

Plateforme

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE
PICARDIE

SOMMAIRE

EN RÉGION

- 02 « Allez vers » : journée de la PF2S
- 03 Emploi des personnes en situation de handicap
- 04 Étude sur l'observation du sport
- 05 Indicateurs de cohésion sociale
- 06 GeDiDot : dernier-né des projets franco-belges

FOCUS

- 07 **Édito, André Bouvet, DRJSCS**
- 08 **Mobilisation autour du plan pauvreté précarité**
- 09 **Quatre ateliers pour lever les freins**
- 10 **Le plan pauvreté précarité en région**
- 11 **Groupe santé social dans la Somme**
- 12 **Panorama et groupe de travail sur l'aide alimentaire**
- 13 **Oise : demain le pays de Bray**
- 14 **Points conseil budget**
- 14 **Accès au logement : expérimentation à Soissons**



8



2



16



15

15 BRÈVES

16 BRÈV' EUROPE

EUROPE

- 17 Pilier européen des droits sociaux

LU POUR VOUS

- 18 Santé et dépendance des personnes âgées

La scolarisation des enfants en situation de handicap progresse depuis 10 ans

Les solitudes en France 2016

DOC

- 19 L'hébergement d'urgence asphyxié

20 AGENDA

« ALLEZ VERS » : JOURNÉE DE LA PF2S

La journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* s'est déroulée le 24 novembre 2016 à Amiens sur le thème de l'« allez vers » les publics les plus éloignés des services de santé.

Non recours, « allez vers », les mots ont toute leur importance. Dès la conférence d'introduction, Raoul Dubois, personne accompagnée et membre du conseil d'administration de la Fnars des Hauts-de-France, a centré le débat, citant Gandhi : « *Tout ce que vous faites pour moi, sans moi, vous le faites contre moi* ». Car c'est finalement bien de cela dont il s'agit : ne pas laisser à côté de la réflexion et de l'action les populations auxquelles s'appliquent les politiques publiques, dont celles de santé. Ce changement de regard s'est exprimé tout au long de la journée, autour des trois tables rondes qui ont investigué, pour la première, les recherches et études sur le non-recours, notamment en Picardie. Pour la seconde, il s'agissait de rendre compte de quelques politiques publiques mises en œuvre et, pour la troisième, de dispositifs d'action sur le terrain. On pourrait retenir quatre mots clés de l'ensemble des débats : changement de vocabulaire, nouveau paradigme d'action, donner confiance et avoir une posture éthique.

Passer d'une politique publique qui facilite l'accès aux services à une politique qui s'interroge sur le non-recours aux services, c'est passer en quelque sorte d'une position centrée sur l'administration à une position

centrée sur l'individu avec, en filigrane, l'idée d'être « au service de... » et faire en sorte que le service soit rendu. Ce changement de vocabulaire s'accompagne d'un changement de paradigme de l'action publique, portant tant sur le ciblage des populations que sur la connaissance des droits et sur les modalités de délivrance de l'information.

Redonner confiance dans les politiques

Ainsi, les intervenants des tables rondes sont-ils revenus sur la nécessité de mailler le territoire de guichets pour accueillir la population, et de travailler parallèlement sur la littératie en santé et en droits sociaux et sur la dématérialisation de l'information et des services. Tout en faisant attention, ont-ils dit, à la fois à éviter la rupture numérique qui éloignera définitivement de très nombreuses personnes de leurs droits, et du solutionnisme numérique qui peut donner l'illusion que la digitalisation de la société et des rapports sociaux est la seule voie désormais possible et salutaire.

La mutualisation des données, pour mieux approcher les conditions de vie des personnes et de leurs besoins, fait partie des attentes des acteurs de



Raoul Dubois, © OR2S

terrain, comme de pouvoir mettre en place des actions coordonnées entre partenaires tout en associant les personnes concernées.

Car ce qui est revenu aussi à travers les tables rondes, est l'idée que les personnes éloignées des services sont aussi des personnes qui ont perdu toute confiance dans les politiques, les dispositifs et les actions censés les épauler. Redonner confiance dans le « système » est donc une mission fondamentale des acteurs de terrain et des services publics. Elle est l'une des conditions *sine qua non* pour pouvoir faire en sorte que des personnes puissent avoir recours aux services et aux droits auxquelles elles peuvent prétendre. □

EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, a renforcé l'obligation d'emploi de ces personnes dans la fonction publique. Étude en Picardie.

Cette même loi de 2005 a institué le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et, pour accompagner les employeurs, un pacte territorial pour l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique a été lancé en Picardie en 2014 à l'initiative conjointe du préfet de région et du directeur du FIPHFP (Handipacte Picardie). Ce pacte vise notamment à renforcer la connaissance, développer la mise en réseau des acteurs et l'échange de bonnes pratiques sur l'emploi des personnes en situation de handicap dans la fonction publique. Dans le cadre de ses missions, Handipacte Picardie a mis en œuvre un observatoire de l'emploi des personnes en situation de handicap dans la fonction publique afin de pouvoir disposer de données quantitatives et qualitatives, permettant par la suite de mieux orienter l'action des acteurs régionaux pour définir et formaliser une politique adaptée de gestion du handicap en milieu de travail ordinaire. En 2016, un questionnaire a été adressé aux employeurs publics de Picardie de plus de 350 agents afin de mieux connaître la situation régionale en matière d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap. Sur les qua-

rante-quatre structures publiques présentes dans l'Aisne, l'Oise et la Somme, trente-et-une ont répondu à l'enquête. Ces structures emploient plus de la moitié des agents du secteur public de la région (52,6 %), soit près de 80 000 sur les 150 000 agents recensés par l'Insee.

62 % occupent des postes de catégorie C

Parmi eux, plus de 3 300 agents bénéficient de l'obligation d'emploi (BOE), catégorie regroupant quasi exclusivement des personnes en situation de handicap. Ainsi, les BOE représentent 4,20 % des agents des trois fonctions publiques en Picardie. Ils sont plus âgés que leurs collègues et sont peu nombreux avant 40 ans (17 % vs 40 %). De plus, 62 % occupent des postes de catégorie C, soit presque deux fois plus que l'ensemble des agents à l'échelle régionale.

Seuls 158 travailleurs en situation de handicap ont été recrutés en 2014 au sein des structures ayant répondu au questionnaire. Cela représente 1,6 % de l'ensemble des recrutements annuels. Les difficultés pour recruter des personnes en situation de handicap sont liées à un faible niveau de qualification, à une expérience insuffisante

(48 %) ou à un handicap qui apparaît inadapté au type de métier pour lequel elles postulent (45 %).

Pour le maintien dans l'emploi, les employeurs ont notifié près de 2 400 avis de restriction en 2014. Il s'agit le plus souvent de restrictions avec aménagement (65 %), voire de restrictions temporaires (27 %). En revanche, les inaptitudes sont rares, que ce soit au poste ou aux fonctions exercé(es) (5 %) ou à tous les postes ou à toutes les fonctions (3 %). Ces deux dernières catégories concernent tout de même 175 agents.

Pour insérer ou maintenir dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap, 81 % des structures interrogées ont eu recours, en 2014, aux financements du FIPHFP. Les demandes de financement portent essentiellement sur des aides techniques et des aides au maintien dans l'emploi (respectivement 71 % et 58 % des répondants). Enfin, 77 % des structures interrogées ont eu recours à la sous-traitance auprès du secteur adapté (Esat/EA), majoritairement via l'entretien des espaces verts (45 %). □

FLEUR SANNIER,

CHARGÉE DE MISSION HANDIPACTE PICARDIE,

APRADIS PICARDIE

JULIETTE HALIFAX,

CHARGÉE D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES

APRADIS PICARDIE

ÉTUDE SUR L'OBSERVATION DU SPORT

La DRJSCS et l'Insee ont réalisé en 2015 deux études portant, pour l'une sur l'emploi sportif, et pour l'autre, sur les équipements sportifs et leur accessibilité. Associant les Cros Picardie et Nord - Pas-de-Calais au comité de pilotage, les travaux ont duré un an et ont abouti à deux quatre-pages, en ligne sur le site de la DRJSCS Hauts-de-France.

Fin 2013, 14 000 salariés travaillent dans l'un des 6 400 établissements du secteur du sport, soit 7,2 ‰ des effectifs tous secteurs confondus. Les Hauts-de-France se situent au 9^e rang des treize régions métropolitaines. Entre 2008 et 2013, le secteur du sport est l'un des rares secteurs à avoir gagné des emplois (+1 500) alors que sur la même période, et tous secteurs confondus, la région a perdu 50 000 emplois. Ces emplois sont majoritairement implantés dans les espaces les plus peuplés de la région (métropole lilloise, Amiens, Valenciennes), sur le littoral et le sud de l'Oise.

Au cœur de l'emploi sportif, la moitié des emplois est occupée par les professions intermédiaires dont les deux tiers sont des moniteurs, éducateurs et sportifs professionnels. Ces derniers affichent un profil essentiellement jeune et masculin. Ils sont généralement plus diplômés que la moyenne mais cela ne garantit pas pour autant de meilleures conditions d'emplois.

En 2016, près de 25 000 équipements sportifs (bassins de natation, équipements d'athlétisme, salles multi-sports, plateaux et terrains de jeux extérieurs...) sont proposés aux 6 millions d'habitants de la région Hauts-de-France, soit 42 équipements pour 10 000 habitants.

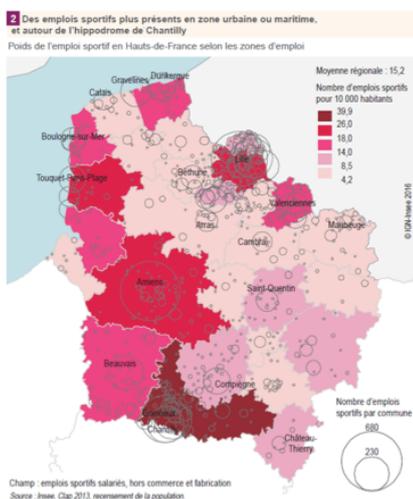
La région est l'une des moins bien dotées de France métropolitaine (47 équipements pour 10 000 habitants en moyenne), devant Provence - Alpes - Côte-d'Azur, la Corse et l'Île-de-France. Cependant, les disparités infra-régionales sont fortes. Plus faible dans le Nord et le Pas-de-Calais, ce taux d'équipement est beaucoup plus élevé dans les trois autres départements.

De même, les zones moins urbanisées, moins denses, paraissent mieux pourvues en équipements sportifs

au regard du nombre de résidents. Le bassin de vie de Lille, qui dispose d'équipements sportifs nombreux et variés, figure parmi les dix les plus faiblement dotés de France. Dans les zones les plus denses du territoire, l'insuffisance éventuelle de l'offre est liée à son accessibilité au sens large : niveau de fréquentation, horaires d'ouverture, fluidité des réseaux routiers et des transports en commun. Par ailleurs, les bassins de natation jouent un rôle de structuration du territoire. Si les Hauts-de-France sont moins bien dotés (0,7 bassin pour 10 000 habitants) que la France métropolitaine (1,0 bassin pour 10 000 habitants), ces équipements sont mieux répartis que d'autres parfois plus fréquents. Tous équipements confondus, la part d'équipements sportifs appartenant à un établissement de coopération intercommunale (EPCI) est de 4 %. Concernant les bassins de natation, elle s'élève à 34 % en moyenne en Hauts-de-France, soit 7 points de plus qu'en France métropolitaine. □

CÉDRIC VAN GERTRUY

DRJSCS Hauts-de-France



INDICATEURS DE COHÉSION SOCIALE

Le deuxième *Indicateurs de cohésion sociale est sur les rails*. S'il reste à l'échelle de la Picardie, ce document propose néanmoins la situation générale pour les Hauts-de-France.

Ce

deuxième volume des *Indicateurs de cohésion sociale*

présente les indicateurs sanitaires et sociaux aux échelons départemental et régional dans la configuration picarde, la *Plateforme sanitaire et sociale*, qui en est le support, a conservé en 2016 ce périmètre régional. Cependant, la valeur des indicateurs pour les Hauts-de-France est donnée chaque fois que cela est possible. Ce document doit donc être lu comme une transition vers des indicateurs pour l'ensemble des Hauts-de-France, une fois que la configuration de la *Plateforme sanitaire et sociale* aura été arrêtée pour la grande région.

Huit chapitres décrivent l'état sanitaire et la situation sociale de la population : démographie, éducation et scolarité, emploi, fragilité professionnelle et revenus, allocations et autres prestations, logement, personnes handicapées, enfance et familles, personnes âgées.

Avec près de deux millions d'habitants, la partie sud des Hauts-de-France connaît un taux d'accroissement entre 2008 et 2013 moitié moindre que celui de la France (+0,21 % vs + 0,50 %) cela est d'autant plus vrai dans l'Aisne (+ 0,05%), alors que l'arrondissement de Montdidier affiche + 0,80 %. Avec 31,7 % de moins de 25 ans, l'ex-Pi-

cardie reste une région plus jeune que la France (30,3 %), mais moins que l'ensemble des Hauts-de-France (32,8 %).

Une hétérogénéité intra- et infra-départementale

Dans les trois départements picards, les jeunes de 18-24 ans sont moins scolarisés qu'en France entière (43,6 % vs 52,2 %), le département de la Somme s'approchant cependant du niveau national (51,5 %). La part des 25-34 ans pas ou peu diplômés est plus importante en ex-Picardie (18,5 %) qu'en France (14,7%) ou dans les Hauts-de-France (16,6 %).

Si le taux des actifs entre 15 et 64 ans est comparable entre l'ex-Picardie (72,2 %) et la France (73,3 %), ce sont les arrondissements frontaliers de l'Île-de-France qui ont les taux les plus élevés, supérieurs à 74 %, pour 68,8 % à l'autre extrémité dans celui de Vervins. Quel que soit l'indicateur pris, cet arrondissement, avec celui de Saint-Quentin, connaît le taux le plus élevé de chômeurs de 15 ans et plus et les revenus les plus faibles : plus de 67 % des foyers fiscaux sont non imposés sur le revenu en

2014. Mais d'une manière générale, l'ex-Picardie a une population plus pauvre que la France : le taux de pauvreté des ménages y est de 15,6 %, supérieur au taux national (14,3 %) mais inférieur au taux des Hauts-de-France (18,1 %).

Au 31 décembre 2014, 9,2 % des ménages étaient allocataires du RSA (8,0 % en France, 12,1 % dans les Hauts-de-France). Ce taux est plus faible dans l'Oise (7,9 %) que dans les deux autres départements ($\pm 10,1$ %). La même tendance s'observe pour les bénéficiaires de la CMU.

La part d'allocataires dans l'ex-Picardie de l'allocation pour adultes handicapés (3,2 %) est supérieure à la part française (2,7 %), alors que celle pour l'éducation de l'enfant handicapé est identique (1,4 %). Ces taux sont particulièrement importants dans la Somme (pour l'AAH principalement) et surtout dans l'Aisne, où un gradient nord-sud est mis en évidence avec les arrondissements de Vervins et de Saint-Quentin qui ont les plus forts taux. Ce gradient se retrouve pour l'allocataire de soutien familial et le nombre de naissances vivantes de femmes mineures, mais il s'inverse pour la prestation d'accueil du jeune enfant.

Enfin, en ce qui concerne les personnes âgées, l'indice de grand vieillissement est plus faible en région qu'en France, mais il y est supérieur dans l'Aisne et l'Est de la Somme □

GEDIDOT : DERNIER-NÉ DES PROJETS FRANCO-BELGES



GeDiDot - BeVeGG

GeDiDot, Gestion et diffusion de données transfrontalières (BEVEGG en flamand), qui réunit les opérateurs de l'observation des Hauts-de-France, Grand-Est, Hainaut et Namur, vise à mettre en commun des données socio-sanitaires entre le nord de la France et la Wallonie.

Co financé par le Fonds européen de développement régional (FEDER - Interreg V), le conseil régional des Hauts-de-France pour la région, et la région Wallone pour la Belgique, GéDiDot poursuit le double objectif de mettre à disposition des données sociales et de santé couvrant la zone frontalière France-Wallonie et de sensibiliser les autorités, les professionnels de santé et autres associations locales à leurs rôles, choix et engagements en matière de santé et de santé publique.

GeDiDot s'articule autour de trois modules de travail. Tout d'abord, celui de l'élaboration d'une base de données transfrontalière pour mettre en commun des données de France et de Wallonie caractérisant la situation sociosanitaire de la population. Il s'agit aussi de documenter les inégalités sociales et territoriales de santé de ce territoire frontalier. Ce travail s'appuie sur les *Tableaux de bord transfrontaliers de santé* des années deux mille dont il poursuit l'idée tout en augmentant le périmètre des indicateurs comparés.

Ensuite, GeDiDot va dresser des profils locaux transfrontaliers de santé qui interpréteront quarante indicateurs sociaux et de santé choisis avec les acteurs locaux frontaliers afin qu'ils se les approprient et orientent leurs actions en faveur de la santé de la population.

Rendre pérenne la diffusion d'indicateurs des populations frontalières

Enfin, ce projet européen mènera une étude de faisabilité pour la création d'un Infocentre de santé publique transfrontalier afin de pérenniser la consolidation des indicateurs sociaux et de santé à destination du grand public, des professionnels et des décideurs.

Pour l'heure, les travaux de GeDiDot en sont en leurs débuts, le projet ayant officiellement démarré en juillet 2016. Les six premiers mois auront permis de poser les bases de la coo-

pération entre les opérateurs, qui, pour la majeure partie d'entre eux, sont de vieux compagnons de route des projets Interreg. Ainsi aux côtés de l'OR2S, de l'OSH et de la Province de Namur, sont venus s'ajouter l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (Iweps) et l'agence régionale de santé du Grand Est.

Pour l'année 2017, les travaux avanceront sur les trois fronts à la fois avec une présentation des premiers résultats prévus pour 2018, le projet se terminant en juin 2020 □

PHILIPPE LORENZO
OR2S Picardie

À côté des opérateurs partenaires, six opérateurs associés suivent les travaux de GeDiDot, un pour le côté français, cinq pour la Wallonie.

- Agence régionale de santé Hauts-de-France
- Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
- Centre d'Éducation du Patient
- Observatoire Franco-Belge de la santé
- Observatoire Wallon de la Santé
- Union Nationale des Mutualités Socialistes

Décliner le plan de lutte contre la pauvreté aux dimensions des Hauts-de-France



ANDRÉ BOUVET
Directeur régional
DRJSCS Hauts-de-France

Dans la région de France la plus jeune, la plus dense, et celle où l'espérance de vie est la plus faible, le niveau de pauvreté le plus élevé et l'état sanitaire de la population parmi les plus préoccupants de métropole, l'État se doit de renforcer l'intervention publique en matière de cohésion sociale au sens large, en ciblant des territoires prioritaires devant bénéficier du principe de solidarité et d'égalité des territoires.

L'instruction du Premier ministre du 16 juillet 2015 portant sur « le renforcement de la territorialisation du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale » a consacré le cadre régional comme garant du pilotage et de l'animation territoriale de la feuille de route 2015-2017. L'échelon départemental est chargé de la mise en œuvre opérationnelle des actions, conformément à la Charte de la déconcentration prise par décret du 19 mai 2015.

Une **nouvelle feuille de route régionale 2016/2017**, validée en pré-CAR (comité de l'administration régionale) le 22 août 2016, **s'articule autour de huit axes prioritaires** : l'accès aux droits, l'accès à la santé, la prévention des ruptures et l'accompagnement des plus fragiles, la participation des personnes en situation de précarité, l'observation sociale, la démarche « aller vers » et l'encouragement à l'innovation sociale. Cette feuille de route recense une quarantaine d'actions. Elle implique une pluralité d'acteurs institutionnels (État, collectivités territoriales, caisses de protection sociale) et associatifs, mais également les représentants des usagers à travers le conseil consultatif des personnes accueillies et accompagnées (CCPA).

La **journée régionale Plan pauvreté** organisée à Amiens à l'espace Dewailly le 13 décembre 2016 en présence du directeur général de la cohésion sociale, M. Viquant, a été l'occasion de faire le point sur les démarches engagées dans les cinq départements avec la réalisation des schémas départementaux de la domiciliation, de l'amélioration de l'accessibilité aux services, et des schémas enfance famille.

Elle a mis en lumière les initiatives et expérimentations menées dans la région telles que :

- le groupe santé social dans la Somme piloté par la DDCS de la Somme et l'ARS ;
- le réseau régional Points conseils budgets piloté par la DRJSCS en lien avec la Banque de France et les DDCS ;
- le coffre-fort numérique expérimenté par le CCAS d'Amiens ;
- le dispositif d'accompagnement aux soins mis en œuvre par la CPAM du Hainaut ;
- le panorama régional de l'aide alimentaire piloté par la DRJSCS ;
- les études menées sur la pauvreté et la ruralité par la DRJSCS en lien avec l'Insee.

L'année 2017 sera consacrée à l'**approfondissement des actions de la feuille de route régionale et à l'engagement des services de l'État et des partenaires pour assurer leur suivi**. La coordination des acteurs sera, à ce titre, essentielle pour poursuivre la lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale dans la région Hauts-de-France.

MOBILISATION AUTOUR DU PLAN PAUVRETÉ PRÉCARITÉ

Le 13 décembre 2016, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale des Hauts-de-France organisait une journée de mobilisation autour du plan contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. L'occasion de présenter la feuille de route régionale.

Structurée en communications plénières et en quatre ateliers thématiques, la journée se proposait de mettre en évidence la réponse régionale à la situation de pauvreté et de précarité caractéristique de la région, ainsi que l'a souligné André Bouvet, directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale en préambule des travaux.

Une caractéristique sur laquelle l'Insee est revenue en montrant que, dans les Hauts-de-France, un million de personnes sur les six millions d'habitants est en situation de pauvreté économique, proportion la plus importante en France hexagonale. Sur cette base, l'Insee a opéré un découpage de la région en sept profils territoriaux, certains territoires concentrant les populations les plus pauvres, avec des taux de plus de 25 % (18,1 % en région) : Fourmies, Hirson, Maubeuge, Creil, Lens, Calais. Mais la pauvreté est aussi une caractéristique des zones urbaines, à l'exception notable du sud de l'Oise qui bénéficie de la proximité de l'Île-de-France.

Les familles monoparentales, les ménages jeunes et, en zone rurale, les ménages les plus âgés, sont les plus touchés par la pauvreté économique. Après une présentation de la feuille de route régio-



Photo : Géry Pamart, DRJSCS 2016

nale du plan (cf. p. 10), Jacques Mukanya est intervenu au titre des personnes accompagnées. En substance de son intervention, il a évoqué le silence « de plus en plus assourdissant dans la société » et a rappelé que la parole des personnes accompagnées devait être écoutée et entendue, alors que souvent elle est « confisquée par le politique, l'administratif, les travailleurs sociaux, les experts... Considérez-nous comme des personnes ressources avec des compétences. » C'est aussi le sens de l'intervention de l'institut régional de travail social (IRTS) des Hauts-de-France qui a construit avec les personnes accompagnées un module de formation des travailleurs

sociaux, orienté vers la participation des personnes accompagnées. Revenant sur l'ensemble des débats en clôture de journée, Jean-Philippe Vinquant, directeur général de la cohésion sociale a souligné l'importance du concours de toutes les politiques publiques avec, notamment en 2017, la contractualisation entre l'État et les conseils départementaux pour les publics en situation d'exclusion. Il a souligné l'importance de l'observation sociale partagée, qui doit conduire à des diagnostics territoriaux et à des plans d'actions communs (diagnostics à 360, schémas départementaux des services aux familles, schémas départementaux de la domiciliation...) □

QUATRE ATELIERS POUR LEVER LES FREINS

Les quatre ateliers organisés durant la journée de présentation du plan avaient pour ambition d'identifier les points de blocage et les leviers pertinents prioritaires pour agir.

Accès à la santé

L'atelier s'est interrogé sur la lutte contre le renoncement aux soins.

Trois blocages ont été repérés :

- défaut d'identification et de repérage de la personne en renoncement de soins ;
- méconnaissance du système de santé du fait de sa complexité et ses carences ;
- accessibilité (financière, physique...)

Les leviers abordent la nécessité d'utiliser plusieurs stratégies pour faire de la santé une priorité : actions d'éducation pour la santé ou parler de santé dans diverses situations de la vie quotidienne. Avoir un accompagnement adapté aux profils et problèmes des personnes et simplifier l'information. Enfin, l'accessibilité nécessite d'éliminer le reste à charge - ce à quoi devrait aboutir la généralisation du tiers-payant - et favoriser la télémédecine.

Agir au plus près des territoires et des personnes

L'atelier s'est centré sur l'observation sociale partagée pour des actions coordonnées.

Parmi les obstacles, on relèvera la non-superposition entre les territoires d'observation et d'action mais aussi la nécessité de croiser les données et de mutualiser les dispositifs pour avancer vers de l'observation, mêlant approches quantitatives et qualitatives. Enfin, l'inscription dans la loi numérique et l'*Open data* est indispensable.

Accès aux droits

Cet atelier visait à favoriser l'accès aux droits à l'ère du numérique et lutter contre « l'illectronisme » des personnes vulnérables.

Trois blocages ont été repérés :

- accès et coût l'outil de l'informatique *versus* les lieux physiques d'accompagnement ;
- difficulté à utiliser l'informatique par manque de connaissance, de confiance ou peur ;
- complexité des formulaires ;
- illettrisme et accès à la langue ;
- formation des personnels et des personnes.

Les leviers identifiés sont de plusieurs natures. D'abord, la mise en place d'ateliers de formation adaptés aux publics, la création de tutoriels ou l'accompagnement par des médiateurs peuvent permettre de réduire la rupture numérique. Tout comme la simplification des dossiers et formulaires informatiques, conçus avec l'aide des personnes concernées. Ensuite, aider financièrement les structures qui luttent contre l'illectronisme et mieux orienter les personnes en difficulté. Enfin, aider les services publics, dont les mairies, voire les associations dans leur rôle d'accompagnement vers le numérique. Des formations au numérique sont à ce stade indispensables.

L'accès aux droits doit aussi évoluer vers le partage d'information à caractère secret sur le numérique.

Prévenir les ruptures et accompagner les plus fragiles

La question centrale de l'atelier était de renforcer la prévention pour éviter les ruptures de parcours.

De nombreux blocages ont été repérés :

- pour les publics : manque ou absence de ressources, rupture du RSA dans le cadre de travail intérimaire, CDD, manque de mobilité, méconnaissance de leurs droits, des dispositifs, des compétences entre les institutions, complexité des démarches administratives ;
- pour les professionnels : méconnaissance des publics les plus en difficulté et des situations dégradées, manque de coordination des acteurs.

Les leviers mis en exergue sont de simplifier les démarches administratives, d'accès aux dispositifs (documents administratifs plus clairs, vocabulaire simplifié...) et de proposer à des personnes concernées de travailler avec les professionnels sur le contenu des imprimés. Il s'agit aussi de développer des démarches pour aller vers les publics qui sont réputés « non captables ».

Enfin, des leviers importants seraient de disposer d'outils d'interconnaissance entre les acteurs, de mise en commun de référents uniques de parcours et d'interventions renforcées, ou encore de partager les données de diagnostic et de suivi individuel. La question du partage d'informations à caractère secret reste cependant posée.

LE PLAN PAUVRETÉ PRÉCARITÉ EN RÉGION

En Hauts-de-France, la feuille de route 2016-2017 décline le plan national en quatre priorités d'action à partir d'un processus participatif : accès aux droits, accès à la santé, prévention des ruptures de parcours et participation des personnes accompagnées.

L'élaboration de la feuille de route 2016-2017 a fait l'objet d'une large concertation auprès des partenaires institutionnels et associatifs de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Les personnes accompagnées, au centre du dispositif, ont aussi été mises à contribution dans ce processus. Avant la présentation finale à Amiens, des avis ont été recueillis auprès des acteurs, lors de deux réunions successives à Lille et à Arras. La feuille de route comprend une quarantaine d'actions réparties en huit axes différents. Quatre portent sur des priorités d'action, et quatre sur les modalités d'action. Au-delà d'une envergure régionale, la couverture de la majeure partie des actions est surtout territoriale, que ce soit les zones rurales, les quartiers de la politique de la ville ou encore les territoires de l'Assurance maladie. Cette approche territoriale est dictée par la nécessité de rejoindre les publics les plus précarisés et les plus éloignés des dispositifs de prévention, de santé comme sociaux. Les populations visées par le plan sont les personnes accompagnées, d'une part, mais aussi les personnes vulnérables en général, dont les jeunes de 16 à 25 ans, les

personnes sans domicile fixe, stable ou vivant dans un habitat en situation de précarité énergétique, d'autre part.

Agir dans la plus grande proximité des populations

Les bénéficiaires de l'aide alimentaire, les parents sans emploi ou les personnes en recherche d'emploi, les jeunes en formation professionnelle, les personnes souffrant d'illettrisme, les assurés en rupture de droits ou en renoncement aux soins, ou encore les jeunes relevant de l'Ase ou les personnes détenues en préparation à la sortie font aussi partie des populations auxquelles le plan s'adresse.

Les dispositifs d'observation et d'innovation seront au cœur du plan. Une plateforme interministérielle et un système d'information partagée (Sipics) en formeront l'armature. La *Plateforme sanitaire et sociale* rénovée en sera l'un des outils. La création programmée en 2017 d'un laboratoire d'innovations territoriales (Siilab) devrait permettre de développer des technologies digitales en direction des acteurs de l'économie sociale et solidaire. □

Axe 1 : Faciliter l'accès aux droits

- Lutter contre le non-recours
- Renforcer l'accès aux droits dans les territoires les plus en difficulté
- Renforcer l'accès aux droits numériques

Axe 2 : Améliorer l'accès à la santé

- Poursuivre les actions du Praps et généraliser les actions labélisées par la Cnamts
- Renforcer les partenariats avec l'ARS et les acteurs de la santé

Axe 3 : Prévenir les ruptures et accompagner les plus fragiles

- Faciliter la fluidité des parcours d'hébergement et de logements et prévenir les ruptures
- Accompagner les plus fragiles pour l'accès à l'emploi et à la formation
- Accompagner les familles et les enfants en situation de précarité

Axe 4 : Favoriser la participation des personnes accompagnées en situation de précarité

Axe 5 : Comprendre la pauvreté pour mieux agir

- Développer l'observation sociale
- Poursuivre les études partenariales en cours sur la pauvreté

Axe 6 : Agir au plus près des territoires et des personnes

Axe 7 : Expérimenter et innover

Axe 8 : Poursuivre la gouvernance territoriale du plan

GROUPE SANTÉ SOCIAL DANS LA SOMME

À partir d'indicateurs sanitaires et sociaux défavorables, et pour lutter contre les inégalités sociales de santé, un groupe santé social a été créé et une convention entre la Cpm et des acteurs de l'offre de soins et de l'hébergement a été signée.

Dans le but de réduire les inégalités sociales de santé des trois départements de l'ex-région Picardie, l'agence régionale de santé (ARS) et la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) de la Somme se sont engagées depuis 2012 dans la création d'outils et de dispositifs facilitant l'accès aux droits et aux soins. Deux groupes santé social ont été créés dans la Somme.

Ces groupes santé social mis en place à Amiens en 2012 et Abbeville en 2016 sont co-animés par l'ARS et la DDCS. Ils sont composés de représentants des structures d'accueil et d'hébergement, des permanences d'accès aux soins de santé (Pass), d'associations, des structures d'addictologie, de la Cpm, du conseil départemental, des CCAS, de l'EMPPASS, les coordonnateurs des contrats locaux de santé.

Cette approche croisée du sanitaire et du social permet de fédérer les acteurs, de décloisonner les champs d'intervention de chacun et d'améliorer les prises en charge des personnes en difficulté en intégrant les notions de « parcours de l'utilisateur », d'« aller vers », de « continuum soins/ prévention/ médico-social ».

Les travaux engagés par ces groupes

s'articulent autour des objectifs du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) et du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Formaliser la coordination entre les acteurs

Travaux du groupe santé d'Amiens

- Élaboration d'une charte partenariale entre les structures d'accueil et d'hébergement, le centre hospitalier Pinel, le CHU d'Amiens et le centre hospitalier d'Abbeville avec, pour objectif principal, d'engager les acteurs du sanitaire et du social dans une démarche de qualité de la prise en charge de l'utilisateur et pour favoriser les liens de coordination entre les hôpitaux et les structures d'hébergement.
- Élaboration de tableaux synoptiques avec les coordonnées des différentes structures pour faciliter la communication entre les professionnels et optimiser la prise en charge des résidents et patients.
- Signatures de conventions entre la Cpm et les acteurs opérationnels : permanences d'accès aux soins de santé,

centres hospitaliers et structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI), et également entre les structures d'accueil et d'hébergement et les structures d'addictologie.

- Formations communes (alcoologie sociale).

- Veille documentaire.

Le **groupe santé social d'Abbeville** a été initié en 2016 dans un contexte de création de places d'accueil et d'hébergement sur ce territoire (UDaus, Coallia, Aprémis) et de mise en place d'un conseil local de santé mentale (CLSM) avec pour objectifs de permettre à ces nouveaux acteurs de se connaître et de formaliser un partenariat.

Les premiers travaux engagés consistent à la mise en place du réseau de ces acteurs pour faciliter le parcours de soins et d'accès aux droits pour les usagers abbeillois (traçabilité d'orientations et d'accompagnements des usagers entre les structures partenaires et la Pass, signature de conventions...)

Le modèle des groupes de la Somme a été reproduit dans l'Aisne et l'Oise et adapté aux spécificités territoriales. □

ÉLODIE DUPUIS, DDCS 80

HENRIETTE NOËL, ARS Hauts-de-France

Article complet sur pf2s.fr

PANORAMA ET GROUPE DE TRAVAIL SUR L'AIDE ALIMENTAIRE

Le projet «Panorama régional de l'aide alimentaire» est une extension à l'ex-Picardie d'un projet mené en 2014 en Nord - Pas-de-Calais. Il constitue une action de la feuille de route régionale de lutte contre la pauvreté.

L'aide alimentaire est un levier incontournable de la lutte contre la pauvreté. Si elle répond aux besoins premiers des personnes les plus démunies, elle est également la porte d'entrée vers un accompagnement social global des bénéficiaires.

La direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) mène depuis 2014 des travaux d'étude et de coordination en matière d'aide alimentaire. Les travaux menés en Nord - Pas-de-Calais en 2014, et aujourd'hui étendus à l'ex-Picardie, consistent à réaliser un panorama régional de l'aide alimentaire et à piloter une instance de coordination et d'échanges sur l'aide alimentaire. Une rencontre des acteurs picards de l'aide alimentaire a eu lieu en juin à Amiens pour présenter l'objet de ces travaux.

Le panorama de l'aide alimentaire est réalisé à partir d'enquêtes en ligne envoyées directement aux opérateurs de l'aide alimentaire. Ces enquêtes seront le support d'une analyse qualitative de la distribution de l'aide alimentaire dans la région.

Cette étude est en outre complétée par un système de géolocalisation et par un travail de cartographie qui permettront, notamment, d'identifier les "zones blanches" et d'adapter l'offre en fonction des besoins. Une restitution de l'enquête sera réalisée auprès de l'ensemble des participants et des partenaires au premier semestre 2017.

Une instance régionale de concertation et de coordination

Parallèlement à cette étude, un groupe de travail régional « aide alimentaire », piloté par la DRJSCS a été mis en place, dans la continuité de ce qui existait dans le Nord - Pas-de-Calais. Deux réunions ont pour l'instant eu lieu à Arras, le 9 septembre 2016 et le 20 janvier 2017.

Font partie de ce groupe de travail, la direction régionale de l'agriculture,

de l'alimentation et de la forêt (Draaf), les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), l'Uriopss, les UDCCAS, et les opérateurs de l'aide alimentaire. Cette instance régionale permet d'aborder les difficultés rencontrées et d'identifier les bonnes pratiques afin de les valoriser et les démultiplier. Les thématiques abordées sont diverses : accessibilité de l'aide alimentaire, bénévolat, accompagnement des bénéficiaires et coordination des acteurs, liens avec les producteurs, lutte contre le gaspillage alimentaire, nutrition des bénéficiaires... Au-delà de la mise en lumière des bonnes pratiques, cette instance a vocation à mettre en réseau les acteurs pour faciliter ensuite des coordinations davantage territorialisées. Elle doit en outre permettre d'identifier les leviers nécessaires pour que l'aide alimentaire soit un vecteur efficace de la lutte contre la pauvreté. □

MAUD ALLANIC, IASS
ROSINE FAURE, CTSS

DRJSCS Hauts-de-France

Article complet sur pf2s.fr

OISE : DEMAIN LE PAYS DE BRAY

Impulsé par la maison de l'économie solidaire, le projet *Demain, le Pays de Bray* a consisté à identifier, sur la base d'un diagnostic participatif, les besoins et aspirations sur le territoire et à mobiliser les ressources existantes pour la création d'actions collectives.

L'origine du projet *Demain, le pays de Bray* remonte au milieu des années quatre-vingt-dix. À l'époque, l'association intermédiaire *Pays de Bray Emploi* est créée pour lutter contre l'exclusion au sein de la communauté de communes du Pays de Bray. Elle évalue les compétences et les savoir-faire des habitants locaux éloignés de l'emploi pour les orienter vers les employeurs potentiels du territoire. Plus d'une décennie plus tard, en 2004, la structure se transforme en maison d'économie solidaire, devenue maison de l'économie solidaire, sous la forme d'une société coopérative d'intérêt collectif (Scic), constituée des quatre structures brayonnes picardes de l'insertion par l'activité économique. Elle répond dans la foulée à l'appel à projets du Fonds social européen (FSE) en proposant *Demain, le pays de Bray*, seule initiative picarde retenue par le FSE. Projet territorial de développement, il optimise le suivi des parcours des personnes éloignées de l'emploi. Cette dynamique est complétée par un fort investissement mutualisé des membres de la Scic autour de cinq

priorités : tourisme vert et métiers liés à l'environnement, revitalisation et développement de l'artisanat, services à la personne, accompagnement de l'émergence d'une zone d'activité commerciale, services rendus aux entreprises et aux artisans. Mais les deux axes structurants de ce pôle territorial de coopération économique (PTCE) sont cependant les éco-activités et les services de proximité. Ils se traduisent notamment par la création d'un bureau d'études mutualisé, l'installation de nouvelles antennes et de nouvelles agences de services à la personne, la réalisation d'une étude d'opportunité et de faisabilité d'une pépinière artisanale et de services, le développement et la création de nouveaux services d'une recyclerie, l'accompagnement et l'aménagement de la réforme des rythmes scolaires, des actions de prospective, de sensibilisation, d'accompagnement et d'essaimage.



Les actions menées en matière de tourisme vert, d'environnement, de formation, de services, sont de véritables vecteurs d'insertion. Elle ont conduit à la création d'environ cinquante emplois en équivalent temps plein (ETP), principalement à destination des publics prioritaires du territoire, pour un ensemble de 145 ETP pour la maison de l'économie solidaire.

Enfin, les actions font l'objet d'une recherche scientifique en partenariat avec l'Institut Godin, l'université Picardie Jules Verne. Son objectif sera de mettre en lumière les régularités et les spécificités des processus de coopérations économiques sous l'angle des pratiques solidaires, afin d'identifier leur rôle dans la réussite des dynamiques territoriales et dans l'émergence de processus d'innovation sociale. □

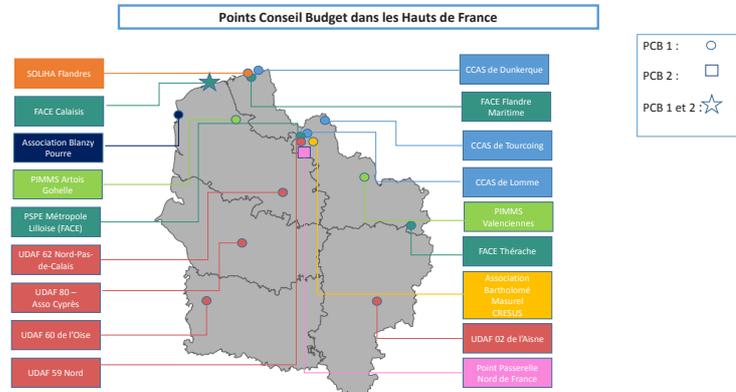
POINTS CONSEIL BUDGET

Officiellement lancée le 4 mars 2016 par le préfet de région, l'expérimentation des points conseil budget (PCB) est l'une des mesures du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté par le Gouvernement en janvier 2013. Elle est pilotée par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), en lien avec la direction générale du Trésor, la Banque de France et l'appui de l'Agence nouvelle des solidarités actives. Les PCB sont déployés dans quatre régions expérimentatrices du dispositif : Hauts-de-France, Grand-Est, Île-de-France et Occitanie. Dix-huit points conseil budget existent en Hauts-de-France. Les points conseil budget ont pour vocation de mieux orienter et accompagner les publics faisant face à des difficultés budgétaires et financières et de prévenir le surendettement. Ce sont des lieux ouverts à tous qui permettent à chacun de bénéficier de conseils personnalisés, confidentiels et gratuits concernant la gestion de leur budget ou leur situation finan-

cière. L'écosystème local des PCB est constitué de nombreuses parties prenantes qui maillent le territoire : réseaux locaux de créanciers, trésoreries locales, justice, banques, département, associations, maisons de services au public, CCAS... Au niveau régional et national, les partenariats avec des entreprises créancières progressent et se structurent. Les PCB sont en lien avec des plateformes régionales spécialisées dans l'intervention auprès des créanciers, afin de stabiliser durablement la situation des personnes en difficulté.

Les structures labellisées ont engagé ou programmé des formations de leurs personnels pour être mieux à même de conseiller des publics assez diversifiés.

HOCINE DRISSI
DRJSCS Hauts-de-France



ACCÈS AU LOGEMENT : EXPÉRIMENTATION À SOISSONS

Débuté en novembre 2015, ce projet fait suite au constat de la présence en ville d'hommes isolés, en grande errance médicale, psychique et sociale. Ces personnes multiplient ou ont multiplié les prises en charge en structures d'hébergement, ou les prises en charge médi-

cales, psychiatriques ou judiciaires, sans solution pérenne ou stable dans l'offre classique d'hébergement d'urgence ou de l'insertion. Le projet a donc été de permettre un accès direct au logement, sans passer par l'hébergement, avec un accompagnement social et sanitaire renforcé. Il repose sur la prise en charge de huit

personnes à la fois au maximum et bénéficie d'un co-financement à part égale et d'un co-pilotage de la commune et de l'État, ainsi que de la coopération des acteurs locaux comme Coallia, le centre hospitalier de Soissons ou encore le centre médico-psychologique. □

La cigarette électronique et l'US Surgeon General



Le Médecin général du Département de santé et des services sociaux des États-Unis, met en garde, dans son rapport annuel, sur les dangers que constitue pour la santé des jeunes l'utilisation de la cigarette électronique.

Ce mode de consommation du tabac largement adopté par les jeunes, a augmenté de 900 % entre 2011 et 2015 chez les élèves de lycée et est devenu majoritaire. Pour autant, le Médecin général avertit que la cigarette électronique n'est pas aussi inoffensive qu'on voudrait bien le dire. Tout au contraire, son rapport met en lumière ses méfaits, par exemple sur le développement du cerveau des plus jeunes, et mêmes des jeunes adultes. Les données, qu'il juge encore lacunaires, sont cependant suffisamment probantes à ses yeux pour qu'il veuille engager des stratégies et actions de prévention visant à contrer le développement de la cigarette électronique.

Conseil de la vie collégienne

À l'instar des lycées, les collèges se dotent d'un conseil de la vie collégienne. Composé de représentants des élèves, d'au moins deux représentants des personnels dont un personnel enseignant et d'au moins un représentant des parents d'élèves, il est présidé par le chef d'établissement.

Le conseil de la vie collégienne formule des propositions :

- sur les questions relatives aux principes généraux de l'organisation de la scolarité, à l'organisation du temps scolaire, à l'élaboration du projet d'établissement et du règlement intérieur, ainsi que sur les questions relatives aux équipements, à la restauration et à l'internat ;
- sur les modalités d'organisation du travail personnel et de l'accompagnement des élèves ainsi que sur les échanges linguistiques et culturels en partenariat avec les établissements d'enseignement étrangers ;
- sur les actions ayant pour objet d'améliorer le bien-être des élèves et le climat scolaire et de promouvoir les pratiques participatives ;
- sur la mise en œuvre du parcours d'éducation artistique et culturelle prévu par l'article L. 121-6, des actions concourant à l'apprentissage et l'exercice de la citoyenneté dans le cadre de l'enseignement moral et civique, du parcours individuel d'information, d'orientation et de découverte du monde économique et professionnel et du parcours éducatif de santé prévu ;
- sur la formation des représentants des élèves.

Accès permanent au système des données de santé : peu de structures en région

Dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé (2016), les décrets sur l'accès au système national des données de santé sont parus à la toute fin 2016. Le système national est une base de données rassemblant des informations sur le parcours de santé : consultations chez les professionnels de santé, prescriptions de médicaments, hospitalisations, causes médicales de décès. L'analyse de ces données devrait permettre d'accroître les connaissances sur le système de santé : parcours de soins des patients, pratiques de prescription des médecins, sécurité sanitaire, etc. L'enjeu est d'améliorer les politiques publiques de santé, l'information des patients et de faire progresser la recherche médicale.

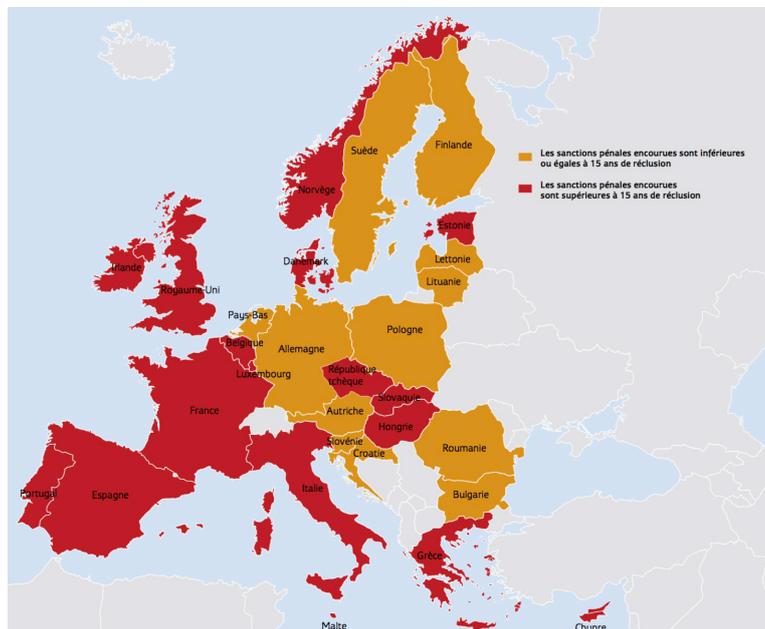


Les décrets publiés précisent les conditions d'accès au système selon deux modalités. Ils nomment les organismes qui auront un accès permanent aux données pour accomplir une mission de service public. Tous les autres, publics et privés, à but lucratif ou non, pourront accéder ponctuellement au système national des données de santé sur autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Les organismes qui ont un accès permanent sont peu nombreux et essentiellement nationaux : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Haute Autorité de santé (HAS), Santé publique France, Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie... En région, il s'agit des ARS, ORS, URPS, équipes de recherche de l'Inserm et des CHU..., et ce, pour des niveaux de précisions différents.

L'Institut national des données de santé (INDS) enregistrera les demandes et accompagnera les utilisateurs du système. Un référentiel de sécurité garantira la confidentialité des données personnelles qui ne comporteront aucun identifiant (nom, prénom, adresse...) Un pseudonyme non signifiant sera associé aux données personnelles et sera utilisé pour alimenter le système national des données de santé et pour appairer les données.

Législations et réglementations relatives aux infractions de trafic aggravé de stupéfiants dans l'Union européenne et la Norvège (septembre 2016)



Caroline Protais, Note n° 2016-05, OFDT, décembre 2016

L'Europe des stupéfiants

Si partout dans l'Union européenne la détention de stupéfiants pour usage personnel est prohibée, dix-huit États membres ne prévoient aucune sanction privative de liberté, ni pour l'usage, ni pour la détention « mineurs » de drogue (Allemagne, Bulgarie, Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, Italie, Irlande, Lettonie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, République tchèque et Slovaquie). En Belgique, Luxembourg, Irlande, Royaume-Uni, cela est restreint au seul cannabis. Dans les six derniers pays, des sanctions privatives de liberté sont prévues pour l'usage personnel et de détention de drogues : Chypre, Estonie, France, Hongrie, Norvège, Suède. En France, les juges font cependant la plupart du temps une différence, non inscrite dans la loi, entre la détention pour usage personnel ou pour le trafic. Les législations sont plus homogènes concernant le trafic. Un minimum de dix années de réclusion criminelle est prévue dans ce cas. La quantité et le type de substance proposée sont des critères d'aggravation des sanctions, ce qui joue moins dans le traitement des infractions d'usage et de détention.

Situation sociale en Europe

Le Comité de la protection sociale a publié une situation sociale de la population des vingt-huit États membres de l'Union. Si les indicateurs de protection sociale font apparaître une évolution favorable continue du marché du travail, et mettent en évidence une transition vers des résultats positifs, l'Union européenne se trouve toujours bien loin de la réalisation de ses objectifs d'inclusion sociale à l'horizon 2020. Le nombre de personnes exposées au risque de la pauvreté ou d'exclusion sociale est toujours élevé. Ainsi, une détérioration générale et constante de la situation en matière de pauvreté, ses gravité et persistance sont toujours observées. Le Comité note une hausse de la part de la population vivant dans des ménages quasiment sans emploi. Elle s'accompagne d'une augmentation du taux de risque de pauvreté pour les personnes vivant dans ces ménages. Le chômage de longue durée et les perspectives d'emploi pour les jeunes (15-24 ans) demeurent de vrais problèmes. Cependant, certains signes positifs pointent, comme la diminution du nombre des jeunes sans emploi, sans éducation, sans formation (NEET) et la baisse du chômage des jeunes.

Mais, depuis 2008, les inégalités de revenus se sont accrues dans près de la moitié des États membres, tandis que des écarts importants persistent en matière de soins de santé



de qualité en fonction des niveaux de revenu. Le Comité souhaite l'intensification des efforts des États membres pour garantir un accès universel à des soins de santé de grande qualité tout en veillant à financer ceux-ci de manière appropriée et durable en s'appuyant sur les innovations et les progrès technologiques. Pour le Comité, il est indispensable d'améliorer la performance des systèmes de protection sociale pour la prévention et la réduction de la pauvreté, notamment en s'appuyant sur une assurance sociale et une assistance sociale efficaces ainsi que sur les investissements sociaux. C'est le prix de la réalisation de l'objectif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale à l'horizon 2020 et de l'amélioration des résultats en matière sociale et pour l'emploi.

PILIER EUROPÉEN DES DROITS SOCIAUX

Dans son discours sur l'état de l'Union, en septembre 2015, Jean-Claude Juncker, président de la Commission européenne, s'était engagé à mettre en place un socle européen des droits sociaux afin de parvenir à une Europe « triple A social ». Fin décembre 2016, les parties prenantes ont rendu leurs réflexions suite à la consultation lancée en mars.

Le socle européen des droits sociaux repose sur l'observation de déséquilibres persistants dans certains États membres qui peuvent compromettre la stabilité de l'ensemble. Le rapport des cinq présidents* *Compléter l'Union économique et monétaire européenne* demande ainsi qu'une attention forte soit portée aux performances sociales et aux résultats en matière d'emploi. En ligne de mire, se doter de structures économiques plus robustes. Le socle européen des droits sociaux doit tenir compte de l'évolution des sociétés européennes et du monde du travail pour pouvoir faciliter le retour à la convergence dans la zone euro.

L'« Europe sociale » n'est pas une nouveauté et elle était présente dès 1957 dans le Traité de Rome ainsi que dans la Charte des droits fondamentaux, à laquelle le Traité de Lisbonne a donné une force contraignante en 2009. Ces textes ont notamment consacré des droits en matière de libre circulation des travailleurs, d'accès au marché du travail ou encore de lutte contre les discriminations.

La proposition actuelle de la Commission comprend trois grands domaines pour le socle :

* Commission européenne, Sommet de la zone euro, Eurogroupe, Banque centrale européenne, Parlement européen

- **l'égalité des chances** avec le développement des compétences, de l'apprentissage tout au long de la vie et du soutien actif à l'emploi. Ces éléments sont jugés indispensables pour accroître les possibilités d'emploi, faciliter les transitions entre les différentes situations professionnelles et améliorer l'employabilité ;

- **des conditions de travail équitables** pour établir un équilibre adéquat et fiable dans la répartition des droits et des obligations entre travailleurs et employeurs. Elles permettent de garantir l'équilibre entre flexibilité et sécurité afin de faciliter la création d'emplois, l'embauche et l'adaptabilité des entreprises, et pour promouvoir le dialogue social ;

- **une protection sociale adéquate et viable** qui inclut l'accès à la santé, à la protection sociale et à des services de qualité, notamment pour l'accueil des enfants, les soins de santé et les soins de longue durée.

En réponse à la consultation de la Commission, l'Assemblée nationale insiste sur la nécessité de renforcer les droits sociaux existants ou à venir. Les députés mettent en exergue trois principes : l'amélioration des conditions d'accès au marché du travail, la mise en œuvre des conditions de l'équité et de l'égalité au travail et la lutte contre la pauvreté et les inégalités. Ils appellent à une meilleure coordination économique et adaptation du droit du travail et de la pro-



Jean-Claude Juncker, 9 septembre 2015

tection sociale aux nouvelles formes d'emploi liées à la numérisation de l'économie et au développement de la pluriactivité.

Pour le Conseil économique, social et environnemental (Cese), l'effectivité des droits est la condition indispensable à la crédibilité de la démarche. Le Cese estime que le projet n'articule pas l'offre de prestations, de services de soutien et d'accompagnement adaptés.

En 2017, le socle deviendra le Pilier européen des droits sociaux. La version consolidée par la consultation sera disponible dans les premières semaines de l'année. Il sera alors la feuille de route pour que les États membres de la zone euro entament des réformes. Il pourra être étendu aux autres États de l'Union qui ne partagent pas la monnaie unique. □

Santé et dépendance des personnes âgées

Lucie Calvet, et al., État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile, *Études et Résultats*, n°988, Drees, décembre 2016

Yara Makdessi et Nadège Pradines, En Ehpad, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës, *Études et Résultats*, n°989, Drees, décembre 2016

Deux études menées par la Drees font le point sur la santé des personnes âgées selon leur milieu de vie.



D'après l'étude de Calvet, 86 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant en institution sont dépendantes, contre 13 % des personnes vivant à domicile. Elles déclarent aussi plus souvent des limitations fonctionnelles : limitations sensorielles (45 %), limitations cognitives (68 %), ou encore limitations physiques (91 %).

Les personnes vivant à domicile déclarent peu de maladies létales. En revanche, pour des maladies comme les cancers, maladies cardiaques et le diabète, il n'y a pas de différence de déclaration entre les personnes vivant en institution et celles vivant à domicile.



De leur côté, Makdessi et Pradines indiquent, selon l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2011, que neuf résidents en Ehpad sur dix souffrent d'affections neuropsychiatriques tandis qu'un résident sur cinq s'est rendu aux urgences. Ils cumulent en moyenne de six à huit pathologies selon le degré de dépendance. Environ 40 % des résidents les plus dépendants ont au moins une pathologie chronique non stabilisée, contre 27 % des autres résidents ; entre 26 % (GIR-1) et 37 % (GIR 2) ont au moins une pathologie aiguë, contre 10 % pour les autres résidents. Les résidents hospitalisés sans programmation préalable sont deux fois plus nombreux que ceux pour lesquels l'hospitalisation a été prévue.

Les résidents hospitalisés sans programmation préalable sont deux fois plus nombreux que ceux pour lesquels l'hospitalisation a été prévue.

Les solitudes en France 2016

Fondation de France, décembre 2016

La Fondation de France a mené une étude sur l'isolement, qui toucherait 10 % de la population. Les résultats indiquent que les conditions de vie favorisent ou empêchent le lien social et augmentent le risque d'isolement. Ainsi, les personnes isolées sont sur-représentées parmi les chômeurs et les inactifs non étudiants ou les personnes au foyer. Plus du tiers a des bas revenus, contre un quart dans l'ensemble de la population. Elles sont par ailleurs sur-représentées parmi les Français qui s'imposent des restrictions sur leurs dépenses de santé et d'alimentation. Elles se désengagent de la vie publique et sont défiantes, particulièrement envers les institutions, et montrent sentiment d'insécurité dans leurs relations aux autres.

L'étude met en avant que la solitude n'est pas choisie. Les personnes isolées ou socialement fragiles se sentent plus souvent abandonnées, exclues ou inutiles. L'enquête a été réalisée en ligne, entre décembre 2015 et janvier 2016, auprès d'un échantillon représentatif de 3 050 personnes de 15 ans et plus.



La scolarisation des enfants en situation de handicap progresse depuis 10 ans



Sylvie Le Laidier, Hélène Michaudon, Patricia Prouchandy, *Note d'information DEPP*, n°36, décembre 2016

La loi de 2005 a fait progresser le nombre de jeunes scolarisés en situation de handicap. La scolarisation en milieu ordinaire des élèves en situation de handicap a augmenté de 80 % en neuf ans. À la rentrée 2015, 350 300 enfants jeunes en situation de handicap sont scolarisés, dont près de 80 % en milieu ordinaire (école, collège, lycée) et 20 % en milieu spécialisé. Dans le premier comme dans le second degré, 30 % des jeunes scolarisés en milieu ordinaire sont en Ulis. Un petit nombre (2 % à 3 %) bénéficie d'une scolarité partagée entre milieu ordinaire et milieu spécialisé. En 2015, les élèves fréquentent plus souvent une classe ordinaire qu'en 2006. Dans le second degré, les effectifs ont été multipliés par 2,7. Cette hausse s'est aussi accompagnée d'une très forte augmentation du nombre d'élèves scolarisés en Ulis. L'accompagnement individualisé a plus que doublé et concerne aujourd'hui 39 % des élèves du premier degré et 18 % de ceux du second degré. En neuf ans, les effectifs d'élèves scolarisés en Ulis ont progressé de 8 700 dans le premier degré, soit un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 2,2 %, et de 26 700 dans le second degré, soit un TCAM de 16,2 %. Les modes de scolarisation sont fortement liés à la déficience : les enfants porteurs d'un trouble intellectuel ou cognitif restent les plus nombreux à être scolarisés en classe spécialisée.

L'HÉBERGEMENT D'URGENCE ASPHYXIÉ



Dans son rapport, Philippe Dallier, sénateur et rapporteur spécial de la mission « Égalité des territoires et logement » s'est intéressé à la dotation financière de l'hébergement d'urgence et aux conséquences du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Douze recommandations en forme la conclusion.

Menée au second semestre 2016, l'enquête de Philippe Dallier dresse quelques constats alarmants.

Elle pointe tout d'abord la « sous-budgétisation chronique » des crédits consacrés à l'hébergement d'urgence, ce qui met en grande difficulté les services déconcentrés de l'État et les structures gestionnaires. L'une de ses conséquences est le déficit de pilotage et une gestion « dans l'urgence ». S'il reconnaît que des efforts ont été réalisés pour améliorer la prise en charge des personnes sans-abri ou mal logées, en particulier avec la création de 30 000 places entre 2012 et 2015, le rapporteur spécial estime que le recours aux nuitées d'hôtel constitue une grande part de cette augmentation. Le secteur de l'hébergement d'urgence semble ainsi au bord de l'asphyxie, sous le double effet de la crise économique et de la hausse des demandeurs d'asile.

La saturation des dispositifs d'hébergement d'urgence s'explique aussi par un taux de rotation trop faible des places existantes et par un manque de solutions à la sortie pour les publics hébergés. Les dispositifs de connaissance de l'offre et de la demande restent encore insuffisam-

ment développés tandis qu'une plus grande rationalisation des coûts devrait être recherchée.

Développer le système d'information

À partir de ses constats et observations, le rapporteur spécial formule douze recommandations. Les six premières s'adressent au financement de la politique de l'hébergement d'urgence, en commençant par l'arrêt définitif de sa sous-budgétisation pour une gestion plus efficace, y compris en ce qui concerne l'immigration et l'asile. Le rééquilibrage des crédits entre les régions, l'amélioration du pilotage, notamment pour suivre l'exécution des crédits, une politique de convergence tarifaire pour l'ensemble des structures pour systématiser le conventionnement font aussi partie de cette panoplie de mesures. Un deuxième set de recommandations s'intéresse à la réforme du système d'information pour fluidifier le suivi du parcours des publics hébergés. La généralisation du système développé pour les SIAO (SI-SIAO) à l'en-

semble des acteurs (volets urgence et insertion), faciliterait la régulation par les structures gestionnaires et assurerait un meilleur pilotage grâce à une meilleure connaissance de la demande, des parcours des personnes hébergées et de l'offre la plus adaptée.

Deux recommandations reviennent, l'une pour contenir sur les nuitées d'hôtel et développer les modalités de contrôle pour garantir l'accueil de familles dans un hébergement décent et offrir un accompagnement social plus actif, l'autre pour soutenir les opérations de rachat d'hôtels, afin de rationaliser les coûts tout en offrant de meilleures modalités d'accueil des publics hébergés. Enfin, les deux dernières recommandations veulent fluidifier les parcours, améliorer le taux de rotation des places et accélérer le développement de solutions qualitatives, d'une part, et soutenir le développement de l'intermédiation locative et prévenir la pénurie de logements proposés par une communication active à destination des bailleurs et par un dispositif d'incitation efficace envers les bailleurs, d'autre part. □

2-3 FÉVRIER, LILLE

16^e édition du Congrès Interrégional et transfrontalier de gérontologie. Nutrition et vieillissement : le challenge !

**SOCIÉTÉ SEPTENTRIONALE DE GÉRONTOLOGIE CLINIQUE
FONDATION DIGEST SCIENCE**

[Programme](#)

10 FÉVRIER, AMIENS

Démineurs ou la parole donnée aux mineurs isolés étrangers en France

APRADIS

[Programme](#)

1-2 JUIN, ARRAS

Colloque international Frontières, territoires de santé et réseaux de soins

UNIVERSITÉ D'ARTOIS

[Programme](#)

12 JUIN, ROUËN

Colloque international « Décloisonner le suivi et le soin des personnes en situation de handicap et/ou atteintes de pathologies chroniques »

UNIVERSITÉS DE ROUEN ET CAEN

[Programme](#)

2 JUILLET, BESANÇON

14^e Université d'été francophone en santé publique de Besançon

**ARS FRANCHE-COMTÉ,
UNIVERSITÉ DE BESANÇON,
EHESP**

[Programme](#)

4-6 OCTOBRE, AMIENS

Congrès ADELFSFSP «Sciences et acteurs en santé : articuler connaissances et pratiques »

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE

[Programme](#)

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

Je m'inscris sur pf2s.fr

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

Directrice de publication : Dr Élisabeth Lewandowski (or2s)
Comité de rédaction : Bertrand Boixeda (conseil départemental de l'Oise), Anne-Claire Boucher (conseil départemental de la Somme), Rémy Caveng (université de Picardie), Émilie Fauchille (or2s), Julien Kounowski (drjscs Hauts-de-France), Lugdivine Godin (msa Picardie), Bruno Goethals (carsat Nord-Picardie), Juliette Halifax (apradis de Picardie) Laurent Haegemann (msa Picardie), Marie-Véronique Labasque (apradis de Picardie), Patrick Le Scouëzec (insee), P hauts-de-Francehi-lippe Lorenzo (or2s), Laurence Moutiez (conseil régional Hauts-de-France), Aline Osman-Rogelet (or2s), Claude Thiaudière (université de Picardie), Christophe Trouillard (drjscs Hauts-de-France), Alain Trugeon (or2s), Cédric Van Gertruy (drjscs Hauts-de-France)

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo
n° ISSN : 1962-283X

