

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°14

décembre 2011

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé

- Portrait de jeunes : journée d'étude de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie 2

Actualité

- 2011, année des patients et de leurs droits 3

Brèves

Entretien

- Mise en place du droit au logement opposable. Entretien avec Bernard Lacharme, secrétaire général du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées 5

Initiative

- Cohésion sociale et égalité hommes et femmes. Pour une réflexion sur les usages et les discours sur les données sexuelles 6

Focus

- Observer les jeunes : approche quantitative 8
- Observer les jeunes : approche qualitative 10

Données nationales

- Inégalités sociales de santé 11

Brev'd'Europe

Europe

- Observatoire franco-belge de la santé : site internet dédié patients et professionnels de santé 12

Doc

- France : portrait social 15

Tribune libre

- Anne Bourgain 16

Agenda

Des élèves et l'éducation à la santé

L'éducation à la santé en milieu scolaire s'appuie sur une démarche globale et positive, structurée autour de cinq axes prioritaires : l'hygiène de vie, l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques ; l'éducation à la vie affective et sexuelle ; la prévention des conduites addictives et la lutte contre les jeux dangereux ; la prévention du mal-être ; la formation aux premiers secours.

Les actions de prévention s'inscrivent dans le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), instance de réflexion, d'observation et de propositions. Elle conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif dans ce domaine. Il fait partie intégrante du projet d'établissement et il contribue ainsi à favoriser une politique globale de réussite de tous les élèves.

Le CESC organise le partenariat en fonction des problématiques éducatives à traiter. Les thématiques sont de plus en plus vastes, de plus en plus transversales avec la nécessité d'évaluer les actions par des indicateurs pertinents. Le projet du CESC s'appuie donc sur un diagnostic local de l'établissement scolaire qui prend en compte les indicateurs de santé, le contexte et les demandes de la communauté éducative. L'enquête *Jesais*, renseignée par les infirmiers scolaires lors des bilans effectués en sixième et en seconde, permet de connaître les comportements de santé de la population scolaire. Cet outil essentiel est utilisé, d'une part, pour prioriser les actions à mettre en œuvre et, d'autre part, pour les évaluer. Cette enquête, reconduite chaque année depuis 2005, est le fruit du partenariat entre l'OR2S, l'ARS, le conseil régional et le rectorat.

L'éducation à la santé, à la citoyenneté et au développement durable sont trois champs qui se rejoignent dans les concepts qu'ils abordent et les compétences qu'ils mettent en œuvre. Leur logique commune doit permettre une mise en cohérence des actions menées dans ces trois domaines. C'est pourquoi les objectifs du projet académique 2011-2014 sont :

- 1 - Apporter aux élèves les connaissances et les méthodes nécessaires pour se situer dans leur environnement et y agir de manière responsable en adoptant des comportements propices à la santé, la sécurité, notamment routière, la citoyenneté, la gestion durable de la planète et au développement des solidarités locales et mondiales.
- 2 - Valoriser la participation, la responsabilité et l'autonomie des élèves vis-à-vis de la santé, de la citoyenneté et du développement durable et promouvoir la participation et l'engagement citoyens.
- 3 - Favoriser la mutualisation et la mise en réseau des établissements impliqués dans des actions de santé, de citoyenneté et de développement durable.

Diverses actions de prévention ont été mises en place par l'académie d'Amiens. On peut citer :

- la *Task force alcool* qui a pour objectif de réduire la consommation d'alcool, notamment chez les jeunes, en privilégiant l'élaboration de projets de territoire et en sensibilisant l'ensemble de la population ;
- *École 21*, programme transfrontalier entre la France et la Belgique de promotion de la santé et du développement durable ;
- *Bouge... Une priorité pour ta santé*, programme national décliné au niveau régional. Il vise en collaboration avec des partenaires à promouvoir l'activité physique dans une démarche de prévention globale ;
- Les *Forums Adolescents*, forums permettant à des experts et des adolescents d'échanger et de confronter leurs points de vue afin d'ouvrir des pistes de réflexion en matière de risques de santé des adolescents.

Pour que les élèves puissent faire des choix éclairés et responsables, les actions s'accompagnent nécessairement de la recherche du développement de l'autonomie des jeunes et de leur responsabilisation face aux grands enjeux de la société moderne.

Jean-Louis MUCCHIELLI
Recteur de l'académie d'Amiens
Chancelier des universités

Portrait de jeunes : journée de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie

Inaugurée depuis deux ans maintenant, la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie organisait sa journée annuelle de réflexion à Beauvais sur les jeunes. L'objectif était de brosser un large portrait de la santé et du bien-être des jeunes à partir de données du terrain et de quelques dispositifs.

Plusieurs temps forts ont émaillé cette journée tenue dans les locaux des archives départementales de l'Oise. Une première séance a permis de revenir sur les données quantitatives recueillies par l'Insee (*Les jeunes en Picardie*) et l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie (*Baromètre santé, Jesais*). On retiendra la forte hétérogénéité des situations observées, que ce soit en fonction de l'âge, du genre ou encore de l'échelon territorial. Une Picardie que les indicateurs, quels qu'ils soient, opposent souvent à la France, la mettant le plus souvent en position, au mieux équivalente à la moyenne nationale, très souvent moins favorable. Les discussions qui ont suivi lors de la table ronde organisée sur l'utilisation des données, ont permis de démontrer toute l'utilité des indicateurs statistiques dans le choix des politiques publiques de santé publique et de prévention.

Construire les partenariats

Mais des zones d'ombre sont apparues : données non recueillies, non exploitées, non accessibles. Ainsi, par exemple, des études sur le mal logement des jeunes, dont les étudiants, semblent faire défaut. Elles permettraient de mieux connaître les situations les plus délicates et certainement d'orienter les dispositifs pour y remédier.

Zones d'ombre aussi car l'approche quantitative a ses limites et la réflexion devrait tout autant s'appuyer sur une démarche compréhensive, approchant la connaissance par les gens eux-mêmes de leurs comportements et actions.

Les présentations qui se sont déroulées l'après-midi sur les quatre thèmes choisis : grossesses adolescentes, jeunes sous protection judiciaire, logement des 16-21 ans et pratiques sportives ont poursuivi les réflexions et débats entamés durant la matinée. Quatre mots clés peuvent les résumer : partenariat, échange et partage, pérennisation des dispositifs et anticipation.

Les partenariats auront été à l'honneur, tant pour valoriser ceux existants que pour déplo-

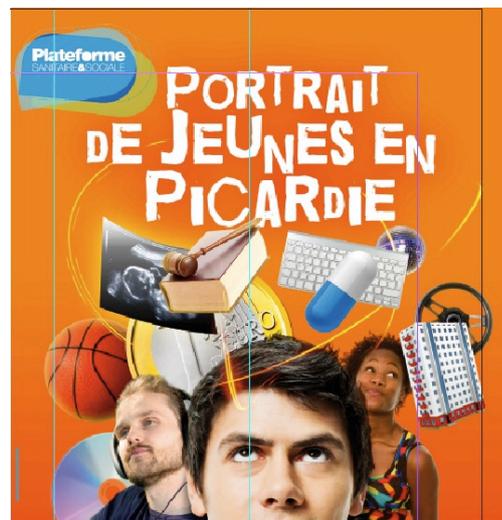
rer l'absence de certains. Valorisation des partenariats d'études entre l'Insee, le conseil général de l'Oise ou encore l'OR2S qui permettent, non seulement de mutualiser les moyens, mais aussi d'harmoniser les pratiques de recueil et de faciliter l'acculturation des uns aux autres. Mais ces partenariats et échanges doivent tout autant porter sur la conception des données que sur leur mesure. Ainsi, les données statistiques, élaborées à partir de recueils administratifs ou d'enquêtes *ad hoc*, devraient être confrontées à la réalité vécue sur le terrain par les acteurs et les population pour ne pas être «en décalage».

Avoir le souci des gens

De même, et peut-être plus fondamentalement, l'utilisation partagée des catégories pour découper la réalité est aussi à interroger en ce qu'elle pourrait finalement masquer en partie la réalité. Il s'agit ici moins de zones d'ombre que de l'invisibilité de situations parce qu'elles échappent à tout processus d'étude. Partenariats aussi dans l'élaboration des politiques publiques, telle la démarche *bottom-up* de l'agence régionale de santé qui associe tous les partenaires, institutionnels comme de terrain, dans l'écriture des schémas comme celui de la prévention.

Mais des partenariats qui brillent aussi par leur absence et dont le défaut rend encore plus fragile l'accompagnement de certains publics. Aura ainsi été citée la mauvaise, voire la non-articulation entre le judiciaire et le psychiatrique pour ce qui est appelé les « publics frontières », bénéficiant partiellement ou pas du tout de dispositifs d'accompagnement parce que se situant juste au delà des critères d'inclusion. D'où la justification de la pérennisation des dispositifs d'accompagnement et de prévention tout comme des systèmes d'information.

Finalement, c'est bien le fait «d'avoir le souci des gens» qui a transpiré des présentations et débats. Savoir les écouter, les entendre, co-construire les actions, mesurer l'impact sur eux des dispositifs mis en place, devrait être



si elle ne l'est déjà, une posture éthique première dans le domaine des actions sanitaires et sociales. Ainsi, l'utilisation sociale des statistiques comme des dispositifs devient-elle un enjeu majeur de la santé publique d'aujourd'hui. En point de mire, les inégalités sociales de santé, dont la réduction est à l'agenda des politiques publiques et figure en tête du projet régional de santé de l'ARS de Picardie. Ce projet sociétal, où la santé rentre en résonance avec le social, demandera certainement de nouvelles approches. Au titre desquelles peut être citée une créativité plus importante, tant dans les manières d'observer les faits sociaux, que dans la réflexion préalable à la mise en place de dispositifs d'accompagnement. Mais cela demandera aussi de savoir anticiper les modifications sociales à venir afin d'être à même d'agir en temps réel et de manière la plus adéquate possible.

C'est en ce sens qu'a conclu Gérard Auger, représentant le conseil général de l'Oise, en appelant à une action pluriprofessionnelle et transversale pour les jeunes. Propos renforcés par Nicolas Desforges, préfet de l'Oise, qui a par ailleurs insisté sur la mobilisation et la cohérence des politiques des acteurs publics, État comme collectivités territoriales, dans l'accompagnement des jeunes en difficulté sociale, dans leur accès à l'emploi ou encore dans les actions de prévention de la santé à mettre en place, à l'instar de ce qui se passe pour la politique de la Ville.

2011 : année des patients et de leurs droits

La défense des droits des patients, le respect de la dignité de la personne malade comme la promotion de la place des usagers sont des éléments fondamentaux du système de santé. À l'initiative du ministère en charge de la santé, l'année 2011 aura été l'occasion de faire vivre les droits des patients, de promouvoir la bien-être dans les établissements de santé, de donner la parole et une place aux usagers dans la gouvernance du système de santé.

L'année 2011 « Année des patients et de leurs droits » est l'occasion de mettre en avant les droits des usagers, avec l'objectif de garantir un niveau élevé de protection de la santé humaine et de qualité des services de santé, sociaux et médico-sociaux.

L'année s'inscrit dans la continuité du prix *Droits des patients* qui a été initié en 2010 dans le cadre de la Journée européenne des droits des patients. L'édition 2011 de ce prix a clos l'année, le 15 décembre 2011, avec une sélection nationale des meilleurs projets par un jury présidé par Madame Carrère d'Encausse, présidente du dispositif « 2011, année des patients et de leurs droits ». C'est dans ce contexte que s'inscrit la procédure de labellisation organisée au niveau national et qui vise à identifier des expériences traduisant cet engagement dans la promotion des droits des usagers.

En Picardie, l'année a été lancée le 11 mai 2011 et s'est traduite par la remise de deux grands prix régionaux d'une valeur de 2 500 € chacun et de douze prix du jury d'une valeur de 1 000 € chacun. La cérémonie de remise des prix récompensant les lauréats a eu lieu le 13 décembre 2011 et était organisée au Familistère de Guise, haut-lieu de l'utopie sociale.

Le label a été ouvert à tous les acteurs du système de santé qu'ils exercent dans le domaine sanitaire ou médico-social. Il récompense tous les acteurs de terrain qui engagent une action exemplaire dans le domaine de la promotion des droits des patients et des usagers.

Le label « 2011, année des patients et de leurs droits » a privilégié cinq axes thématiques :

- les actions visant à dynamiser l'exercice de la démocratie sanitaire et à favoriser la participation des usagers à la définition des politiques de santé ;
- les mesures visant à garantir le respect des droits des patients dans le cadre des nouveaux modes de prises en charge (technologies de l'information et de la communication, exercice regroupé...);
- l'implication des professionnels de santé dans la promotion des droits des patients ;
- les dispositifs incitant à promouvoir la bien-être et la qualité de service dans les établissements de santé ;
- les initiatives permettant la transparence de l'offre de soins.



L'agence régionale de santé de Picardie a reçu vingt-et-un dossiers de demande de labellisation : treize étaient portés par des établissements de santé, deux par des établissements médico-sociaux, deux par des associations de service, un par une association d'usagers, trois par d'autres types d'établissement (service de médecine du travail, un centre d'éducation et de prévention de la santé, et un centre de coordination et de lutte contre les infections).

La commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie dans le domaine des droits des usagers a procédé à l'instruction des dossiers faisant l'objet d'une demande de labellisation. L'ensemble des dossiers présentait un réel intérêt pour la prise en charge des patients ou des usagers. Toutefois, seuls ceux qui avaient une action en faveur de l'accès aux droits des patients ou des usagers ont fait l'objet d'un avis favorable. L'instruction a permis au directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie d'attribuer quatorze labels. Parmi ceux-ci, deux dossiers, particulièrement appréciés pour leur caractère innovant et exemplaire dans l'accès aux droits des usagers, ont été sélectionnés pour recevoir chacun le grand prix régional, et ont été transmis au niveau national pour concourir à la deuxième édition du prix « droits des patients ».

Stéphanie Maurice

Sous-direction démocratie régionale de santé
ARS Picardie

Pour plus de renseignements :

<http://www.ars.picardie.sante.fr/Annee-2011-droits-des-patient.104924.0.html>

<http://www.2011-annee-droits-patients.sante.gouv.fr>

Les douze projets labellisés

- Antenne régionale du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales en Picardie : *7^e réunion régionale destinée aux représentants des usagers des établissements de santé et aux associations d'usagers de Picardie*
- Association Isa : *Décloisonnement pour un accès aux soins efficaces*
- Centre hospitalier de Noyon : *Création d'un parcours sportif et thérapeutique*
- Centre hospitalier de Noyon : *Amélioration de la qualité de l'accueil aux urgences*
- Centre hospitalier de Saint-Quentin : *Site accessible aux mal-voyants*
- Centre hospitalier de Saint-Quentin : *Charte bientraitance*
- Asmis : *Suivi des inaptitudes au travail : un accompagnement social pour les salariés reconnus inaptes*
- Centre de prévention et d'examen de santé de l'Oise : *Mise en place de l'écoute client dans notre centre de prévention et d'examen de santé*
- Centre hospitalier de Château-Thierry : *Amélioration de la stratégie de communication interne et externe*
- Centre hospitalier de Compiègne : *Formation des professionnels aux droits des patients*
- Centre hospitalier de Noyon : *Implication des professionnels de santé dans la promotion des droits des patients*
- Union des associations de l'Aisne : *Forum, santé handicap infos*

Les deux grands prix régionaux

- Centre hospitalier de Beauvais : *Mise en place d'une maison des usagers*
- Centre hospitalier de Villiers-Saint-Denis : *Une philosophie dans les activités sportives à l'hôpital Villiers-Saint-Denis*

Délinquance : les inégalités se creusent

Un sondage du Conseil national des villes réalisé auprès des coordonnateurs de conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD) montre que les difficultés de mise en œuvre du plan de prévention de 2009 sont encore très fortes. Si un quart des trente-six communes et agglomérations ayant répondu au son-



dage estime que ce plan a permis de consolider leurs priorités, 66 % des communes ne s'en sont pas approprié les outils. Ainsi, alors que le conseil des droits et devoirs des familles (CDDF) était la mesure phare de la loi de 2007, seulement 21 % des maires l'ont mise en place. L'appel à la transaction ou au travail rémunéré n'a mobilisé que 16 % d'entre eux. Près de la moitié utilise le rappel à l'ordre, mais de nombreux maires estiment qu'ils le faisaient déjà avant la loi de 2007.

L'échange d'information semble lui aussi rencontrer des difficultés. En matière d'absentéisme scolaire, il fonctionne seulement dans 39 % des communes. De même pour le partage d'information avec la police et la justice (36 %).

En revanche, une part toujours plus importante est consacrée à la vidéoprotection : 60 % des 51 millions d'euros du fonds d'intervention de la prévention de la délinquance (FIPD) sont utilisés à cet effet. L'une des revendications du Conseil national de la ville est de mieux cibler le FIPD sur la politique de la ville, alors que les problèmes se concentrent dans une centaine de quartiers en très grande difficulté.



L'Onzus se dote d'un conseil scientifique

L'Observatoire national des zones urbaines sensibles (Onzus) vient d'être doté d'un conseil scientifique qui lui apportera un appui méthodologique pour ses travaux, notamment pour le « Panel Politique de la Ville ». Lancé par l'Onzus courant 2011, ce panel est destiné à suivre les trajectoires des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Au-delà de l'observation des territoires prioritaires et de leur évolution, ce panel permettra à l'Onzus de mieux connaître les populations qui y résident et leurs conditions de vie. L'Onzus a pour mission d'améliorer la connaissance des territoires les plus en difficulté, notamment en fournissant des statistiques sur leur situation sociale et économique (démographie, éducation, emploi, santé, habitat...) et en évaluant les politiques publiques qui sont conduites sur ces territoires, en termes de moyens et d'impact. Chaque année, l'Onzus produit un rapport sur l'évolution des écarts entre ces quartiers et le reste de l'agglomération. Il édite par ailleurs des études et des résultats d'enquête sur les champs thématiques de la politique de la ville (éducation, santé, habitat...)

Pacte pour l'Emploi des Personnes en Situation de Handicap en Entreprise Adaptée



François Fillon, Premier ministre, et les représentants d'associations nationales pour personnes en situation de handicap ont signé le 22 décembre 2011 le *Pacte pour l'emploi des personnes*

en situation de handicap en entreprise adaptée 2012-2014.

Les signataires s'engagent à concourir à la création de 3 000 emplois nouveaux pour les personnes en situation de handicap, à favoriser leur professionnalisation et leur mobilité professionnelle. Ils souhaitent aussi accompagner la modernisation du secteur des entreprises adaptées.



Ehpad et bienveillance

Avec un taux de réponse de 71 %, l'enquête de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) sur la bienveillance en Ehpad montre que la visite préalable de l'établissement est systématisée par 37 % d'entre eux. De façon systématique, 50 % recherchent le recueil de l'accord des résidents sur leur entrée dans l'établissement. La moitié des Ehpad (52 %) systématisent un temps d'observation pour définir un projet personnalisé, 85 % évaluent systématiquement les besoins de soins des résidents. Les habitudes, les centres d'intérêts et potentialités ne sont cependant recueillis que par 70 % des établissements. 50 % des Ehpad recueillent les attentes de la personne et de son entourage. Le projet personnalisé reste encore peu élaboré avec le résident (22 %) et son entourage (15 %). Or, d'après le sondage, les Ehpad qui procèdent systématiquement à l'élaboration du projet personnalisé avec les résidents sont ceux qui recueillent une appréciation plus positive de la part du président du conseil de vie sociale (résident ou entourage) notamment sur la qualité de vie.

Observatoire national du 115

Selon le premier rapport annuel de l'Observatoire national du 115 publié le 16 décembre 2011 par la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars), qui le pilote, 43 % des demandes d'hébergement faites au 115, le numéro d'accueil et d'aide aux personnes sans abri, n'ont pas été satisfaites en 2010. Cela concerne surtout les couples avec enfants.

À partir d'un échantillon de 20 départements (représentant plus de 55 % de l'activité nationale du 115), plus d'un million d'appels ont été décrochés par les écouteurs du 115, 95 % ayant concerné des demandes d'hébergement. Les auteurs du rapport constatent que l'absence de places disponibles est le principal motif de non attribution d'un hébergement. Une forte variation saisonnière des attributions de place est également mise en avant. Ainsi, en période de grand froid, les non-attributions baissent avec le renforcement temporaire des dispositifs d'hébergement, mais la tendance repart à la hausse à partir du mois d'avril et de la reprise des expulsions après la fin de la trêve hivernale.



Mise en place du droit au logement opposable.

Entretien avec Bernard Lacharme, secrétaire général du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées

Plateforme sanitaire et sociale : En 2009, le 15^e rapport portait sur l'hébergement des personnes en difficulté afin de « sortir de la gestion de crise ». Le comité de suivi de la mise en œuvre du logement opposable « Dalo » (5^e rapport depuis 2007) interpelle de manière officielle les plus hautes autorités de l'État en demandant d'urgence l'application de la loi de manière égale sur l'ensemble du territoire. Quelles en sont les raisons ?

Bernard Lacharme : Le rythme des recours déposés au titre de la loi Dalo n'a pas fléchi au cours des derniers mois. Il est toujours marqué par une répartition géographique très contrastée, qui témoigne de l'inégale aptitude des territoires à traiter les situations de mal-logement.

Les décisions favorables prises par les commissions de médiation sur les recours logement sont correctement appliquées dans trois départements sur quatre, mais certains territoires restent en échec. La mobilisation du parc social a diminué en Île-de-France, et les propositions du comité pour mobiliser des logements privés sont restées sans réponse. Le non respect de cette loi est particulièrement choquant quand un préfet chargé par la commission de médiation de reloger un ménage menacé d'expulsion, ne le relogé pas et fait appliquer le jugement d'expulsion par la police. Le Haut Comité est par ailleurs préoccupé par l'insuffisance des suites données aux recours déposés en vue de l'obtention d'une place d'hébergement, et ceci dans un contexte de crise humanitaire (sur 64 départements ayant enregistré des recours, 38 ont un retard significatif).

Plateforme : Quelles sont les préconisations ?

Bernard Lacharme : Le Haut Comité insiste tout particulièrement cette année sur les outils à mettre en place pour mobiliser une offre complémentaire à celle des logements sociaux existants.

Il propose de mettre en place dans le parc privé un « bonus malus » des loyers : une taxe progressive serait appliquée au-dessus d'un certain prix au m², et le produit de cette taxe serait utilisé pour subventionner les propriétaires acceptant de louer aux conditions du logement social. Le comité propose également de généraliser la garantie des risques locatifs, élément nécessaire et indispensable pour les propriétaires privés, et qui est aujourd'hui menacée.

Plateforme : Et pour mobiliser des logements vacants, que propose le Haut Comité ?

Bernard Lacharme : Les propriétaires assujettis à la taxe sur les logements vacants devraient systématiquement faire l'objet d'une démarche en vue de les informer sur les dispositifs qui permettent de louer en toute sécurité et aussi, si nécessaire, de leur rappeler que le préfet dispose d'un droit de réquisition. L'un des dispositifs à leur proposer est le bail à la réhabilitation, qui permet de concilier la rentabilité recherchée par le propriétaire et l'utilisation sociale du logement.

Le Haut Comité demande enfin, pour l'Île-de-France, l'engagement d'un programme annuel d'acquisition de 3 000 logements parmi ceux qui sont vendus libres d'occupation dans des copropriétés. Ces logements seraient acquis par un opérateur principal qui en céderait l'usufruit pour 32 ans à des organismes HLM. Ils seraient destinés aux ménages prioritaires.

Plateforme : Les constats posés dans ce 5^e rapport sont graves et s'y ajoutent des inquiétudes nouvelles dans le cadre du plan de rigueur. Que proposez vous pour y remédier ?

Bernard Lacharme : Nous sommes dans une période propice aux débats politiques et aux engagements. Le Haut Comité a tenu à affirmer les quatre exigences qui sont indispensables à la mise en œuvre du droit au logement. Pour l'année 2012, quel que soit le contexte politique, ce sera d'offrir au moins un hébergement à toute personne en détresse. L'accueil doit être immédiat et inconditionnel. La deuxième sera de mettre en œuvre un plan d'urgence pour reloger les ménages prioritaires dans les zones tendues. Les personnes prioritaires doivent être relogées dans les délais fixés par la loi. La troisième sera d'organiser la gouvernance logement : en Île-de-France, une autorité organisatrice doit être instaurée. Enfin, la quatrième sera de réorienter les moyens de la solidarité nationale vers le logement des personnes aux revenus modestes.

Propos recueillis par
Aline OSMAN-ROGELET
OR2S



Les principaux chiffres du Dalo (5^e rapport annuel, novembre 2011)

6 000 recours par mois. L'Île-de-France représente 62 % des recours.

En province, nombre de recours par mois
19 départements ont plus de 30 recours
19 départements ont entre 10 et 29 recours
54 départements ont moins de 10 recours.

85 % des recours visent à obtenir un logement et 15 % un hébergement. La part des recours hébergement est en hausse.
45 % des décisions sont favorables.

18 400 ménages sont logés ou hébergés par
suite à un recours Dalo.

27 500 décisions ne sont pas mises en œuvre
dans les délais (dont 85 % en Île-de-France).

4 600 injonctions par an sont prononcées par
les tribunaux administratifs pour mettre les
préfets en demeure d'appliquer une décision
favorable.

Cohésion sociale et égalité hommes et femmes. Pour une réflexion sur les usages et les discours sur les données sexuées.

En créant les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), le Conseil de modernisation des politiques publiques (juin 2008) a réaffirmé la légitimité et le rôle majeur de l'État de garant de la cohésion sociale.

Ressource pour la société, la cohésion sociale s'appuie sur un certain nombre de principes, de conditions, de constats dont la prise en compte doit être scrupuleusement appréciée et évaluée en permanence. Le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc, 2011) vient de publier à la demande de la direction générale de la cohésion sociale, le *Baromètre de la cohésion sociale*. Cette étude, première vague d'un baromètre (décembre 2010 et janvier 2011) appelé à être suivi au cours des prochaines années, montre, lorsqu'on leur demande de définir ce qu'est la cohésion sociale, que 22 % des Français ne savent pas répondre. 86 % jugent cependant que les inégalités augmentent et que l'emploi, le logement et l'éducation sont les principaux leviers pour agir.

Repères et définitions de la cohésion sociale : pour une alchimie du vivre ensemble

La cohésion sociale, souvent assimilée au savoir vivre ensemble, est une expression qui indique une préoccupation d'ordre sociétal. Le Conseil de l'Europe, incitatif en la matière, en propose une définition qui se rapproche certainement le plus des préoccupations et domaines d'intervention de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Elle serait ainsi « La capacité de la société à assurer le bien-être de tous les membres, incluant l'accès équitable aux ressources disponibles, le respect de la dignité dans la diversité, l'autonomie personnelle et collective et la participation responsable. » Un ensemble de mots clés et de repères dominants se dégagent : capacité, force, idée d'une volonté forte, unité, adhésion à un projet, idée du sentiment d'appartenance, équité, égal accès aux ressources, non discrimination, idée de l'égalité de traitement, autonomie, dignité, identités personnelles et collectives, respect des personnes et de la diversité.

La notion de cohésion sociale s'inscrit à la fois dans le registre des valeurs et des objectifs. Elle n'est pas donnée une fois pour toute mais résulte d'une construction permanente sans cesse renouvelée qui implique l'adaptation à des situations nouvelles et complexes. Il ne saurait y avoir de cohésion sociale sans réciprocité, ni effort personnel et collectif, sans respect des droits mais aussi des devoirs, sans acceptation des principes et des valeurs qui

fondent le pacte républicain, sans engagement, sans reconnaissance de la diversité et respect de l'autre. D'un point de vue opérationnel, le Conseil de l'Europe entend par stratégie de cohésion sociale « Toutes formes d'actions visant à assurer que chaque citoyen, chaque individu puisse disposer, au sein de sa collectivité, des possibilités d'accès aux moyens de couvrir les besoins de base, au progrès, à la protection et aux droits légaux, à la dignité et à la confiance sociale. »

Trois grands thèmes ont été abordés dans le *Baromètre de la cohésion sociale* du Credoc. Pour 41 % des personnes interrogées, le respect mutuel entre citoyens est la condition la plus indispensable à la cohésion sociale. Parallèlement, pour 33 % d'entre elles, « les efforts de chacun pour vivre ensemble » sont considérés comme ce qui contribue le plus à renforcer la cohésion sociale. Le pendant est que 31 % des personnes interrogées estiment que l'individualisme en est le principal facteur fragilisant. Le Credoc montre enfin que 83 % de la population « déplorent la faiblesse de la cohésion sociale » actuellement en France. Quelques indicateurs tentant justement de la mesurer ont été esquissés : sentiment d'appartenance quelle que soit l'échelle (le quartier, la France, le monde), sentiment de solitude, perception d'inégalités générationnelles, sentiment d'injustice sociale, confiance dans la possibilité pour chacun de trouver la place qu'il mérite dans la société, etc.

D'après le *Baromètre*, les acteurs les plus à même d'améliorer la cohésion sociale seraient l'État (35 %), les mairies (12 %), les services sociaux et les services publics spécialisés arrivant à égalité avec les départements ou les régions (9 %). Les attentes vis-à-vis des pouvoirs publics se situent autour de la garantie d'accès pour tous à l'emploi (53 %), au logement (37 %) et à l'éducation (25 %).

Une observation partagée de la cohésion sociale et de l'égalité hommes et femmes en Picardie

Pour atteindre les objectifs liés à la cohésion sociale, il est possible de se baser sur l'égalité entre hommes et femmes et la promotion de la parité qui ont servi de politique transversale et de levier pour une société égalitaire et égalitariste. La cohésion sociale concerne notamment la mixité et l'émancipation des femmes. Les avancées en matière d'égalité

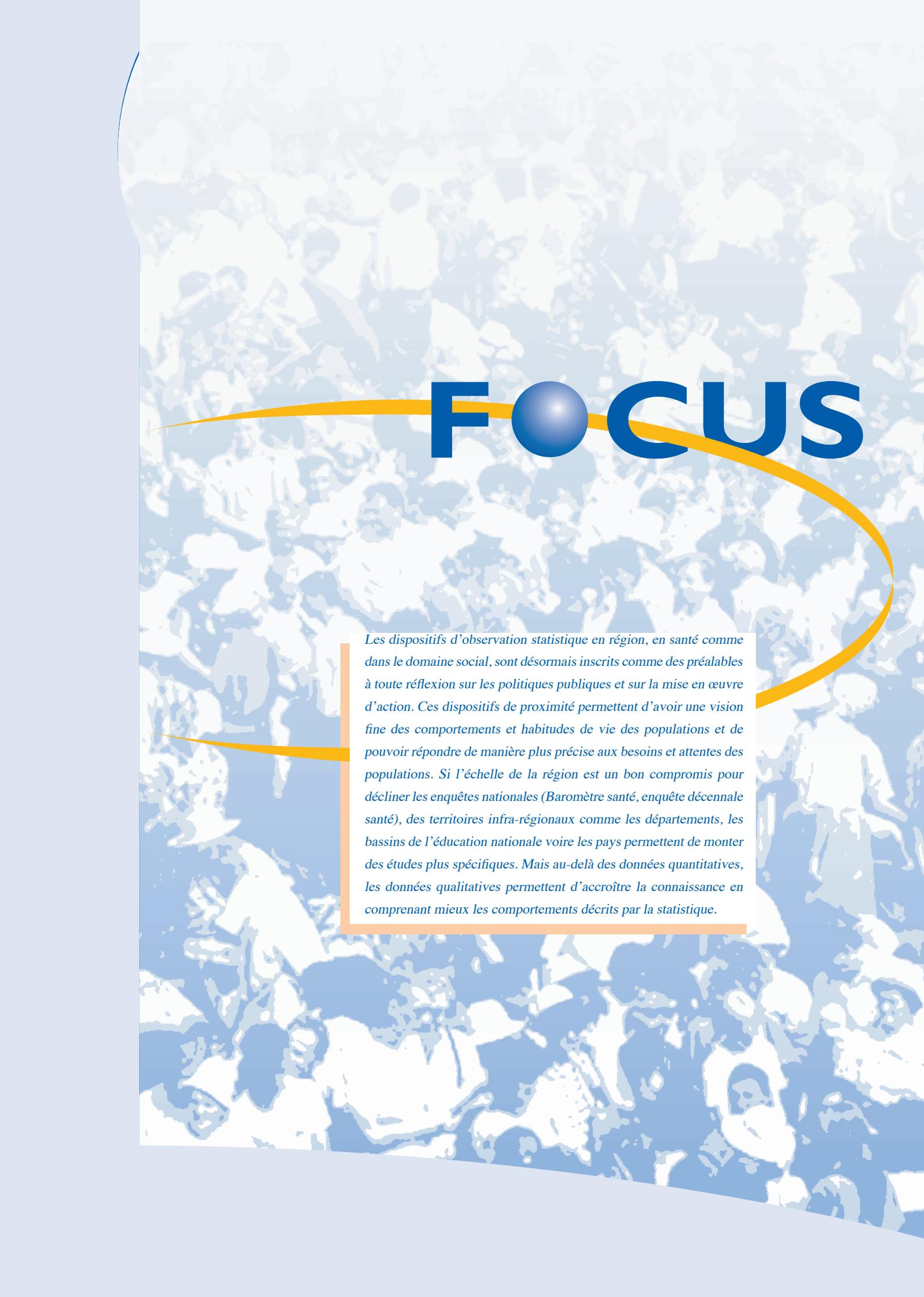
demeurent insuffisantes, tant dans la sphère professionnelle que privée. La capacité des politiques publiques à réduire les stéréotypes et à en finir avec les inégalités qui régissent les rapports sociaux entre les femmes et les hommes dépend de l'analyse de ces différences et de la prise en compte de ses résultats. La question de l'égalité entre hommes et femmes comporte deux éléments. Un élément analytique, qui est orienté vers la compréhension des relations de genre : l'analyse des différences et des relations entre hommes et femmes en termes de pouvoir, de représentation au travail, de revenus, de charge de travail, de temps de travail, etc. Un élément normatif, qui vise à faire en sorte que les inégalités d'opportunité entre hommes et femmes soient moindres et qu'il y ait un accès égal aux ressources, c'est-à-dire au pouvoir, à la représentation, aux revenus et au temps libre.

Certains acteurs témoignent d'une évolution des pratiques qui englobe la question des discriminations dont les femmes sont victimes dans un ensemble de discriminations touchant d'autres publics comme les minorités et les homosexuels. Ce phénomène est peut-être caractéristique d'un effet de brouillage généré par une forme de banalisation des discours complexes à analyser.

Peut-on lutter contre les représentations avec des chiffres ? Aujourd'hui, l'intérêt grandissant pour les indicateurs de performance et d'évaluation des politiques publiques oblige à se pencher sur le problème de l'égalité entre les hommes et les femmes. L'idée est de bien adapter l'information statistique pour réajuster l'image que l'on a de la lutte contre les discriminations entre les hommes et les femmes et surtout pour repérer les différences pour mieux adapter les pédagogies, les pratiques, les orientations.

En effet, l'égalité entre les femmes et les hommes est un sujet qui concerne tous les secteurs et les services de l'État en région. La démarche de l'observation est par nature transversale. L'un de ses buts est d'inciter les partenaires à clarifier et rendre lisible leur politique publique en matière d'égalité entre les hommes et les femmes. Cet accès à la statistique sexuée dans les dimensions sociale, sanitaire, culturelle et économique va mobiliser des organismes régionaux et départementaux comme les services déconcentrés de l'État et les services publics, les collectivités locales, les instances consulaires, les organismes de protection sociale, les associations, etc.

Yassine CHAÏB, DRJSCS
Marie-Véronique LABASQUE, Creai



FOCUS

Les dispositifs d'observation statistique en région, en santé comme dans le domaine social, sont désormais inscrits comme des préalables à toute réflexion sur les politiques publiques et sur la mise en œuvre d'action. Ces dispositifs de proximité permettent d'avoir une vision fine des comportements et habitudes de vie des populations et de pouvoir répondre de manière plus précise aux besoins et attentes des populations. Si l'échelle de la région est un bon compromis pour décliner les enquêtes nationales (Baromètre santé, enquête décennale santé), des territoires infra-régionaux comme les départements, les bassins de l'éducation nationale voire les pays permettent de monter des études plus spécifiques. Mais au-delà des données quantitatives, les données qualitatives permettent d'accroître la connaissance en comprenant mieux les comportements décrits par la statistique.

La Picardie est une région qui a une population relativement jeune. Elle compte près de 620 000 habitants de moins de 25 ans au RP 2008, soit 32,5 % de sa population totale contre 30,9 % en France hexagonale. Les moins de 35 ans représentent 45,0 % de la population Picarde et 43,5 % au niveau national.

Parmi l'ensemble des jeunes femmes picardes de 15-34 ans, près d'une sur cinq a indiqué avoir déjà eu recours au cours de sa vie à la contraception d'urgence (connue sous l'appellation « pilule du lendemain »)¹.

Contraception d'urgence et IVG

En rapportant le nombre de femmes le déclarant aux seules femmes ayant indiqué avoir déjà eu un(des) rapport(s) sexuel(s), ce pourcentage est de 24,6 %. Il varie suivant l'âge. Les jeunes femmes picardes de 15-24 ans ayant déjà eu au moins un rapport sexuel sont plus nombreuses à déclarer avoir déjà eu recours à la pilule du lendemain que leurs homologues plus âgées : 29,1 % contre 24,3 % pour les 25-29 ans et 19,0 % pour les 30-34 ans. À noter que le groupe des 30-34 ans ainsi qu'une partie des 25-29 ans n'a pas eu accès de la même manière que les plus jeunes à la contraception d'urgence². Ceci explique notamment la différence entre les 30-34 ans et les femmes plus jeunes et permet de présager que plus d'une femme sur trois aura vraisemblablement recours à cette contraception dans l'avenir. La contraception d'urgence est moins utilisée par les Picardes ayant déjà eu au moins un rapport sexuel que les Françaises : près d'un quart contre plus d'un tiers le déclare (34,3 % pour la France hexagonale hors Picardie). Cette différence est encore plus marquée chez les femmes plus jeunes (28,3 % des 15-19 ans en Picardie contre 42,7 % dans le reste du pays). Parmi l'ensemble des Picardes de 15-34 ans, une femme sur treize (7,8 %) déclare avoir déjà eu recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). En rapportant le nombre

de femmes ayant déjà eu recours à l'IVG aux seules femmes déclarant avoir déjà eu au moins un rapport sexuel, cette proportion est de 9,7 %. Elle croît avec l'âge. Ainsi, 3,5 % des femmes de 15-19 ans ayant eu au moins un rapport sexuel déclarent avoir déjà eu recours à l'IVG contre 13,5 % des 30-34 ans. Ces proportions ne diffèrent pas de celles observées au niveau national.

Grossesse des mères mineures

En Picardie, 230 naissances vivantes de mères mineures sont dénombrées en moyenne annuelle sur la période 2005-2009, soit un taux de fécondité de 3,1 pour 1 000 femmes de 12-17 ans. Ce taux est plus important que celui observé en France hexagonale (1,9 ‰). Il est même deux fois plus important dans le département de l'Aisne (4,0 ‰). Le taux de fécondité des mères mineures est plus élevé dans les grandes villes de la région, ainsi que dans une zone allant du Santerre Somme jusqu'en Thiérache. À l'inverse, les taux les plus faibles sont surtout retrouvés dans le sud de la région.

Surpoids et obésité

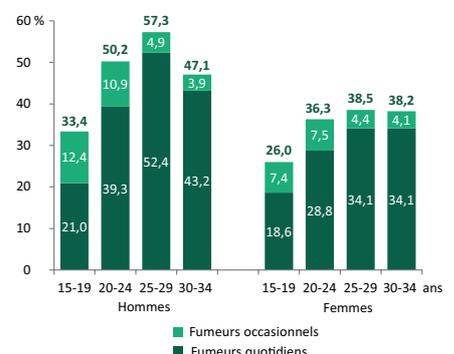
Deux tiers (65,8 %) des élèves de sixième scolarisés en Picardie et trois quart (74,9 %) de ceux de seconde générale³ ont un indice de masse corporelle (IMC) dans la norme⁴. En sixième, plus d'un élève sur dix a un IMC inférieur à la normale (2,4 % de maigres et 9,2 % de poids insuffisant). À l'inverse, ils sont plus d'un sur cinq à être en surpoids (17,4 % en situation de pré-obésité et 5,3 % en obésité). Ces proportions varient suivant le genre, les filles étant plus nombreuses à avoir un IMC inférieur à la normale et, à l'inverse, les garçons à être en surpoids et/ou obèses. Ainsi, 3,2 % des filles de sixième sont maigres contre 1,6 % des garçons. Concernant le surpoids, 23,7 % des garçons sont dans cette situation contre 21,5 % des filles (et respectivement 5,7 % et 4,8 % pour l'obésité). En seconde générale, plus d'un élève sur douze à un IMC inférieur à la normale (1,5 % de maigres et 7,2 % de poids insuffisant) et près d'un sur six est en surpoids (12,7 % en pré-obésité et 3,8 % en obésité). La part d'élèves de seconde générale ayant un IMC inférieur à la normale ne diffère pas significativement suivant le genre. Par contre, et contrairement

aux élèves de sixième, la proportion de filles en situation d'obésité est plus importante que celle des garçons : 4,3 % contre 3,1 %. Des différences infrarégionales sont à mentionner, et particulièrement pour les filles de seconde générale en situation d'obésité, avec des taux qui varient de 2,2 % à 8,2 % suivant les bassins d'éducation et de formation. Les taux les plus importants sont observés en Picardie-Maritime (8,2 %), à Saint-Quentin - Chauny (7,6 %) et en Santerre-Somme (6,4 %) et le plus faible dans le Sud-Aisne (2,2 %).

Tabac

Deux jeunes picards de 15-34 ans sur cinq déclarent fumer, que ce soit de manière quotidienne (33,7 %) ou occasionnelle (7,0 %), sans différence avec le niveau national. En Picardie, à l'instar de l'ensemble du pays, le tabagisme est une pratique plus masculine (46,7 % de fumeurs contre 34,7 % pour les femmes de 15-34 ans), qui diffère suivant l'âge. Parmi les personnes âgées de 15 à 34 ans, les jeunes de 15-19 ans sont les moins nombreux à déclarer fumer (29,8 %, qu'ils soient fumeurs occasionnels ou quotidiens). La part de fumeurs occasionnels décroît avec l'âge, laissant avec l'avancée en âge, une place plus importante de fumeurs quotidiens. Chez les hommes de

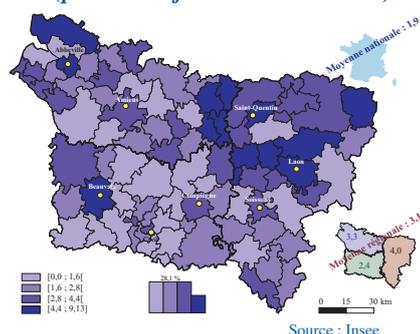
Picards déclarant fumer, suivant l'âge, le sexe et le statut tabagique



Source : Baromètre santé 2010 - OR2S, Inpes

15-34 ans, la proportion de fumeurs augmente avec l'âge puis diminue pour les plus âgés : 47,1 % pour les 30-34 ans contre 57,3 % pour les 25-29 ans. Ceci n'est pas retrouvé pour les femmes. La proportion de Picardes déclarant fumer est plus faible pour les 15-19 ans puis se stabilise chez les 20-34 ans : 26,0 % contre 36,3 % pour les 20-24 ans et de l'ordre de 38 % pour les 25-29 ans et les 30-34 ans.

Taux de fécondité des femmes de 12-17 ans en 2005-2009, par EPCI (pour 1 000 femmes de 12-17 ans)



Un quart des filles de seconde générale déclare fumer (13,1 % de manière quotidienne et 12,0 % occasionnellement) contre moins d'un garçon sur cinq (respectivement 9,3 % et 9,5 %)⁴. La proportion de fumeurs quotidiens est plus importante dans le département de la Somme (18,0 % pour les filles et 13,1 % pour les garçons), et notamment dans le bassin d'éducation et de formation d'Amiens (respectivement 20,4 % et 15,1 %) et ce aussi bien pour les filles que pour les garçons. Parmi les élèves de sixième, un peu moins de 3 % déclarent fumer, que ce soit de manière occasionnelle (2,3 %) ou quotidienne (0,3 %).

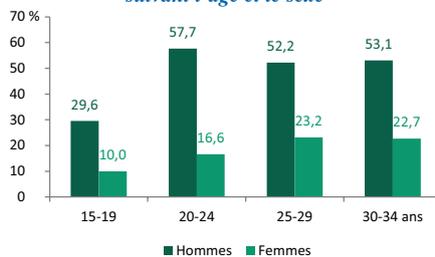
Alcool

Un peu plus de 90 % des jeunes de 15-34 ans ont déclaré avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie, et près de six sur sept au cours des douze mois précédant l'enquête (85,1 % en Picardie et 84,5 % dans le reste de la France hexagonale, sans différence significative entre les deux niveaux géographiques). Les Picards de 15-34 ans sont 33,0 % à déclarer avoir une consommation d'alcool quotidienne ou hebdomadaire. Cette proportion plus faible que celle observée au niveau national (35,3 %) est le fait d'une consommation plus faible dans le département de l'Oise (30,5 %). En effet, dans le reste de la région la proportion de consommateur d'alcool quotidien ou hebdomadaire (34,9 %) ne diffère pas du niveau national.

Concernant le fait d'avoir été ivre au moins une fois au cours des douze derniers mois, 31,3 % des Picards de 15-34 ans le déclarent (28,1 % pour l'Oise) contre 36,8 % dans le reste de la France. Cette proportion est maximale chez les hommes de 20-29 ans, avec plus d'un homme

sur deux le déclarant (59,2 % pour les Picards de 20-24 ans et 56,1 % pour ceux de 25-29 ans contre 34,5 % pour les 15-19 ans et 30,7 % pour les 30-34 ans). Cette proportion est de l'ordre de 20 % pour les femmes de 15-24 ans, puis diminue ensuite, passant à 12,6 % pour celles de 30-34 ans.

Picards déclarant consommer de l'alcool de manière quotidienne ou hebdomadaire, suivant l'âge et le sexe



Source : Baromètre santé 2010 - OR2S, Inpes

Près de deux garçons de seconde générale sur sept (27,1 %) ont déclaré avoir été ivres au moins une fois au cours des douze derniers mois contre deux filles sur neuf (22,0 %). Ces proportions sont plus importantes dans le département de la Somme (exception faite du bassin d'éducation et de formation Santerre-Somme pour les filles) ainsi que dans le bassin d'éducation et de formation Laon-Hirson.

Mortalité infantile

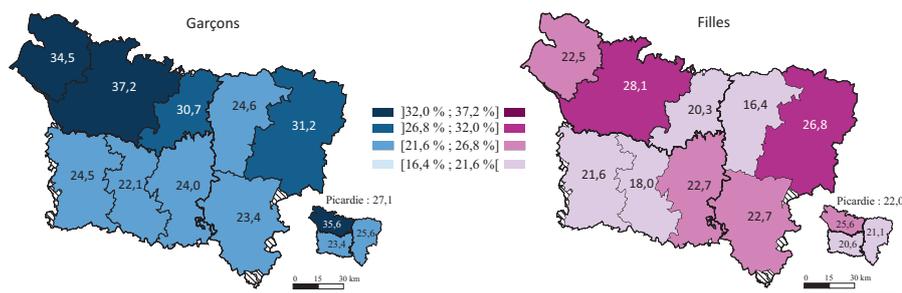
Avec près de 100 décès d'enfants de moins de 1 an en moyenne annuelle sur la période 2007-2009, la Picardie enregistre un taux de mortalité infantile de 4,0 pour 1 000 naissances vivantes. Il s'agit du troisième taux le plus important des régions de France hexagonale, le

taux national étant de 3,5 ‰. La région a connu une nette amélioration de la mortalité infantile au cours des années deux mille. Après avoir été durant les années quatre-vingt-dix la région qui présentait souvent le taux de mortalité infantile le plus important des régions de France hexagonale, la Picardie a depuis le début des années deux mille un taux comparable à l'échelon national. Cependant, ces dernières années, le taux régional semble augmenter et s'écarter à nouveau du taux national.

Mortalité des jeunes de 1-34 ans

Sur la période 2005-2009, près de 360 jeunes âgés entre 1 et 34 ans domiciliés en Picardie sont décédés en moyenne par an, ce qui correspond à un taux standardisé de mortalité de 44,1 pour 100 000. Ce taux est plus important que celui observé au niveau national (37,7 pour 100 000). La mortalité chez les jeunes hommes est près de 2,5 fois plus élevée que celle des jeunes femmes : 61,3 pour 100 000 hommes de 1-34 ans contre 26,7 pour 100 000 femmes du même âge. Il est à noter que si globalement dans la région la mortalité des hommes et celle des femmes sont supérieures à celles observées au niveau national (respectivement de 52,3 et 21,6 pour 100 000), les hommes domiciliés

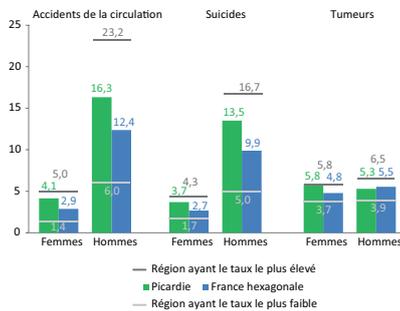
Élèves de seconde générale déclarant avoir été ivres au moins une fois au cours des douze derniers mois, suivant le sexe et le bassin d'éducation et de formation



Source : Jesais 2007-2008 à 2010-2011 - OR2S, Rectorat de l'académie d'Amiens

1. D'après l'enquête *Baromètre santé 2010*.
2. En 2001, la France a été le premier pays au monde à délivrer une contraception d'urgence sans ordonnance, celle-ci étant distribuée à titre gracieux pour les mineurs dans les établissements scolaires.
3. D'après l'enquête *Jesais*, pour la période 2007-2011 pour les élèves de seconde et 2008-2011 pour ceux de sixième.
4. L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids par le carré de la taille. Il est comparé aux seuils publiés par Tim J. Cole et coll. pour la pré-obésité, l'obésité, l'insuffisance pondérale et la maigreur. Ces seuils varient avec l'âge et le sexe car la corpulence normale des enfants diffère suivant le sexe et évolue avec l'âge
5. Suite à un changement sur la question relative au statut tabagique dans l'enquête *Jesais* à partir de l'année scolaire 2010-2011, les chiffres mentionnés dans cette partie ne portent que sur les périodes scolaires allant de 2007-2008 à 2009-2010 pour les élèves de seconde et sur celles de 2008-2009 et 2009-2010 pour ceux de sixième.

Mortalité* des personnes de 1-34 ans en 2005-2009, selon le sexe et la cause de décès



Source : Baromètre santé 2010 - ORS, Inpes
* taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants âgés de 1 à 34 ans.

dans l'Oise se distinguent avec une mortalité toutes causes qui est comparable à celle du niveau national (55,3 pour 100 000 Isariens de 1-34 ans). Chez les jeunes de 1-34 ans les deux principales causes de décès correspondent aux causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (et plus spécifiquement aux accidents de la circulation et aux suicides), puis aux tumeurs.

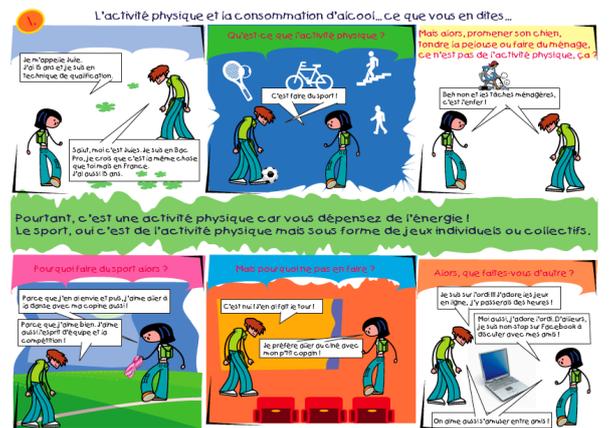
Près de quatre-vingt-cinq Picards de 1-34 ans sont décédés d'un accident de la circulation en moyenne annuelle sur la période 2005-2009, la grande majorité étant des hommes (80 %). Ainsi, la mortalité pour cette cause est quatre fois plus importante chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes : en Picardie, 16,3 pour 100 000 hommes de 1-34 ans contre 4,1 pour 100 000 femmes du même âge. Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, la mortalité par accidents de la circulation des 1-34 ans est plus importante que celle observée en France hexagonale (respectivement les taux standardisés des hommes et des femmes sont de 12,4 et 2,9). Pour cette cause, la mortalité des hommes augmente de manière importante pour les 15-19 ans et est maximale chez les 20-24 ans. Chez les femmes, elle est maximale chez les 15-24 ans et, comme pour les hommes, diminue après 25 ans. Sur la période 2005-2009, près de soixante-dix Picards de 1-34 ans se sont suicidés en moyenne annuelle. Comme pour les accidents de la circulation, les jeunes hommes sont

davantage concernés : près de 80 % des décès par suicide. Ainsi, en Picardie, le taux standardisé de mortalité par suicide chez les hommes de 1-34 ans est de 13,5 pour 100 000 contre 3,7 chez les femmes du même âge. Ces taux sont plus importants que ceux observés au niveau national. La mortalité par suicide augmente de manière relativement continue avec l'âge à partir de 15 ans, et ce aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Un peu plus de quarante-cinq jeunes de 1-34 ans domiciliés en Picardie sont décédés d'une tumeur, en moyenne annuelle en 2005-2009. La Picardie enregistre le taux de mortalité par tumeur chez les 1-34 ans le plus important des régions de France hexagonale pour les femmes : 5,8 pour 100 000, ce taux étant de 4,8 au niveau national. Pour les hommes de 1-34 ans, ce taux est sensiblement identique au taux national : 5,3 pour 100 000 en Picardie et 5,5 en France hexagonale.

Approche qualitative

Pour l'Enquête transfrontalière sur la santé des jeunes, menée entre l'Aisne (France) et le Hainaut (Belgique) en 2003-2004, des élèves de 11, 14 et 17 ans avaient répondu à un questionnaire abordant différentes thématiques de santé : état de santé, alimentation, activité physique, consommation d'alcool, consommation de tabac... Pour mieux comprendre les résultats alors recueillis, les opérateurs français et belges du programme *Génération en santé* ont développé une approche qualitative auprès des jeunes (*Génération en Santé, Interreg IV*). L'Enquête qualitative juniors (2010-2011) s'est déroulée sous la forme de onze entretiens collectifs avec les jeunes (*focus groups*) transfrontaliers réalisés dans les régions du Nord - Pas-de-Calais, Picardie et Champagne-Ardenne et les provinces de Hainaut, Namur et Luxembourg. Par rapport à l'activité physique et la consommation d'alcool, 113 jeunes ont été entendus en entretiens de groupes (*focus groups*). Les résultats, présentés sous forme d'une bande dessinée, mettent en scène Jules et Julie, deux personnages qui avaient servi de base aux entretiens. Les résultats des *focus groups* montrent que l'activité physique est confondue de manière générale avec la pratique d'un sport, et de manière encadrée. Les jeunes n'envisagent pas les activités quotidiennes (tâches domestiques, marche à pied ou vélo pour de petits déplace-

ments...) comme une activité physique. La motivation première pour pratiquer un sport est le plaisir, l'envie d'en faire, puis vient la convivialité, l'esprit d'équipe. Les raisons de ne pas pratiquer sont souvent liées à un désengagement, les jeunes désirant passer à autre chose. Des raisons « fonctionnelles » sont également énoncées pour justifier la non pratique, comme le manque de disponibilité, une offre de sports limitée et des moyens de transports en communs inexistantes. L'esprit de compétition est une motivation pour certains jeunes et un frein pour d'autres. Pour ces derniers, la possibilité de pratiquer un sport, hors compétition, pourrait peut-être les amener à retourner vers les centres sportifs. L'attitude des parents envers l'activité physique et leur implication dans celle de leurs enfants sont des déterminants de la pratique de l'activité physique. Tous les participants, à de rares exceptions près, ont déjà consommé de l'alcool. Cette consommation est associée à la fête, les jeunes s'amusent avec des amis le week-end. Les



jeunes interrogés voient l'alcool comme un moyen de se détendre, de prendre du bon temps entre amis ou en famille. La consommation d'alcool n'est pas identique hors et en présence des parents. Les limites peuvent être néanmoins variables en fonction du contexte. Néanmoins, ils sont conscients des risques pris lors d'une consommation excessive. Quant à la législation, elle est facilement contournée, soit par manque de vigilance de la part des vendeurs, soit par les stratégies d'achat des jeunes eux-mêmes.

Le mal-logement en France

La Fondation Abbé Pierre publie chaque année un rapport sur le mal-logement en France. En 2011, près d'un habitant sur vingt vit dans des conditions de logement très précaires. En Picardie, la situation est très préoccupante.

Les chiffres publiés dans le rapport 2011 de la Fondation Abbé Pierre sur le mal-logement sont sans appel : en France, 3,6 millions de personnes ne sont pas logées ou le sont dans de très mauvaises conditions, soit environ un habitant sur dix-huit. Ce chiffre reflète des réalités diverses. La majorité de ces personnes vit dans un logement fixe, mais dans des conditions très difficiles : privation de confort, surpeuplement « accentué », etc. La Fondation relève également près de 87 000 « gens du voyage » ne disposant pas de places dans les aires d'accueil aménagées et 685 000 personnes privées de domicile personnel, qu'elles soient contraintes de résider chez un tiers (411 000), hébergées dans une résidence sociale (18 000), logées à l'hôtel (38 000), occupant une habitation de fortune (cabane, camping, mobil-home, etc. : 85 000) ou sans domicile (133 000).

De plus en plus de
personnes hébergées issues
de la classe moyenne

Parallèlement, les Samu sociaux rencontrent partout des difficultés. Le Samu social de Paris auquel est associé un observatoire a publié cet été les chiffres de l'année 2010. Au cours de l'année, près de 2 millions de nuitées ont été attribuées, soit une augmentation de 24 % par rapport à 1999.

Par ailleurs, le profil des personnes hébergées s'est singulièrement modifié : alors qu'en 1999, six usagers sur sept étaient des personnes isolées, en 2010 le nombre de personnes hébergées en famille dépasse le nombre de personnes isolées (11 200 contre 10 300). Les premières obtiennent plus souvent que les secondes une réponse à leur demande d'hébergement. En outre, la durée d'hébergement des personnes en famille est beaucoup plus élevée : près de 130 nuitées par personne en moyenne contre seulement 40 pour les personnes isolées.

Tandis que, « en 1999, le 115 de Paris fournissait essentiellement l'hébergement pour un public isolé, de sexe masculin, âgé, pour une grande partie, de 25 à 45 ans », en 2010

la population des femmes, des enfants et même des personnes âgées est beaucoup plus présente. Ainsi, la quasi totalité des familles sont constituées au moins d'une femme adulte (52,5 % de familles monoparentales avec la mère seule et 45 % de familles en couple) et les femmes isolées sont de plus en plus nombreuses. Par ailleurs, 14 % des personnes isolées sont âgées de moins de 25 ans et, dans les familles, plus de la moitié des mineurs a moins de 5 ans. Enfin, 6 % des personnes isolées sont âgées de plus de 60 ans.

La Fondation Abbé Pierre fait un constat similaire en notant qu'aujourd'hui « ce ne sont pas seulement les personnes défavorisées et celles qui appartiennent aux catégories modestes de la population qui rencontrent des difficultés pour se loger mais aussi, et de plus en plus, des représentants des couches moyennes ». Pour la Fondation, « le domaine de la crise du logement connaît ainsi une extension sans précédent » et les auteurs considèrent que « nous sommes en droit d'attendre une politique plus volontariste, plus ambitieuse et surtout plus réactive quant à la détérioration du coût du logement pour les ménages ».

Une situation picarde
très difficile

La situation du logement en Picardie a été présentée par le conseil économique, social et environnemental (Ceser) le 2 décembre 2011. Ce dernier a analysé la question du logement sous deux aspects : le parc existant avec ses caractéristiques quantitatives et qualitatives et le « mal-logement » formule empruntée à la Fondation Abbé Pierre.

La première partie du rapport constate que « dans le classement des cinq dernières régions qui réalisent des constructions, la Picardie, se situe en cinquième position après la Corse, le Limousin et la Champagne-Ardenne ».

Les auteurs notent aussi que « le besoin de production de logements sociaux neufs est actuellement en Picardie de 1 800 logements par an pour 1 200 construits ». Ainsi, « 7 600 à 8 000 logements neufs par an, toutes catégories confondues sont nécessaires

pour répondre aux besoins. Il [le besoin de logements] concerne tous les secteurs du parc (constructions neuves, réhabilitations de logements vacants et inconfortables) ».

Par ailleurs, le rapport révèle que les indicateurs de production de logements ne sont pas en adéquation avec la demande picarde, notamment du fait de l'accroissement naturel de la population qui est supérieur aux moyennes nationales ainsi que du fort potentiel de décohabitation liée au départ des jeunes adultes qui quittent leur famille, aux jeunes ménages qui souhaitent effectuer une première installation et aux couples qui se séparent et ont besoin de deux logements.

Selon la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dréal), une demande soutenue à la fois locale et externe s'affirme en particulier dans les agglomérations.

Mais d'emblée, la situation semble préoccupante, c'est pourquoi le Ceser veut cerner de manière précise la question du logement face aux besoins de la population en évaluant l'offre existante et faire des propositions à partir d'indicateurs donnés par les partenaires.



http://www.fondation-abbé-pierre.fr/_pdf/rml_11.pdf



<http://observatoire.samusocial-75.fr/index.php/fr/les-chiffres>



Année européenne du **vieillessement actif**
et de la **solidarité intergénérationnelle 2012**



Union Européenne

Santé : un nouveau réseau de coopération européenne pour stimuler le recours aux services de santé en ligne

Le 22 décembre 2011, la Commission européenne a adopté une décision établissant le réseau *Santé en ligne*, le but étant de trouver des solutions modernes et innovantes permettant d'offrir à tous les Européens des soins plus sûrs et de meilleure qualité.

Pour John Dalli, commissaire européen à la santé et à la politique des consommateurs : « *Le réseau Santé en ligne contribuera de manière déterminante à faire de la santé en ligne une réalité en Europe, pour que nous puissions passer des contrôles médicaux de routine grâce au suivi à distance, tout en étant confortablement installés à la maison, ou bien partir en voyage avec en poche un billet mais aussi une ordonnance électronique, et la certitude que notre dossier médical nous suivra partout où nous irons dans l'Union, et pour que tous les Européens, où qu'ils soient, puissent accéder aux meilleurs soins possible* ».

Le réseau *Santé en ligne* regroupera les autorités nationales chargées de la santé en ligne qui souhaiteront, sur une base volontaire, élaborer des orientations communes en la matière. L'objectif est de garantir, à l'échelle de l'Union, l'interopérabilité des systèmes électroniques utilisés dans le domaine de la santé et, partant, un plus large recours aux services de santé en ligne. Le réseau *Santé en ligne* devrait transformer les résultats de nombreux projets de recherche et projets pilotes en services concrets, accessibles aux citoyens européens.

Les objectifs de l'Union européenne sont :

- d'améliorer la santé des citoyens en mettant à leur disposition des informations susceptibles de leur sauver la vie — et en les transmettant d'un pays à l'autre au besoin — au moyen d'outils de santé en ligne ;
- d'améliorer la qualité des soins de santé et l'accès à ceux-ci en intégrant la santé en ligne dans la politique de santé et en coordonnant les stratégies politiques, financières et techniques des États membres de l'Union ;
- de rendre les outils de santé en ligne plus efficaces, conviviaux et consensuels en faisant participer les professionnels de la santé et les patients à la conception et à la mise en œuvre des stratégies en la matière.

2012 Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle

L'année 2012 a été proclamée *Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle*. C'est l'occasion pour l'Union européenne de se rappeler que les Européens vivent aujourd'hui plus longtemps et en meilleure santé, et de s'interroger sur les perspectives que cela ouvre.

Le vieillissement actif représente une chance de rester dans le monde professionnel et de faire partager son expérience, de continuer de jouer un rôle actif dans la société, et de mener une vie aussi saine et enrichissante que possible. D'après les promoteurs de l'*Année européenne*, le vieillissement actif est également essentiel pour maintenir la solidarité entre les générations dans les sociétés qui connaissent une augmentation rapide de la proportion de personnes âgées. Le défi de l'*Année* consistera à améliorer les perspectives pour le vieillissement actif en général et pour permettre aux personnes âgées de vivre en toute autonomie, en intervenant dans de nombreux domaines : l'emploi, les soins de santé, les services sociaux, la formation permanente, le bénévolat, le logement, l'informatique ou encore les transports. Informer, diffuser les bonnes pratiques, encourager les décideurs politiques et les acteurs concernés à faciliter le vieillissement actif, à tous les niveaux seront les objectifs de l'*Année européenne*.

Personnes handicapées : régulation transfrontalière franco-wallonne

Un accord cadre et un arrangement administratif ont été préparés par l'ARS Nord - Pas-de-Calais et l'Awiph pour les ministres concernés, Marie-Anne Montchamps pour la France, Rudy Demotte, ministre-président de la région Wallonne et Liliane Tillieux, ministre wallonne de la santé pour renforcer la coopération médico-sociale pour l'accompagnement des personnes handicapées françaises en Wallonie (Belgique). Cet accord doit faciliter l'échange d'informations relatives aux Français hébergés en Wallonie et permettre la mise en place d'une inspection commune des établissements d'accueil pour personnes handicapées.

La prochaine étape est la réflexion sur les handicaps lourds.



VIH : nouveau plan d'action de la Région européenne de l'OMS

L'épidémie de VIH n'a pu encore être maîtrisée : plus de 118 000 cas ont été diagnostiqués en Europe en 2010. Plus des trois quarts des nouvelles infections signalées concernent la partie orientale de la Région.

Le nombre total de cas de VIH notifiés en Europe a été multiplié par 2,5 depuis 2001. Le total cumulé de cas de VIH diagnostiqués dans la Région peut par conséquent être estimé à environ 1,4 million.

Les cinquante-trois États membres de la Région ont approuvé le nouveau *Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015*.

Ce plan s'articule autour de quatre orientations stratégiques :

- optimisation des résultats de la prévention, du diagnostic, du traitement et des soins du VIH ;
- amélioration plus générale des résultats en matière de santé grâce aux interventions de lutte contre le VIH ;
- édification de systèmes solides et durables ;
- réduction de la vulnérabilité et élimination des barrières structurelles à l'accès aux services (action sur les déterminants sociaux de la santé).



Lutter contre les inégalités

Angel Gurría, secrétaire générale de l'OCDE lors de la présentation des perspectives du développement mondial 2012 :

« *Il semble aussi que la forte croissance enregistrée ces dernières années dans les pays émergents et en développement ayant connu une hausse du niveau de vie n'ait pas nécessairement rendu les peuples plus heureux, à cause au moins en partie de l'accroissement des inégalités et du fort chômage des jeunes* ».

Observatoire franco-belge de la santé : site internet dédié patients et professionnels de santé

L'Observatoire franco-belge de la santé initie la coopération transfrontalière tout au long de la frontière franco-belge. Son action a rendu possible et a facilité la prise en charge des patients dans les deux systèmes hospitaliers quelle que soit leur nationalité.

Créé en 2002 sous la forme d'un groupement européen d'intérêt économique, l'Observatoire franco-belge de la santé (OFBS) regroupe une soixantaine des principaux acteurs de l'assurance maladie et de l'offre de soins, des observatoires de la santé, des médecins libéraux, des pharmaciens ainsi que des centres hospitaliers situés dans la zone frontalière franco-belge.

Dans une logique de réalisation d'économies d'échelle par une utilisation plus rationnelle des infrastructures et des équipements situés tout au long de la frontière franco-belge, l'objectif principal de l'OFBS est d'améliorer l'accès des populations frontalières aux systèmes de soins. À terme, il s'agit de pouvoir déployer une véritable politique transfrontalière de santé, notamment sur l'offre de soins. La création des zones organisées d'accès aux soins (Zoast) à cheval sur la frontière en témoigne. Les Zoast veulent favoriser le développement de coopération entre les acteurs hospitaliers et médico-sociaux, y compris la

coopération entre les services d'aide médicale urgente (SMUR) des deux pays.

L'accord-cadre franco belge portant sur la coopération sanitaire transfrontalière, véritable base juridique de la coopération, a été signé en 2005, puis ratifié côté français en octobre 2007 et, tout dernièrement, en Belgique. Il offre une plus grande légitimité aux actions initiées par les acteurs locaux et permet d'élargir la portée des projets.

L'OFBS vient de se doter d'un nouveau site internet, disponible en français et en néerlandais. Il fait partie d'un portail commun santetransfrontaliere.eu, couvrant l'ensemble des frontières franco-belge, franco-luxembourgeoise et belgo-luxembourgeoise.

Le site de l'OFBS est dédié à la fois aux professionnels et aux patients, si ce n'est aux citoyens. Il présente ainsi l'ensemble de l'offre hospitalière frontalière, dont les trois hôpitaux axonais situés en Thiérache, impliqués dans des démarches de coopérations.

Le site permet aussi de se repérer dans les différents textes réglementaires et accords en

vigueur, dont il permet le téléchargement. De même, des brochures d'information à destination des patients ou des prestataires de soins sont disponibles pour deux Zoast (Ardennes, Roubaix-Mouscron) et le seront bientôt pour les autres zones frontalières.

L'entrée en vigueur, en mai 2010, du règlement 987/2009 a permis aux personnes se déplaçant dans l'UE de ne pas perdre le bénéfice de leurs droits, qu'il s'agisse de pensions de retraites, d'allocations familiales ou de chômage ou encore d'assurance maladie.

La Commission européenne a ouvert un espace internet intitulé «Coordination de la sécurité sociale dans l'Union européenne».

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=26>

www.ofbs.eu

Enfants confiés, enfants placés : défendre et promouvoir leurs droits

Rapport 2011 consacré aux droits de l'enfant, Dominique Baudis, 2011



À l'occasion de la *Journée internationale des droits de l'enfant*, le 20 novembre, le Défenseur des droits a présenté son premier rapport consacré, cette année, aux enfants accueillis en institution, et plus particulièrement les moyens de défendre et de promouvoir leurs droits.

Huit propositions forment les conclusions de ce rapport. Elles s'inscrivent dans l'implication et la participation des parents dans le placement de leurs enfants, dans la connaissance du parcours de l'enfant durant son placement et dans l'anticipation de la fin du placement. Elles interrogent

la formation des professionnels, notamment initiale sur les droits de l'enfant et préconisent la tenue d'une conférence de consensus pour recueillir les connaissances, les méthodes et pratiques professionnelles, de les confronter et de produire... des recommandations !

La mobilité des jeunes

Jean-François Bernardin, Conseil économique, social et environnemental

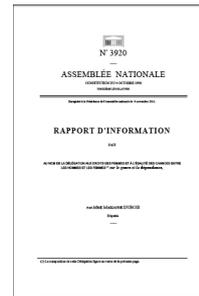
Saisi par le Premier ministre sur la question de la mobilité des jeunes, le Conseil économique, social et environnemental (Cese) a choisi de s'intéresser plus particulièrement aux mobilités géographiques et territoriales. Le présent avis étudie tout d'abord les liens entre mobilité, diplômes et insertion professionnelle. Il propose ensuite un état des lieux des dispositifs existants, aussi bien à l'échelle européenne (Erasmus, Leonardo, Comenius, Jeunesse en action) qu'au niveau national (Volontariat international en entreprise - VIE - Volontariat international en administration - VIA - Volontariat de solidarité internationale - VSI -). Il fait également le point sur le service civique, les dispositifs de mobilité régionale pour les jeunes, ainsi que sur les expériences ne relevant actuellement d'aucun dispositif institutionnel. Souhaitant un engagement fort du gouvernement, le Cese décline ses préconisations autour des quelques axes : création d'un dispositif unique d'informations dédié à la mobilité ; développement dès le plus jeune âge de l'apprentissage à la mobilité ; politique globale du logement pour les jeunes ; généralisation des bonnes pratiques régionales en matière de moyens de transports pour tous les jeunes ; véritable effort en faveur de l'apprentissage des langues prenant mieux en compte l'expression orale ; meilleure sécurisation de la mobilité européenne et internationale.



La prévention sanitaire

Cour des Comptes, octobre 2011

À la demande de la commission des affaires sociales et de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, la Cour des comptes a réalisé une enquête sur le bilan et l'évaluation de la prévention en santé. Le rapport dresse un bilan mitigé et propose dix recommandations pour améliorer l'efficacité de la prévention. Parmi les recommandations, on trouve l'élaboration d'un document de politique transversale (DPT) sur la prévention sanitaire, la clarification des règles d'imputation budgétaire permettant de connaître précisément les montants dépensés en matière de prévention, ou encore la mise en pratique des recommandations du guide méthodologique produit par la DGS, lors de l'élaboration des plans de santé publique. On notera aussi la nécessité de sélectionner quelques priorités de santé publique et de les mettre en œuvre dans le cadre d'un nombre restreint de plans structurés disposant de moyens financiers propres et l'élaboration de référentiels visant à améliorer la qualité des pratiques préventives, indépendamment de l'attribution de moyens dédiés. Dans son rapport, la Cour des comptes prend en compte la place des Ireps et des pôles de compétence dans le cadre de la gouvernance régionale réalisée conjointement par l'ARS et l'Inpes, ainsi que celle des ORS en ce qui concerne les systèmes d'information.



Rapport d'information sur le genre et la dépendance

Marianne Dubois, Assemblée nationale, délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, 2011

Dans le cadre du débat autour de la prise en charge de la dépendance, la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes s'est intéressée à la place et au rôle des femmes dans les situations de vieillissement et de perte d'autonomie. Le rapport constate que les personnes âgées dépendantes sont majoritairement des femmes, dont un grand nombre peine à financer leur perte d'autonomie, compte tenu des inégalités professionnelles rencontrées au cours de leur carrière. Il observe par ailleurs que, dans le cas d'un maintien à domicile, les femmes se voient assigner un rôle souvent contraint, d'aidantes familiales, de professionnelles de l'aide aux personnes dépendantes, et mêmes de bénévoles. Sur la base de ces constats, la délégation présente huit recommandations visant à améliorer la situation des femmes, qu'elles soient en charge de la perte d'autonomie de personnes âgées ou qu'elles soient elles-mêmes atteintes par la dépendance :

- mener de grandes campagnes de sensibilisation auprès des citoyens pour les informer et les mettre en garde sur les coûts des pertes d'autonomie et pour changer le regard porté par la société sur la vieillesse ;
- partager, en cas de divorce, les droits à la retraite du conjoint ;
- mieux diffuser l'information en direction des personnes âgées et des familles ;
- prévenir les états de dépendance des femmes ;
- encourager l'autonomie et le maintien à domicile ;
- soutenir les aidants familiaux ;
- aménager les congés familiaux existants (congé de solidarité familiale, congé de soutien familial, congé parental) ;
- retarder l'entrée en structure d'accueil médicalisée quand le maintien à domicile n'est plus possible.



France : Portrait social

L'édition 2011 de *France, portrait social*, présente le bilan des évolutions économiques et sociales de l'année écoulée. Il dresse au travers d'une quarantaine de fiches le portrait de la population en matière de démographie, d'éducation, de conditions de vie, d'évolution des salaires...



«La pluralité des thématiques, des sources d'information mobilisées, des points de vue développés ne permet pas un rendu exhaustif de l'ouvrage. Quelques focus peuvent cependant être faits.

Concernant les jeunes, leurs conditions d'accès à l'emploi varient en fonction du niveau de diplôme mais aussi du contexte économique. La crise de 2008-2009 a particulièrement retardé leur entrée sur le marché du travail, notamment pour ceux sortis de l'enseignement secondaire sans diplôme. En 2010, 11 % des diplômés du supérieur depuis moins de cinq ans sont au chômage, pour 23 % des diplômés du secondaire et 44 % de ceux non diplômés ou diplômés uniquement du brevet des collèges. Prenant l'exemple de la formation en alternance, les auteurs remarquent qu'elle prépare mieux à l'accès à l'emploi et facilite la qualité de l'insertion professionnelle.

Les conditions d'habitat jouent un rôle essentiel dans la socialisation et le développement des enfants. Entre la fin du XX^e siècle et le début du XXI^e, la structure des familles a évolué avec une taille qui s'est réduite et des modèles familiaux pluriels. Au milieu de la décennie 2000-2010, les trois quarts des enfants jusqu'à 18 ans vivent encore avec leurs deux parents mais ceux vivant au sein d'une famille monoparentale ou recomposée sont de plus en plus nombreux. Cela a des implications sur les conditions de logement. Les enfants vivant avec leurs deux parents ont davantage la possibilité d'avoir leur

propre chambre, ce qui est moins le cas pour ceux habitant dans des familles recomposées, et encore moins vrai pour les familles monoparentales. En effet, 20 % des enfants de familles monoparentales vivent dans des logements surpeuplés, soit deux fois plus que la moyenne. Les difficultés financières des familles monoparentales en sont la cause principale. Mais la taille de la famille joue aussi sur l'espace disponible et les enfants des familles très nombreuses sont les plus exposés à des situations de logement difficiles : 30 % vivent dans un logement surpeuplé. Il faut cependant noter que la surface des logements s'est accrue depuis la fin des années soixante-dix de près de 15 m², dû notamment à l'accroissement des maisons individuelles.

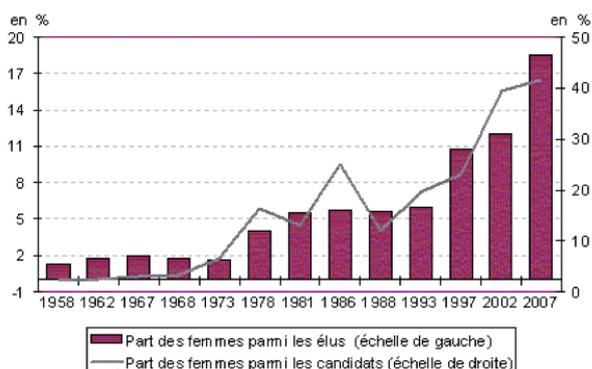
Dans le domaine de la vie sociale et politique, les associations restent un indicateur important du vivre ensemble. La France compte huit millions de personnes bénévoles en 2008, principalement dans les associations religieuses, sanitaires ou sociales, ainsi que celles de défense de droits et d'intérêts communs. À l'opposé, les associations de troisième âge et les associations sportives ont les taux de bénévolat les plus faibles. La participation des femmes à la vie politique s'est notablement modifiée depuis le début de la V^e République. Même si la parité est loin d'être atteinte pour les postes d'élus (17 %), elle s'en rapproche pour les candidatures. L'effet de la loi pour les scrutins par liste qui oblige à la parité en reste la cause.

Du côté des revenus, les prestations sociales

et les prélèvements réduisent les inégalités de revenus dans la population. En 2010, les prestations sociales contribuent pour les deux tiers à cette réduction et les prélèvements pour un tiers, imputable en très grande partie à l'impôt sur le revenu. Cependant, l'impôt sur le revenu et les prestations réduisent moins les inégalités de revenus en 2010 qu'en 1990, au contraire du poids du financement de la protection sociale (CSG) qui s'est accru.

Enfin, pour terminer ce tour d'horizon partiel, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) se montait en 2010 à 175 milliards d'euros, soit une consommation par habitant de 2 700 euros sur un an. Si 46 % de ces dépenses correspondent aux dépenses hospitalières, 25 % concernent les soins de ville. La structure du financement de la CSBM s'est transformée durant la première décennie du XXI^e siècle. Ainsi, la part de la Sécurité sociale a baissé de près de 2 points, passant de 77,1 % en 2000 à 75,8 % en 2010. Dans le même temps, la part des sociétés d'assurance est passée de 2,7 % à 3,6 %. La part relative des ménages s'est établie à 9 % après être montée à 9,8 % en 2008 suite à un certain nombre de mesures d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie comme la participation forfaitaire d'un euro.

Part des femmes candidates et élues à l'Assemblée nationale



Structure du financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux en 2010

	2000	2005	2005*	2008	2009	2010
Sécurité sociale de base (1)	77,1	77,0	76,8	75,7	75,8	75,8
État et CMU-C (2) org. de base	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2
Organismes complémentaires (3)	12,8	13,2	13,0	13,3	13,4	13,5
Mutuelles (3)	7,7	7,7	7,6	7,6	7,6	7,5
Sociétés d'assurance (3)	2,7	3,1	3,0	3,3	3,4	3,6
Institutions de prévoyance (3)	2,4	2,5	2,3	0,4	2,4	2,5
Ménages	9,0	8,4	9,0	9,7	9,6	9,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) : y compris déficit des hôpitaux publics.
 (2) : couverture maladie universelle complémentaire.
 (3) : y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Source : Drees, comptes de la santé (base 2000 jusqu'en 2005 ; base 2005 depuis).

France, portrait social est consultable en ligne sur

<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=FPORSOC11&nivgeo=0>

Les données, tableaux et graphiques sont issus de l'édition 2011 et sont disponibles en téléchargement.

13-14 janvier 2012, Nantes

La solidarité des idées neuves, Congrès de la Fnars
Organisé par la Fnars

Programme : http://www.fnars.org/images/stories/evnement/congres_2012/111220_Pre-programme_21.pdf

27 janvier 2012, Paris

Journée scientifique AFPSSU-Inpes-SIUMPPS : mieux vivre l'école de la maternelle à l'université
Organisée par l'Association de la santé scolaire et universitaire, l'Inpes, et le service interuniversitaire de médecine préventive promotion de la santé

Site internet : <http://www.afpssu.com/journee-27-janvier-2012-10529.html>

7-8 février 2012, Asnières-sur-Seine

Congrès national « Vivons en forme ». Quels enjeux et leviers pour changer les comportements ?
Organisé par FLVS

Site internet : <http://www.vivons-en-forme.org>

7 février 2012, Paris

2^e conférence annuelle Biosimilaires 2012. De la propriété intellectuelle à la sécurité des patients : les conditions pour maximiser l'accès à un marché colossal
Organisé par Development institute international

Site internet : <http://www.development-institute.com>

17 février 2012, Amiens

Conférence débat « L'accompagnement des demandeurs d'asile : professionnels et migrants aux prises avec les contraintes législatives »
Organisé par l'Irffe.

Inscriptions et renseignements : juliette.halifax@irffe.fr;
03.22.66.24.34

9 mars 2012, Paris

Place des usagers dans les établissements de santé. Quelle évolution depuis 10 ans ?

Organisé par la Fédération hospitalière de France

Site internet : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Actualites/Agendas/Colloque-Place-des-usagers-dans-les-etablissements-de-sante-2012>

15-16 mai 2012, Toulouse

3^e édition du congrès thématique de l'Adelf «Épidémiologie sociale et inégalités de santé»

Organisé par l'Association des épidémiologistes de langue française

Programme : http://www.iferiss.org/IMG/pdf/2eme_annonce_ADELFF_2012.pdf

26-28 mai 2012, Nîmes

2^e Congrès international Crépis France-Québec : Territoires, santé et inégalité sociale : une approche plurielle

Organisé par Crépis France-Québec :

Programme : <http://www.crepisfrance-quebec.com>

L'esthétique de la rue

Anne Bourgain
Maître de conférence
Université de Paris XIII



Depuis toujours, les défenseurs de l'ordre public s'emploient à faire circuler les sujets, à éviter les rassemblements, en adoptant parfois la stratégie américaine du couvre-feu. Le pouvoir attractif de la rue pour les jeunes, et sa fonction de lien social, ne sont cependant plus à démontrer : il y a une culture de rue, avec des sports de rue, des arts de la rue. Dans ce qu'on appelle les « cités » ou les « quartiers », on observe un processus d'appropriation de l'espace public : ma rue, mon quartier, mon bloc... La rue s'y donne à lire comme le sas, le seuil. Elle s'inscrit dans la ville même, séparant tout en reliant. Elle invite à définir la séparation entre espace public et espace privé et plonge au cœur de la problématique du dehors et du dedans. Comme en témoignent ces espaces justement intermédiaires que sont les halls, les « cages » d'escalier, ou les diverses « planques » : cours, squares, parkings, qui valent comme lieux de transit. L'occupation de ces espaces de passage est un phénomène d'une grande visibilité qui ne manque pas d'inquiéter ceux qui sont contraints de compter avec cette présence incontournable du « jeune errant » quand il se « pose ». Certains jeunes, dits en galère, ont tendance à investir la rue comme une surface de séparation avec la famille : après un événement traumatique, il arrive que le dedans se révèle dangereux alors que le dehors est sécurisant. Les espaces s'inversent, et ce qui peut apparaître dans

l'imaginaire collectif comme une jungle, un espace dangereux, devient l'espace vital de dégagement par rapport au monde clos de la famille.

En tous temps, en tous lieux, tous milieux sociaux confondus, la jeunesse a cherché la visibilité : c'est le plus souvent en bande qu'elle se rend en ville, parfois dans une certaine théâtralité. Il s'agit de se mettre en scène. La rue sert ainsi de terrain de jeu, d'espace initiatique, voire de scène pour le bizutage quand elle accueille le rituel des défilés estudiantins.

On peut tenir au cœur de la ville des agoras. Le quartier offre alors en effet un espace de plus grande liberté avec une certaine auto-régulation quand les choses fonctionnent bien. Aussi la pratique sportive participe-t-elle souvent d'une recherche esthétique, qui se matérialise par la réalisation de figures, comme le *alley-oop* au basket de rue. Mais souvent ces adolescent(e)s évoluent derrière les hautes clôtures d'un terrain aménagé à l'intérieur d'un parc de loisirs par exemple, sur le modèle des campus américains. Les promeneurs peuvent les voir en passant, furtivement, les deviner, parfois les admirer, à distance, sans jamais pénétrer dans l'enceinte, sans que jamais ces deux mondes ne se rencontrent. Ils disent même éprouver de la gêne, presque de la honte en présence d'un tiers, surtout s'il s'agit d'un proche susceptible de « mettre la pression ».

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE

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

N°14, décembre 2011

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

Directeur de publication : Dr Joseph Casile (or2s)
Comité de rédaction : Émilie Blangeois (or2s), Danièle Bourgery (conseil régional), Yassine Chaïb (drjcs), Rémy Caveng (université de picardie), Christine Jaafari (drjcs), Éric Moreau (conseil général oise), Marie-Véronique Labasque (creai), Michel Liénard (msa), Philippe Lorenzo (or2s), Aline Osman-Rogelet (or2s), Yvonne Perot (insee), Gaëlle Raboyeau (ars), Claude Thiaudière (université de picardie), Alain Trugeon (or2s).
Mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X
© OR2S décembre 2011