique du patient

COPPEPI
 Programme

24 NOVEMBRE 2015, AMIENS
 La sexualité n'est pas mon handicap ! Intimité, vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap

APRADIS
 Contact

24 NOVEMBRE 2015, AMIENS
 États généraux de la pédopsychiatrie en Picardie

GRUPE RÉGIONAL DE PÉDOPSYCHIATRIE

1er DÉCEMBRE 2015, AMIENS
 De la loi de 2005 au pouvoir d'agir : citoyenneté et accessibilité pour une société inclusive

APRADIS, IREPS
 Programme

Erratum

Lors du dernier numéro de la Plateforme Sanitaire et Sociale (n°28), un article abordait le dispositif *Bouge... Une priorité pour ta santé*, faisant la promotion de l'activité physique et sportive, enjeu majeur de santé publique. Ce dispositif amené et développé par la Mutualité Française Picardie depuis six années est soutenu principalement par l'agence régionale de santé (ARS) de Picardie, ce qui n'était pas mentionné.

CÉDRIC VAN GERTRUY, DRJSCS de Picardie

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), Sylvia Carette (ars), Rémy Caveng (université de picardie), Émilie Fauchille (or2s), Lugdivine Godin (msa), Bruno Gøethals (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

