Plateforme SANITAIRE&SOCIALE

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

n°19

avril 2013

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé 2

- 13e congrès des observatoires régionaux de la santé
- Égalité professionnelle : enjeu de performance économique et de qualité de vie au travail pour l'entreprise

Actualité 3

- Mesurer l'usage de l'information par les adultes : l'enquête PIAAC

Brèves 4

Entretien 5

- La retraite à l'épreuve de inégalités de santé. L'exemple de l'alimentation. Entretien avec Philippe Cardon, sociologue

Initiative 6

- Logement dédié

Focus

- Le politique de l'ARS 8
- La Carsat Nord-Picardie propose une offre de service pour « Bien-vieillir » 9
- La politique du conseil général de l'Oise 10
- Les orientations stratégiques des schémas personnes âgées-personnes handicapées du conseil général de la Somme 11
- Orientation stratégique du schéma pour l'autonomie 2012-2016. Département de l'Aisne 12
- Adaptation au vieillissement : un enjeu de société 13

Brèves 14

Données nationales 15

- Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement

Brev'd'Europe 16

Europe 17

- Bilan de l'année européenne 2012

Doc 18

- Disparités départementales de l'accessibilité de l'hébergement pour personnes âgées 19

Tribune libre 20

- Réduire les inégalités entre hommes et femmes devant la retraite ?

Agenda 20

L'augmentation importante de l'espérance de vie (84,8 ans pour les femmes et 78,4 ans pour les hommes) amène notre société à adapter les structures sanitaires et médico-sociales à ce grand triomphe de la civilisation. La réduction de la mortalité infectieuse et de la mortalité infantile dans la première partie du XXe siècle explique cette augmentation. Depuis maintenant près de quarante ans, les années de vie gagnées sont des années à la fin de la vie et des années en santé, contrairement à ce que beaucoup pensent. Ainsi, si nous avons doublé le nombre d'octogénaires en France entre 1990 et 2010, le nombre de personnes âgées dépendantes n'a augmenté que de 50 %. Nous allons de nouveau doubler le nombre d'octogénaires dans les quinze ans à venir. Des problèmes de santé nouveaux apparaissent. Les pathologies cancéreuses puis les maladies cardiovasculaires restent les deux grandes causes de mortalité. La maladie d'Alzheimer devient un enjeu déterminant de santé publique, avec une prévalence de 20 % au-delà de 80 ans et de près de 40 % chez les femmes au-delà de 90 ans. Avec la pathologie vasculaire cérébrale, la maladie d'Alzheimer est le premier déterminant de la dépendance et de l'entrée en institution actuellement.

D'un point de vue sanitaire, il faut continuer à restructurer l'hôpital pour qu'il s'adapte aux enjeux du vieillissement de la population. L'hôpital français est probablement trop découpé en services de spécialités médicales ou chirurgicales d'organes, qui ont du mal à prendre en soins les patients gériatriques qui présentent en moyenne sept à huit problèmes de santé différents en même temps. Plus de lits polyvalents de gériatrie apparaît comme une nécessité si l'on veut éviter que les patients âgés restent trop longtemps aux urgences. La circulaire de mars 2007 sur l'organisation de la filière gériatrique donne des recommandations qui font l'objet d'un accord professionnel. Si l'on applique les taux recommandés à la population attendue, il faudra faire passer le nombre de lits de gériatrie aiguë en Picardie de 125 (chiffre sous-estimé) à 182 en 2030 et 219 en 2040 ; de même pour les lits de SSR gériatriques, de 417 à 606 puis à 731, en ne tenant compte que de la fourchette basse. La reconversion des lits de services de soins et de réinsertion (SSR) polyvalents en lits de SSR gériatriques est une évidence. Pour éviter en amont des hospitalisations indues et avoir une stratégie préventive, le développement de secteurs ambulatoires de gériatrie est nécessaire, avec un maillage de proximité. Consultation gériatrique et mémoire, hôpital de jour gériatrique et équipe mobile gériatrique en sont les composantes. Réussir un maillage au niveau de chaque territoire de santé conciliant proximité et compétence, grâce à des consultations avancées, est la réponse adéquate. Les gériatres doivent être les moteurs du volet gériatrique des futures communautés hospitalière de territoire.

À l'intérieur de la filière gériatrique, il convient de décliner une filière Alzheimer : consultation mémoire au sein de la consultation gériatrique, module cognition au sein de l'hôpital de jour, unité cognitivo-comportementale au sein du SSR gériatrique, unité d'hébergement renforcé au sein du secteur de soins de longue durée, et probablement demain unité Alzheimer au sein du secteur de gériatrie aiguë. Les malades d'Alzheimer sont encore trop souvent non diagnostiqués en ville comme lors d'un passage hospitalier, ce qui contribue à une prise en soins inadéquates, des sorties prématurées et mal préparées, et ensuite à des réhospitalisations précoces. Enfin, 50 % des séjours se prolongeant de façon inutile sont liés à des difficultés de sortie par attente d'entrée en institution pour une maladie d'Alzheimer sous-jacente, pas toujours diagnostiquée. Un partenariat avec la cancérologie est nécessaire pour développer l'oncogériatrie, quand plus de 50 % des cancers surviennent après 75 ans et qu'il faut éviter deux écueils : traiter de façon trop intensive des patients fragiles ou, à l'inverse, refuser de traiter un patient au seul fait de l'âge. De même pour les soins palliatifs, car le nombre de décès va augmenter de 30 % en Picardie d'ici à 2030.

D'un point de vue médico-social, il sera impossible de ne pas augmenter l'offre d'hébergement en institution parallèlement au développement d'une politique active de soutien à domicile. Le risque serait que des délais d'attente encore plus longs s'accompagnent de recours indus à l'hôpital avec des séjours inutilement prolongés. Il faut maintenir et développer l'offre de soins de longue durée, renforcer la présence d'une infirmière de nuit en Ehpad pour éviter des hospitalisations en augmentation par manque de compétence pour assurer une prise en soins de qualité dans l'établissement. Au sein de réseaux gérontologiques, il peut être possible d'apporter une réponse alliant là encore proximité et compétence. Le dispositif Maïa pour les patients Alzheimer préfigure un modèle plus global de prise en soins des personnes âgées. Tous les partenaires sanitaires et sociaux doivent s'y inscrire pour œuvrer au mieux afin d'offrir aux personnes âgées la meilleure prise en soins pour que notre pays reste un modèle où il fait bon vivre et bien vieillir, seule façon de rester en vie.

Pr Pierre Jouanny
Service de médecine gériatrique
CHU d'Amiens

Préfet de la Région Picardie
Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
ars Agence Régionale de Santé Picardie
Picardie La Région

13e congrès des observatoires régionaux de santé

Le 13e congrès des observatoires régionaux de santé s'est tenu à Bordeaux les 4 et 5 avril 2013, précédé d'une journée de travail inter-ORS.

Quelque quatre cents professionnels de la santé, du social et du médico-social, se sont donné rendez-vous à Bordeaux pour le 13e congrès national des ORS. Placé sous le signe des *Nouveaux périmètres, nouveaux enjeux*, l'ensemble des débats a été consacré à mieux cerner ce que pourrait être l'observation dans un futur qui ne saurait être plus proche.

Les tables rondes organisées tout au long des deux journées du congrès ont débattu de ce souci d'une observation en adéquation avec les besoins des décideurs, mais aussi apte à faire remonter ceux des populations. De ce point de vue, la création des agences régionales de santé (ARS), la création des territoires de santé comme réceptables d'une politique publique modulable en fonction des particularités locales, mais aussi le renforcement de la démocratie sanitaire, favorisent, si elles n'en sont la source, une orientation de l'observation vers l'utile pour le profit des populations. Les diagnostics locaux de santé devaient ainsi prendre le pas sur des tableaux de bord régionaux, qui, s'ils ont eu leur utilité et ont assis l'autorité des ORS, sont aujourd'hui obsolescents. Les tables rondes ont mis en exergue la nécessité de renforcer l'observation mais aussi de la diversifier. Au recueil de données quantitatives doit s'adjoindre des données qualitatives, dans la perspective plus compréhensive des phénomènes sociaux et sanitaires qui traversent les populations. Le vrai point d'achoppement reste celui du médico-social, longtemps resté en friche car à la lisière de deux mondes, celui du sanitaire et celui du social. L'appariement des données d'enquêtes et des données de fichiers administratifs, bien qu'expérimental à l'heure actuelle, est très prometteur, notamment pour certaines bases de données.

Enfin, l'accès aux bases de données comme celle du Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (Sniir-Am), l'une des plus grandes bases de données mondiales en santé, est un des challenges majeurs pour l'observation, notamment pour les observatoires régionaux de la santé. Ce qui nécessite une réelle politique de l'*Open data*, mais complémentairement, une maîtrise des bases de données et des outils qui permettent d'en analyser le contenu. Parallèlement, le *Big Data*, ou données massives, est un chantier qui s'ouvre à l'épidémiologie, notamment dans la compréhension des comportements des populations. Le *data-scientist* pourait faire partie de nouveaux professionnels de l'observation et de l'interprétation des données.

Égalité professionnelle : enjeu de performance économique et de qualité de vie au travail pour l'entreprise

Co-organisée avec le centre d'ergonomie et de sécurité au travail (CESTP-Aract) et en partenariat avec la Direccte de Picardie, le rectorat d'Amiens, l'université de Picardie Jules Verne, l'Agefos PME Nord-Picardie et Retravailler Picardie, une conférence s'est tenue à Amiens le 28 mars 2013.

Ce colloque, à l'initiative de la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) et du préfet de région, a réuni différents acteurs régionaux venus partager leurs initiatives en matière d'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes. L'objectif de cette journée était triple : mobiliser les acteurs de la région, les entreprises et les partenaires sociaux ; mieux faire connaître le dispositif régional mis en place en 2009 pour les entreprises s'inscrivant dans le vœu de l'égalité professionnelle ; recueillir les observations de la salle pour enrichir le plan d'action de la région.

Dispensée en deux temps, cette journée a, dans un premier temps, permis de partager des exemples d'accords signés par les partenaires sociaux, les branches professionnelles et les entreprises, pour donner à l'égalité professionnelle une expression concrète. Dans un second temps, l'évocation des dispositifs institutionnels au service de l'égalité dans l'entreprise et les travaux en atelier ont permis de partager l'existant et de faire émerger des pistes d'action pour l'avenir. Trois ateliers étaient proposés aux participants afin d'apporter des informations et de discuter autour des thèmes de l'orientation scolaire, de la réelle mise en œuvre de l'égalité professionnelle en entreprise et de la qualité de vie au travail vue de manière genrée.

Tout au long de cette journée, il a été rappelé que même si les femmes représentent 46 % de la population active en emploi, elle doivent encore faire face à de nombreuses inégalités, qu'il s'agisse d'une insuffisante diversification des métiers et des carrières, de conditions de travail moins favorables, avec notamment un temps partiel trop souvent encore subi et non pas choisi, ainsi que d'écarts de rémunération infondés en défaveur des femmes, ou bien encore de perspectives d'évolution professionnelle plus limitées, les emplois d'encadrement supérieur et de direction demeurant très majoritairement masculins.

Émilie Fauchille
OR2S

Mesurer l'usage de l'information par les adultes : enquête PIAAC

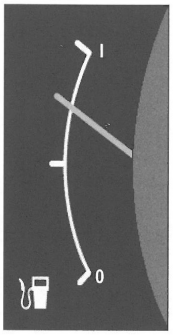
L'Organisation de coopération et de développement économique et la Commission européenne ont lancé en 2008 un programme international pluriannuel d'études sur la compréhension de l'information par les adultes.

La connaissance du niveau de compétence des adultes est un enjeu capital pour le débat public et les comparaisons internationales en ce domaine revêtent un intérêt particulier. C'est pourquoi l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), soutenue par la Commission européenne, a lancé en 2008 une vaste opération pluriannuelle, dite *Programme for International Assesment of Adult Competencies* (PIAAC) dans 25 pays membres. L'utilisation d'une méthodologie commune renforcera la pertinence des comparaisons internationales.
L'enquête PIAAC, dénommée en France enquête sur « l'usage de l'information par les adultes », met l'accent sur l'usage de la lecture, de l'écriture et du calcul dans les gestes courants de la vie personnelle et professionnelle. Il s'agit principalement de déterminer si les personnes interrogées ont un degré de maîtrise suffisant pour faire face aux mutations du travail et de la vie quotidienne. Des analyses pourront ensuite être conduites sur les liens entre le niveau de compétences mesuré, les parcours familiaux et scolaires et l'insertion professionnelle.

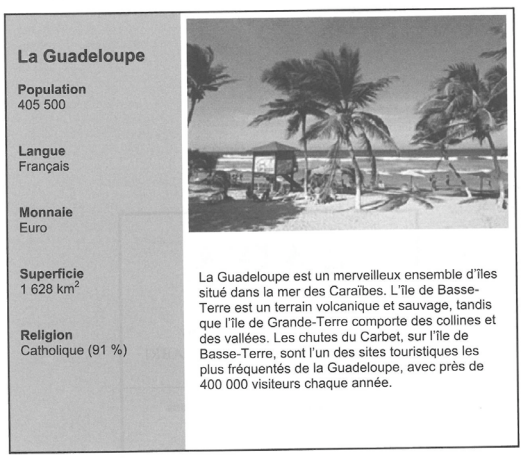
La collecte a été réalisée en face à face par des enquêteurs de l'Insee, au quatrième trimestre 2012. Le questionnement qui s'adresse aux adultes de 16 à 65 ans comprend deux parties : un questionnaire biographique d'une durée d'environ 45 minutes, suivi de la partie évaluation des compétences estimée à une heure. Dans cette deuxième partie, un module d'orientation amène la personne interrogée à répondre à des exercices à partir d'une « machine virtuelle » installée sur l'ordinateur de l'enquêteur si elle s'avère suffisamment à l'aise avec les manipulations d'un micro-ordinateur ; dans le cas contraire, elle effectue des exercices sur papier. Dans les deux cas, les exercices de type « compréhension de texte » proposés consistent à retrouver une information dans un document, parfois assez long. De même, les exercices de calcul nécessitent de réaliser des opérations plus ou moins compliquées à partir d'informations figurant dans une fiche jointe (*cf.* exemples ci-dessous).
Malgré les difficultés liées à la longueur du questionnement et à la complexité technique de l'opération, deux cent-vingt-quatre entretiens individuels ont pu être réalisés par dix-neuf enquêtrices, dans les 313 ménages contactés en Picardie (respectivement 7 000 sur 10 000 ménages en France métropolitaine). La taille réduite de l'échantillon, qui n'a pas été enrichi par une extension régionale comme dans le cas de l'enquête « Information et vie quotidienne » réalisée en 2011, ne permettra aucune exploitation locale. L'OCDE coordonnera l'exploitation internationale des résultats dont la diffusion est prévue fin 2013, tandis que chaque pays supervisera la publication de ses résultats nationaux. En France, cette exploitation sera menée conjointement par l'Insee, la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares du ministère des Affaires sociales et de la Santé) et la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp du ministère de l'Éducation nationale).

Catherine Bisson
Insee Picardie

Exemples d'exercices



Exercice de la jauge :
Le réservoir de cette voiture peut contenir 48 litres.
Combien de litres d'essence environ reste-t-il dans le réservoir ?



Sur laquelle des îles les chutes du Carbet sont-elles situées ?

Marisol Touraine et la politique des données de santé

En complément du rapport qui lui a été remis par André Loth (Drees) début avril, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a confié une mission sur l'accès aux données de santé à Pierre-Louis Bras, inspecteur général des affaires sociales (Igas) dans un courrier daté du 16 avril 2013. Elle lui demande de lui proposer, dans un délai de trois mois, les voies et les moyens de la mise en place d'un dispositif assurant à la fois une gouvernance d'ensemble des données de santé et garantissant leur mise à disposition dans des conditions adaptées aux finalités poursuivies par les différents acteurs. Il devra ainsi proposer aux pouvoirs publics une organisation efficiente du pilotage des politiques de santé à des fins de santé publique et de sécurité sanitaire, garantissant une bonne articulation avec les institutions responsables des bases de données médico-administratives et étudier les conditions fiables et sécurisées de la mise en place d'un dispositif d'accès et d'utilisation de ces bases, en respectant le strict anonymat des patients.

Retrouvez la lettre de mission sur le site www.pf2s.fr

Mangerbouger.fr

Le site mangerbouger.fr, vitrine du plan national santé nutrition (PNNS) offre de nouveaux outils et services.

La *Fabrique à menus* permet de générer des menus variés, conformes aux repères nutritionnels du PNNS, de saisons et bons au goût, selon des critères définis par l'internaute en tenant compte de son mode de vie (date, période, nombre de personnes…). Elle fournit également les recettes et la liste de courses correspondantes.

Mangerbouger Le Mag', le magazine du site mangerbouger.fr, permet de transmettre les recommandations du PNNS en les ancrant dans l'actualité.

Enfin, « *Le panier à idées* » devient une newsletter mensuelle.

Plan pauvreté

Répondant à un engagement du Président de la République et du Premier ministre, le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale est le fruit d'un travail de concertation inédit avec l'ensemble des acteurs des politiques de solidarité : les services de l'État, les collectivités territoriales, les associations, les partenaires sociaux, les chercheurs et experts, ainsi que les personnes en situation de pauvreté elles-mêmes. L'élaboration de ce plan a mobilisé plus de 20 ministères.

Cinq grands principes le structurent :

• un principe d'objectivité : face à l'ampleur et à la diversité des situations de pauvreté, les pauvres et les précaires ne peuvent plus être considérés comme une minorité marginale, peu ou prou responsable de sa situation ;

• le principe de non-stigmatisation : le sens des politiques sociales est d'aider les personnes en situation de pauvreté ou de précarité à s'en sortir et non à les stigmatiser ;

• le principe de participation des personnes en situation de pauvreté à l'élaboration et au suivi des politiques publiques en leur donnant la parole ;

• le principe du "juste droit" : le Gouvernement doit s'assurer que les citoyens bénéficient de ce à quoi ils ont droit ;

• le principe de décloisonnement des politiques sociales : un changement des pratiques doit se faire dans le sens d'une meilleure coordination des acteurs, publics, associatifs et privés, autour de l'accompagnement des personnes.

Les mesures proposées dans le plan visent tout à la fois à répondre à l'urgence sociale du moment et à structurer la politique de solidarité du Gouvernement sur le long terme. Pour chacune d'entre elles, un ministère chef de file a été identifié et des éléments de calendrier ont été précisés. Ces mesures ont été classées selon trois axes de réforme :

• réduire les inégalités et prévenir les ruptures ;

• venir en aide et accompagner vers l'insertion ;

• coordonner l'action sociale et valoriser ses acteurs.

Lire la suite sur www.pf2s.fr

Pour recevoir *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie, n'oubliez pas de vous inscrire !

Désormais, les lecteurs des lettres électroniques *Plateforme sanitaire et sociale* et *Picardie en santé et bien-être* bénéficient d'une interface d'inscription unique. Pour vous inscrire ou modifier vos abonnements, il suffit de vous connecter sur la page suivante : www.pf2s.fr

La journée de la *Plateforme* 2013 : date à réserver

En 2013, la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie organisera sa journée annuelle sur la thématique du *Bien-vieillir*. Celle-ci se déroulera le 14 novembre à partir de 9h00 à Amiens (Irffe).

Praps

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) a été validé par le comité de pilotage *ad hoc* et par la commission de coordination des politiques publiques (CCPP) début avril.

La mise en œuvre de ce programme, dont le principal enjeu est la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, s'articule autour de sa déclinaison en cinq objectifs stratégiques et dix-neuf objectifs opérationnels. Le Praps s'articule en outre avec le schéma régional de prévention, le schéma régional de l'offre de soins, le schéma régional de l'offre médico-sociale et le document de politique transversale addictions.

Les cinq objectifs stratégiques sont :

- faciliter l'accès aux droits pour éviter la renonciation aux soins ;
- faciliter l'accès à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé ;
- faciliter l'accès aux soins ;
- adapter les pratiques professionnelles ;
- renforcer les compétences des acteurs.

Lire la suite sur www.pf2s.fr

Appels à projet ARS

L'agence régionale de santé de Picardie lance trois appels à projet sur les thèmes « Alimentation/Nutrition », « Sport santé bien-être » et « Santé des jeunes ». Ils s'inscrivent dans les orientations stratégiques et les déclinaisons opérationnelles de la programmation du projet régional de santé (PRS) de l'agence dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé en 2013.

Les demandes de subvention devront strictement répondre aux cahiers des charges de chaque appel à projet. Elles devront être envoyées par dossier de demande de financement Cerfaf par mail à ars-picardie-AAP-PREV@ars.sante.fr

ou par courrier à l'agence régionale de santé de Picardie, SDPPS – AAP 2013, 52 rue Daire, CS 73706, 80037 Amiens cedex 1.

L'appel à projets sera clos le 15 mai 2013.

Les documents sont téléchargeables sur le site de l'ARS : http://www.ars.picardie.sante.fr/Appels-a-projets-Alimentat.155868.0.html

La retraite à l'épreuve des inégalités de santé. L'exemple de l'alimentation. Entretien avec Philippe Cardon, sociologue

Plateforme sanitaire et sociale : Philippe Cardon, vous êtes maître de conférence en sociologie à Lille 3, chercheur au Centre de recherche individus-épreuves-société (Lille3) et chercheur associé à Alimentation et sciences sociales (Inra). Pouvez-vous nous expliquer les liens que vous faites entre retraite, maladie et alimentation ?

Philippe Cardon : Les classes sociales ne sont pas égales face à la maladie au moment de la retraite : les classes populaires ont des problèmes de santé plus tôt que les classes supérieures dans leur parcours de vie. La classe sociale influence la prévalence des maladies chroniques et des incapacités, les vieux ouvriers étant les plus exposés. Si le moment du vieillissement n'est plus tellement le temps de l'accumulation des ressources, mais plutôt celui où l'on tente d'assurer le maintien de celles qui sont acquises en économisant ses forces, le maintien des ressources et la volonté de se ménager pour tenir ses habitudes au quotidien varient selon le milieu social et les inégalités face à la maladie. L'exemple du déménagement au moment de la retraite de couples âgés de 60 à 65 ans, de milieux sociaux différents (classe populaire *versus* classes moyenne et supérieure) et de son impact sur leur alimentation quotidienne en est un parfait exemple.

PF2S : Quelles sont justement les raisons pour lesquelles les couples entre 60 et 70 ans déménagent ?

Ph C. : Deux raisons principales sont invoquées : la présence (ou l'apparition) de la maladie et la recherche d'une qualité de vie. Ces deux motivations au déménagement ne sont pour autant pas socialement identiques et mettent en jeu des inégalités de santé selon la catégorie sociale et professionnelle, la mobilité résidentielle transformant différentiellement le cadre de vie des personnes âgées, notamment en termes d'approvisionnement alimentaire. Deux types de mobilité résidentielle, renvoyant aux inégalités sociales de santé, sont mis en avant.
Pour les classes populaires, il s'agit d'une mobilité contrainte. Des raisons de santé liées à des problèmes physiques (mal de dos, phlébites, etc.) conduisent les couples des catégories populaires, habitant dans des communes rurales éloignées des commerces et des services, à déménager. Ils ne peuvent plus assurer convenablement leur approvisionnement alimentaire. Leur déménagement est donc une réponse à leur immobilité physique. Dans cette mobilité sous contrainte, ces couples cherchent à se rapprocher du centre d'une commune où les soins et les commerces sont plus accessibles et à se rapprocher d'un membre de la famille, souvent un enfant. Ce dernier joue en effet un rôle central, tout particulièrement en milieu populaire, dans l'aide alimentaire apportée aux aînés. Dans leur nouveau cadre de vie, les couples tentent de maintenir leurs habitudes alimentaires, notamment leur forte consommation de légumes, mais ils doivent s'adapter aux transformations de leur environnement. Par exemple, le déménagement a conduit pour beaucoup à la fin de l'activité potagère qui occupe une place importante dans l'approvisionnement des ménages populaires ruraux. Le potager assure un approvisionnement important en légumes frais et variés et a un impact direct sur le budget alimentaire. Les couples tentent donc de compenser l'abandon du jardin potager. Dans certains cas, cela passe par l'apport de légumes donnés par un enfant ou un autre membre de la famille vivant à proximité et possédant lui-même un jardin potager. Et lorsqu'aucun enfant n'habite à proximité, ils ont davantage recours à l'achat de légumes dans les commerces. Cela ne garantit pas pour autant le maintien de la variété des légumes consommés, tout particulièrement à cause des prix. De fait, la perte du jardin potager peut entraîner une moindre consommation de produits frais et le recours plus fréquent aux produits préparés. On observe une perte de la diversité et une moindre fraîcheur des aliments.

PF2S : Quelle est la nature de la mobilité des autres classes sociales ?

Ph C. : Pour les couples des classes moyennes et supérieures rencontrés, il s'agit d'une mobilité résidentielle. À la différence des précédents, ces couples ne souffrent pas au moment de leur déménagement de problèmes physiques ou de maladies particulières. En bonne santé, issus de grandes villes, ils cherchent dans le déménagement en bord de mer une meilleure qualité de vie, loin de la grande ville et de l'éparpillement des lieux de travail, de loisirs et des commerces. Il s'agit ici d'un choix de mobilité résidentielle visant à améliorer le confort de vie qui s'inscrit dans un parcours de vie caractérisé par la mobilité sociale et professionnelle. On parlera ici de mobilité élective. Plus précisément, cette mobilité résidentielle est une mobilité de retour : il s'agit de couples dont au moins l'un des deux conjoints a migré pour des raisons professionnelles en région parisienne. L'évolution du régime alimentaire s'inscrit donc dans un parcours biographique cherchant une meilleure qualité de vie. L'emménagement s'est alors fait au cœur de la commune, dans les quartiers résidentiels, à proximité des commerces, du marché et du port de pêche, grâce à la détention d'un patrimoine (hérité ou acquis). Cette installation se conjugue avec de nouvelles activités d'autoconsommation telle que la culture d'un jardin potager et la pêche (à pied et en mer). Le poisson occupe une nouvelle place dans le régime alimentaire de ces couples.

PF2S : Pour les retraités, l'alimentation est-elle donc un marqueur des inégalités sociales ?

Ph C. : La mobilité résidentielle de couples de retraités conduit à modifier leur alimentation, mais les évolutions observables varient selon leur origine socioprofessionnelle et mettent en jeu les inégalités sociales de santé, relatives à la mobilité/immobilité physique et observables à propos de l'approvisionnement alimentaire. À cet égard, la compensation de la perte de l'autoproduction par les couples des classes populaires dépend de la possibilité d'emménager ou non à proximité du réseau familial et à proximité de commerces. L'immobilité physique conduit ici à la mobilité résidentielle de proximité. À l'inverse, l'apparition de nouvelles activités d'autoconsommation (jardin potager, pêche) chez les couples retraités des classes moyennes garantit diversité et fraîcheur des aliments et modifie leur régime alimentaire (substitution de la viande par le poisson). Elle s'inscrit dans un parcours biographique caractérisé par la mobilité sociale et dans la recherche d'une qualité de vie à travers la mobilité résidentielle.

Propos recueillis par Rémy Caveng, UPJV

Logement dédié

Le choix du maintien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie et/ou dépendantes est une des alternatives à l'entrée en établissement. Une expérience est menée en ce sens à Longueau.

L'augmentation constante du gain en années de notre espérance de vie bouleverse notre conception du vieillissement. Pour ne pas avoir anticipé son devenir, c'est à un choix par défaut que la personne âgée sera confrontée un jour ou l'autre, notamment à celui d'entrer dans un établissement. Or, il existe des alternatives à l'entrée en établissement.

Depuis les années quatre-vingt, le recours aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) permet aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester chez elles et de bénéficier des soins adaptés à leur état. Au nombre de vingt-quatre dans le département de la Somme[1], ces structures ont permis en 2012, à 1 311 personnes âgées de 60 ans et plus en GIR IV à I, de bénéficier à leur domicile de l'intervention des aides soignant(e)s diplômé(e)s attaché(e)s aux services, et des professionnels de santé libéraux de proximité.

Pour avoir accès au SSIAD, il suffit de l'ordonnance de son médecin traitant qui prescrit une prise en charge médicalisée à domicile. Le/la patient(e) continue à bénéficier des soins des professionnels libéraux de proximité de son choix.

En 2001, est créée l'Association départementale des services de maintien et d'hospitalisation à domicile du département de la Somme. (ADSMHAD 80). Son objet est d'apporter une aide médicosociale à toutes les personnes qui en éprouvent le besoin (personnes âgées, personnes handicapées, malades...). Elle intervient au niveau de l'environnement des personnes âgées, fédère les associations de maintien (SSIAD) et d'hospitalisation à domicile (HAD) du département, et sensibilise les pouvoirs publics à la nécessaire évolution de ces structures. SSIAD et HAD travaillent avec des infirmières coordinatrices et des aides-soignantes, professionnelles de santé à part entière.

En 2009, l'ADSMHAD imagine le concept de « logement dédié » permettant aux seniors d'anticiper leur devenir en bénéficiant, en fonction de leur état de santé, d'une intervention coordonnée des professionnels du maintien à domicile, chez eux si leur habitat est accessible et adaptable, pour leur permettre de conserver le lien social et générationnel, dans un logement qui restera dédié aux personnes âgées.

Aux services de soins et d'hospitalisation couverts par les SSIAD et les services d'HAD coopèrent désormais les services à la personne et le réseau de soins palliatifs. La plus-value du projet réside dans l'animation à l'extérieur du domicile et dans la prise en compte de l'adaptabilité de l'habitat.

À Longueau, Colette Finet, maire de la commune, veut proposer à certain(e)s pensionnaires de l'Ehpad de la commune, plus valides que d'autres, de vivre en dehors de l'établissement dans un logement individuel. Son idée de construire en centre bourg un immeuble dédié à ces personnes a cheminé, jusqu'à sa rencontre avec l'infirmière coordinatrice du SSIAD « Amiens santé » qui lui a fait part de l'existence du projet de « logement dédié » . Le maire s'y est immédiatement intéressée, et deux conventions sont nées : l'une avec la commune de Longueau, l'ADSMHAD et l'Opsom pour construire et aménager treize appartements de type II et III dédiés aux personnes âgées de la commune en perte d'autonomie, l'autre entre le CCAS et le SSIAD « Amiens santé » pour la création d'un guichet unique et la mutualisation d'activités d'animation.

Le projet de « logement dédié » est destiné aux personnes qui vivent en location ou qui sont propriétaires de leur logement : les personnes qui vivent dans des logements sociaux sont informées de la possibilité pour le bailleur signataire d'une convention d'aménager leur logement, ou de leur proposer un logement déjà aménagé du même type, dans le même secteur d'habitation. Cet aménagement répond à un cahier des charges qui réunit les avis de tous les partenaires impliqués. Tout le projet repose donc sur le choix exprimé de rester au domicile jusqu'à la fin de ses jours, et sur la notion d'anticipation qui permet d'éviter l'écueil des décisions par défaut prises dans l'urgence. La labellisation « logement dédié » garantit qu'un tel logement restera occupé par une personne âgée, par contrat avec les descendants pour les habitations privées. Le concept du « logement dédié », comme engagement sociétal et solidaire de tous les acteurs de notre société, redonne du sens à la cohésion des familles, aux liens qui unissent les générations et permet notamment d'offrir aux seniors et aux personnes âgées, dépendantes ou non, la possibilité de décider de leur devenir.

Du concept à la réalisation, il a fallu plus de trois années, avec notamment la prise de conscience de la réalité du quotidien qui montre la difficulté pour une personne âgée à rester dans son logement, dans de l'habitat ancien non adapté à la perte d'autonomie. Aujourd'hui le besoin existe, il est exprimé, et la réalisation de solutions expérimentales va nourrir la réflexion et faire évoluer les pratiques. Désormais, les particuliers, propriétaires de leur logement, ont toute latitude pour l'aménager en fonction de leurs besoins, s'il est adaptable.

Si l'on veut que le domicile soit éligible en lieu de soins à part entière, il faut le sécuriser. La Picardie expérimente le dossier médical personnel, et propose un dossier « bureautique santé » pour les personnes âgées qui vivent au domicile, destiné à faciliter la communication entre les intervenants sanitaires et médico-sociaux. Dans un deuxième temps, les professionnels de santé de proximité trouveront au domicile un outil informatique pour crédibiliser comme réseau de soins la relation entre les structures soignantes et les libéraux. La domotique est déjà entrée dans le domicile adapté, mais il faut la discipliner car elle ne doit pas tout faire.

L'un des objectifs prioritaires pour une personne âgée en perte d'autonomie qui a fait le choix du domicile, c'est, avec son accord, lui permettre de conserver le lien social en développant l'animation hors du domicile. Faute de moyens automatiquement octroyés, ce sont les conventions avec les organismes culturels, la capitalisation de tous les petits moyens, le mécénat, et les conventions avec les services de transports adaptés qui aideront à avancer.

Site : maintien-adomicile.com
Contacts
Dr Joseph Casile 06 10 09 12 57
acasile@wanadoo.fr
Florence Casile 06 76 52 64 11
florence.casile765@orange.fr

[1] voir liste sur le site internet de l'ADSMHAD 80

FOCUS

En 2000, l'Insee annonçait qu'une fille sur deux née cette année-là serait centenaire. C'est dire combien les enjeux de la vieillesse sont importants et méritent toute l'attention des politiques publiques, du niveau européen jusqu'au niveau local. Leurs maîtres mots sont l'adaptation de la société dans tous les secteurs de la vie quotidienne : emploi, logement, loisirs, système de santé..., tout doit être adapté à une population de plus en plus vieillissante et qui va devenir, pour une grande partie d'entre elle, de moins en moins autonome avec l'avancée en âge.

Sans qu'elle ne devienne pour autant gérontocratie, la société s'engage dans la voie du bien-vieillir, politique générale déclinée notamment par l'État, les collectivités locales, le système de protection sociale.

La journée annuelle de la Plateforme sanitaire et sociale *y sera consacrée en novembre.*

La politique de l'ARS

Adopté le 28 décembre 2012, le schéma régional d'organisation médico-social (Sroms) décline les objectifs et actions à développer pour les personnes âgées et personnes en situation de handicap qui nécessitent un accompagnement médico-social.

Le Sroms a notamment vocation à mettre en œuvre une politique favorisant le maintien de l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap et à conforter des modes d'accompagnement progressifs au regard de leur vieillissement. Pour parvenir à cet objectif, l'ARS dispose de plusieurs leviers :

- que ce soit pour les personnes âgées ou les personnes handicapées, la première priorité de l'agence est de pourvoir une offre de proximité en services telle que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) permettant ainsi aux personnes âgées ou handicapées d'exercer un libre choix de vie. Les soins à domicile contribuent à favoriser l'autonomie des personnes dans leur milieu de vie ordinaire. Désormais, des SSIAD spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (équipes spécialisées Alzheimer - Esa) sont également opérationnelles et sont un levier pour retarder l'entrée en établissement pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad). Sur la période 2012-2017, il est par exemple prévu d'installer cent dix nouvelles places de SSIAD pour personnes âgées dans la région.
Combinés avec les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) sont essentiels, par exemple, pour accompagner la sortie progressive du monde du travail et mieux préparer le départ en retraite des travailleurs handicapés. Sur la période 2012-2017, il est donc prévu d'installer cent-trente-deux places de ce type de service en Picardie ;
- outre le renforcement des services, le développement de l'autonomie ou le maintien des acquis fait partie intégrante des projets de vie des personnes âgées ou handicapées accueillies en établissement. Par exemple dans les Ehpad, le maintien des acquis passera par le développement de compétences spécialisées dans ces structures en particulier sur la maladie d'Alzheimer qui permettront de mieux répondre aux besoins des personnes âgées (les assistants de soins en gérontologie). De même, les pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont tout autant de leviers nouveaux pour maintenir les acquis de ces personnes. Ainsi, dans la région sont prévus quatorze nouveaux Pasa en 2013 ;
- enfin, pour l'ARS la prise en compte du vieillissement des personnes handicapées est un axe de travail identifié au sein du Sroms. La région dispose déjà de six structures pour cent-quatre-vingt-quinze places autorisées. Mais les réponses à fournir aux personnes handicapées ne sont pas uniquement institutionnelles, les SSIAD contribuent également à accompagner le vieillissement de ces publics.

Cécile Guerraud
ARS de Picardie
Sous-directrice handicap et dépendance

La politique du bien-vieillir évolue pour prévenir la dépendance et améliorer le parcours de vie des personnes âgées.

À l'instar des autres régions de France, la Picardie est confrontée au phénomène du vieillissement de sa population. C'est dans cette perspective que la politique du bien-vieillir devrait évoluer afin, non seulement de prévenir la dépendance, mais aussi d'améliorer le parcours de vie des personnes âgées vivant tant à domicile qu'en établissement. Bien que la Picardie fasse partie des régions les plus jeunes, en 2040 l'âge moyen de ses habitants connaîtra une augmentation significative. Selon les prévisions de l'Insee, la Picardie vieillira un peu plus vite que l'ensemble des autres régions de France entre 2007 et 2040. Dès 2025, la région devrait compter autant de personnes âgées de 60 ans et plus que de jeunes de moins de 20 ans. En 2040, plus de 600 000 Picards seront âgés de 60 ans et plus, soit une hausse de 65 % en 33 ans.

Le vieillissement de la population pose plusieurs problèmes dont la perte d'autonomie, la dépendance, la maladie et l'isolement. La réponse à ces questions est apportée par plusieurs opérateurs comme les collectivités territoriales, l'agence régionale de santé (ARS), la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), le secteur associatif, les mutuelles... Ainsi, les offres de services visent deux types de publics cibles : les personnes âgées à domicile et les personnes âgées en établissements médico-sociaux.

En ce qui les concerne, les personnes âgées à domicile peuvent bénéficier de plusieurs services, telles que l'aide à domicile, les actions de prévention, les actions de sensibilisation à des questions de santé publique (activité physique, nutrition...), l'adaptation du logement. Ces actions sont mises en œuvre notamment dans le cadre de l'action sociale des conseils généraux, des politiques de prévention et de promotion de la santé de l'ARS de Picardie, des politiques de la ville à travers les contrats urbains de cohésion sociale, les programmes ou plans locaux de santé, les ateliers santé ville et les contrats locaux de santé.

L'ARS de Picardie accompagne et cofinance, lors d'appel à projets, les associations ayant mis en place des actions de prévention visant à promouvoir l'autonomie des personnes âgées, à sensibiliser à l'équilibre alimentaire, à inciter à la pratique d'activités physiques et à lutter contre l'isolement social. Depuis 2010, l'ARS de Picardie a financé au total vingt-et-un projets, soit en moyenne sept actions par an. Parmi les programmes d'actions financés par l'ARS, on trouve les ateliers mémoire, les ateliers équilibre, les ateliers nutrition, l'équilibre alimentaire, les risques liés à la dénutrition, la sécurité routière, l'activité physique de loisir...

Ces programmes ont pour objectifs :
- de prévenir les chutes et de renforcer l'autonomie ;
- d'inciter à la pratique d'une activité physique régulière ;
- de redonner confiance en soi ;
- de lutter contre le déclin cognitif ;
- de prévenir les risques d'accidents iatrogènes en informant sur le médicament ;
- de favoriser le lien social et de lutter contre l'isolement ;
- de prévenir les complications liées au vieillissement ;
- de favoriser la relation médecin/patient dans la promotion de l'autonomie ;
- d'informer sur l'équilibre alimentaire et sur les questions portant sur la nutrition ;
- de prévenir la dénutrition ;
- de prévenir les accidents de la route...

Afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, il est utile de faciliter les conditions d'accès aux soins et à la prévention, de renforcer la coordination des acteurs et de mettre en place des projets innovants. Ces orientations devraient s'appuyer sur une meilleure articulation des politiques des collectivités territoriales, de l'ARS, de la DRJSCS, des actions du tissu associatif, ainsi que sur le concours des familles.

Youssef Mahyoui
ARS de Picardie

La Carsat Nord-Picardie propose une offre de service pour « Bien-vieillir »

La caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) Nord-Picardie déploie une large activité dans le champ du bien-vieillir, à la fois en amont de la retraite, mais aussi durant, notamment par des actions de prévention, d'adaptation du logement et des accompagnements sociaux...

Dans le champ du bien-vieillir, l'offre de service de la Carsat s'appuie sur la politique d'action sociale vieillesse (ASV) de l'Assurance retraite et s'articule autour de trois niveaux d'intervention :
- informer, conseiller les assurés sur les comportements de vie à adopter pour rester autonome le plus longtemps possible ;
- développer des actions collectives pour lutter contre les risques de fragilisation sociale et de perte d'autonomie ;
- proposer aux retraités les plus fragilisés des aides diversifiées pour rester au domicile.

L'enjeu est de promouvoir le « bien vivre sa retraite » en apportant une offre de prévention adaptée aux besoins des personnes retraitées. Celle-ci est menée étroitement avec les différents régimes de retraite et les acteurs concernés. Pour agir en amont, la Carsat Nord-Picardie s'est dotée d'un observatoire pour aller vers les publics les plus fragiles et proposer son offre.

Bien vivre sa retraire en Picardie, c'est informer, conseiller, prévenir

En 2012, en Picardie, le service retraite a aidé les jeunes retraités :
- à faire valoir leur droit à une pension retraite ;
- à se maintenir dans l'emploi ;
- à cumuler droit retraite et emploi.

Concernant la prévention, l'information aux retraités passe par des conseils pratiques. En collaboration avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, trois livrets nationaux *Le temps de la retraite*, *Bien vivre aujourd'hui* et *Bien vivre chez soi*, ont été réalisés et servent de supports aux animations. Ces livrets sont disponibles sur www.lassuranceretraite.fr. Des pré-retraités et jeunes retraités bénéficiaires de minima sociaux et/ou fragilisés par la maladie ont été sensibilisés par la Carsat à des thématiques telles que la santé, le logement et le lien social.
Ainsi la Carsat Nord-Picardie aide les futurs retraités à accéder aux droits, à préparer leur retraite et à la vivre durablement dans de bonnes conditions.

Ces actions sont menées avec les acteurs locaux investis dans le domaine de la prévention.

Contribuer au développement de l'offre territoriale

La Carsat Nord-Picardie contribue au développement des actions collectives en subventionnant les partenaires. Ces derniers doivent faciliter l'accès des retraités fragilisés à des actions de prévention. En 2012, en Picardie, cinq cents personnes âgées de plus de cinquante ans ont participé à cinquante cinq ateliers sur la nutrition, l'exercice physique, le sommeil, la mémoire, les chutes et le maintien du lien social.
Dix-huit centres sociaux ont accueilli, informé, orienté, animé des actions de prévention en réseau avec d'autres partenaires en faveur de ce public.
Neuf associations picardes, menant des interventions pour prévenir les effets du vieillissement, ont été primées lors du dernier concours « Retraite et Bénévolat », action sélectionnée par la délégation aux affaires européennes et internationales pour une labellisation dans le cadre de l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle.
Le service social de la Carsat propose des rencontres régulières à des petits groupes pour faciliter l'appropriation de l'information et aider à réaliser des démarches de prévention et de soins.

Diversifier les aides au maintien à domicile

Pour favoriser le maintien à domicile et prévenir la perte d'autonomie, les retraités fragilisés peuvent bénéficier de deux dispositifs :
- le plan d'action personnalisé (Pap) ;
- l'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH).

Ces dispositifs sont mobilisés à la suite d'une évaluation globale effectuée soit par les évaluateurs du dispositif inter-régimes d'évaluation et de prévention (Direvp), soit par les assistants de service social. Ces interventions sont réalisées au domicile afin d'appréhender la situation du retraité dans sa globalité. Les aides préconisées sont diversifiées telles que l'aide à la vie quotidienne (aide ménagère, portage de repas, installation d'une téléalarme, …). Certaines de ces aides sont financées partiellement par le fonds d'action sociale.

© Carsat

Concernant les sorties d'hospitalisation, la collaboration s'effectue entre les établissements de santé et le service social. Ce dernier propose une visite à domicile pour évaluer les besoins, faciliter le maintien à domicile ou élaborer un nouveau projet de vie après une hospitalisation.
En 2012, 7 761 retraités ont bénéficié d'une évaluation du Direvp, 18 022 d'un financement Carsat pour la mise en place des aides préconisées et 1 313 d'une intervention du service social.
L'adaptation du logement constitue un aspect essentiel dans les actions de prévention. Pour favoriser le maintien à domicile des retraités, la Carsat décline le dispositif national intitulé « logement et cadre de vie ». Lors des visites à domicile, l'évaluateur ou l'assistant social procède au repérage des risques de chutes et d'accidents domestiques. Il délivre au retraité des conseils pour prévenir ces risques. Aussi pour faciliter la vie quotidienne du retraité dans son logement, un professionnel spécialiste de l'habitat peut être missionné par la Carsat pour accompagner les retraités dans leur projet d'aménagement du logement. Cette action est articulée avec l'Agence nationale de l'habitat (Anah).
En déclinant ces actions d'information, de conseil, d'animation, d'évaluation et d'accompagnement social, la Carsat vise à apporter une réponse adaptée pour aider les futurs retraités et retraités à bien vivre leur retraite.

La politique du conseil général de l'Oise

Entre Relais pour l'autonomie des personnes et visiteurs de convivialité, le conseil général de l'Oise s'attache à ce que les personnes âgées puissent rester à domicile.

L'Oise, s'il demeure le département le plus jeune de Picardie, connaît une augmentation croissante du nombre d'Isariens âgés. L'espérance de vie s'allonge et, avec elle, l'aspiration à vieillir chez soi. Mais cette évolution s'accompagne parfois d'un accroissement de la dépendance pour accomplir les simples gestes du quotidien.

Réunir les conditions nécessaires pour que les aînés demeurent chez eux le plus longtemps possible est une préoccupation constante du conseil général de l'Oise. Dans cette perspective, le département a mis en place un certain nombre de mesures et de services innovants et alternatifs afin d'assurer un accompagnement qui préserve la dignité de chacun.

Le conseil général propose ainsi un accompagnement spécifique aux seniors et à leurs familles, grâce aux cinq « Relais pour l'autonomie des personnes ». Ils fournissent l'écoute et les conseils indispensables à la définition et au soutien des projets de vie des personnes âgées.

Le département ne cesse de multiplier les actions en faveur du maintien des personnes âgées à domicile. Ainsi, le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie est en constante progression, passant de 2 300 en 2002 à 5 123 aujourd'hui. En dehors de l'Apa, le conseil général propose également des aides ménagères pour effectuer les actes de la vie courante dans la limite de trente heures par mois pour une personne seule. Souvent, la présence d'une aide-ménagère permet d'atténuer la solitude et de maintenir un lien avec l'extérieur. Fin 2012, 313 personnes âgées en bénéficiaient.

Le conseil général innove pour garantir également au quotidien des conditions de sécurité optimales. Plus de 8 500 seniors bénéficient de la téléalarme, le dispositif d'assistance pour entrer en contact à tout moment, par simple pression sur un pendentif, avec une plateforme capable d'apporter une réponse adaptée. Ce service est également une sécurité pour les proches, qui sont immédiatement prévenus en cas de problème.

En 2013, le département s'est aussi équipé d'un service de gestion automatisée des heures d'aide à domicile. Une innovation qui profitera à toutes les structures agréées du département, mais aussi aux bénéficiaires et à leurs proches. Le personnel des services d'aide à domicile dispose d'un nouveau système de gestion de ses prestations. Le principe est simple : l'employé signale son arrivée en appelant un numéro vert gratuit depuis le téléphone du domicile, puis refait de même à son départ. Ce système n'est pas un simple outil de pointage : il offre aussi des garanties de sécurité qui vont considérablement rassurer les familles. Avec la télégestion, l'employeur sera informé dans les trente minutes de l'absence de son auxiliaire de vie et pourra chercher une solution de remplacement. De son côté, même en vacances à l'étranger, la famille pourra vérifier à tout moment sur Internet que l'aide à domicile est intervenue aux dates prévues. Toute modification de situation du bénéficiaire sera connue du système (hospitalisation, aggravation, amélioration…) garantissant ainsi un suivi personnalisé. Ce nouveau service est financé à 100 % par le département. Une part significative est compensée par l'État via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Son déploiement s'opérera sur trois ans (2013-2015), à raison de dix structures supplémentaires reliées chaque année.

24 visiteurs de convivialité proposent activités et sorties pour les personnes âgées à domicile

La question du « bien-vieillir chez soi », dans son environnement familier, ne se résume pas à un souci de confort. Elle implique le maintien d'un équilibre essentiel, à la fois social et psychologique : conserver le plus longtemps possible ses repères, ses habitudes, ses aptitudes, les liens avec la famille, les voisins, les médecins…

Le lien humain, indispensable au bien-être, conditionne en effet la réussite du maintien à domicile. Depuis 2011, le département apporte une solution concrète grâce aux vingt-quatre « visiteurs de convivialité », des bénéficiaires du RSA recrutés dans le cadre du dispositif d'insertion « Coup de pouce pour l'emploi ». Ces agents, formés, se déplacent au domicile des personnes âgées pour leur proposer des activités variées ou des sorties. Par le biais de jeux, de lectures et de conversations, ils assurent une présence hebdomadaire auprès de personnes âgées isolées de dépendance moyenne. Ce service gratuit, dont l'Oise est précurseur, a évolué vers de l'accompagnement en extérieur (promenades, sorties au théâtre, visites chez des proches…).

L'entrée en institution médicalisée ou spécialisée est un moment délicat pour les proches. Souvent, un sentiment de culpabilité accompagne la prise de décision et de nombreuses questions se posent : est-ce la bonne solution ? Peut-on trouver une autre solution ? On sait que la personne placée en maison de retraite perd ses liens avec son milieu social. Le chez-soi est souvent la dernière chose qui reste. L'attachement à une vie passée, à sa maison, à ses souvenirs. C'est pour cette raison que de plus en plus de familles tentent le maintien à domicile.

Afin que nos aînés bénéficient le plus longtemps possible de cet environnement favorable, le conseil général déploie en 2013 « l'Ehpad hors les murs », un intermédiaire supplémentaire entre le « tout domicile » et le placement en établissement. L'appel à projet a été lancé cet automne, pour assurer une prise en charge complète, continue et coordonnée de la personne, dans un logement et un cadre de vie adaptés.

Conscient que le maintien à domicile est parfois difficile, le conseil général de l'Oise développe des solutions intermédiaires, comme l'accueil de jour en maison de retraite, une façon pour l'entourage de souffler. Le conseil général encourage également le développement des familles d'accueil de personnes âgées et/ou handicapées. L'accueil familial représente pour les personnes âgées et leurs familles une solution alternative au maintien à domicile ou au placement en établissement. Actuellement, cent trente-deux familles isariennes sont agréées par le conseil général. Temporaire ou définitif, cet accueil est une solution rassurante pour les proches, quand le maintien à domicile n'est plus possible et que l'entrée en établissement n'est pas souhaitée.

Le département invente ainsi les services dont nos aînés ont besoin pour rester acteurs de leur quotidien et ainsi bien vieillir dans l'Oise.

Les orientations stratégiques des schémas personnes âgées - personnes handicapées du conseil général de la Somme

En Somme, les deux schémas en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ont été élaborés successivement mais bien des points les rassemblent.

Le conseil général de la Somme a fait le choix d'élaborer deux schémas distincts :
- un schéma en faveur des personnes en situation de handicap 2010-2014 adopté en juin 2010 ;
- un schéma en faveur des personnes âgées 2012-2016 adopté en juin 2012.

Pour autant, les deux schémas déclinent des orientations stratégiques communes :
- favoriser le travail en réseau et la coordination des acteurs notamment en développant et en renforçant l'ancrage territorial du département en tant que chef de file de l'action gérontologique ;
- rendre l'information accessible tant pour les usagers que pour les professionnels ;
- se doter d'outils d'observation et d'analyse afin d'avoir une réelle visibilité sur les places dans les établissements médico-sociaux et de mieux identifier les besoins et les réponses adaptées sur les problématiques complexes, notamment dans le champ du handicap psychique ;
- optimiser l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap vivant à domicile. La poursuite du chantier de restructuration du secteur de l'aide à domicile (modernisation, qualité, professionnalisation) participera à améliorer l'accompagnement des personnes âgées vivant à domicile. Le développement de services d'accompagnement à la vie sociale et de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés concourra à améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap à domicile ;
- diversifier l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap vieillissantes. Le secteur du handicap et celui de la gérontologie peuvent chacun apporter des réponses de proximité et doivent s'enrichir mutuellement de leur propre culture ;
- accompagner une prise en charge de qualité en établissement. Les établissements médico-sociaux qui ne répondent pas, soit à une prise en charge de qualité en raison de leur configuration, soit à un seuil minimum d'activité, doivent être accompagnés dans leur évolution.

Le schéma en faveur des personnes en situation de handicap a également mis en avant la nécessité d'offrir une équité territoriale en hébergement pour personnes en situation de handicap notamment sur le secteur est du département qui est sous doté en places de foyer d'hébergement.

Le schéma en faveur des personnes âgées fixe des orientations stratégiques spécifiques au champ de la gérontologie :
- optimiser les solutions de répit de manière à proposer une offre dédiée tout en maintenant des réponses de proximité et développer les actions de soutien aux aidants ;
- optimiser la prise en charge en Ehpad des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer notamment en évaluant le recours à de nouveaux métiers au sein des Ehpad ;
- optimiser le soutien du département à l'ensemble des personnes âgées qu'elles soient dépendantes ou non. Le maintien des liens sociaux, la vie dans un logement adapté, l'autonomie en matière de mobilité participent à un vieillissement réussi. La prévention permet également de retarder l'entrée dans la dépendance. Pour autant, ces sujets ne sont pas de la seule responsabilité du département et nécessitent un travail transversal en interne et partenarial (axe 4 du schéma départemental en faveur des personnes âgées 2012/2016).

Quelques chiffres au 31 décembre 2012

Une forte représentation des plus de 60 ans : 21,9 %.
Près de 9 000 bénéficiaires de l'Apa à domicile.
Plus de 4 000 bénéficiaires de l'Apa en établissement.
78 services d'aide à domicile.
73 établissements accueillant des personnes âgées, dont 50 Ehpad.
1 683 bénéficiaires de la PCH (prestation de compensation du handicap).
782 bénéficiaires de l'ACTP (allocation compensatrice tierce personne).
58 établissements et services prenant en charge des personnes en situation de handicap.

Les orientations pour 2012 - 2016 du schéma en faveur des personnes âgées

- Développer l'ancrage territorial des services du département, pour apporter une meilleure réponse de proximité, et amplifier la coordination des acteurs à domicile, en établissements et dans le secteur sanitaire.

- Construire les conditions d'un maintien à domicile de qualité, avec notamment la poursuite de la modernisation des services d'aide à domicile.

- Adapter l'accueil en établissement sur les territoires en disposant d'une offre diversifiée et en optimisant notamment la prise en charge des personnes âgées dont le niveau de dépendance augmente et qui sont de plus en plus nombreuses à souffrir de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

- Améliorer l'accessibilité aux actions et aux dispositifs mis en place en faveur des personnes âgées.

Orientation stratégique du schéma de l'autonomie 2012-2016. Département de l'Aisne

Le conseil général de l'Aisne a adopté un schéma conjoint en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, résultat d'une concertation approfondie avec l'ensemble de ses partenaires.

Ce schéma conjoint a été réalisé dans un souci de décloisonnement, tout en tenant compte des spécificités relatives à l'âge ou au handicap.
Dans ce schéma de l'autonomie, une attention plus particulière est accordée à deux publics pour qui la question des prises en charge et des accompagnements se pose avec plus d'acuité : les personnes en situation de handicap vieillissantes et celles en situation de handicap psychique. Le schéma intègre par ailleurs la nécessité de poursuivre la logique de prévention et d'anticipation.
L'élaboration du schéma de l'autonomie 2012-2016 est le résultat d'une concertation approfondie entre le conseil général et ses partenaires. En outre, la participation des usagers, des associations, des professionnels et des élus a permis, dans une logique de proximité, de replacer l'usager au cœur du dispositif.
Le schéma de l'autonomie du département de l'Aisne repose sur trois grands principes fondateurs :
- la dynamique de rapprochement entre le secteur de la gérontologie et celui du handicap ;
- l'équité et l'égalité dans l'accès aux droits ;
- l'optimisation de l'existant et l'amélioration de la pertinence des réponses offertes.

À partir des propositions d'actions formulées par l'ensemble des acteurs lors de la phase de concertation multi-partenariale, le conseil général de l'Aisne a dégagé trois axes de travail prioritaires autour desquels s'articule sa politique publique de soutien à l'autonomie pour la période 2012-2016 :
- garantir la fluidité des parcours de vie ;
- assurer équité et qualité sur l'ensemble du territoire ;
- piloter la politique publique en faveur de l'autonomie.

Garantir la fluidité des parcours de vie

La première orientation « Garantir la fluidité des parcours de vie » consiste à mettre en œuvre les moyens permettant d'assurer aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées la continuité et la fluidité de leur parcours tout en respectant leur choix de vie.
Ce premier engagement renvoie à la nécessité de garantir aux usagers une offre suffisante et variée pour répondre aux besoins. Il s'attache à prendre en compte la personne, quel que soit son âge, aux différents moments de sa vie, tant à son domicile qu'en établissement pour faciliter un parcours fluide et limiter les ruptures de prise en charge.
Cette première orientation se décline en cinq actions :
- garantir les conditions optimales d'un maintien à domicile souhaité ;
- veiller au maintien du lien social ;
- faciliter le passage entre domicile et établissement ;
- améliorer la prise en charge globale par un meilleur soutien aux aidants ;
- soutenir un accueil familial de qualité pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Assurer équité et qualité sur l'ensemble du territoire

La deuxième orientation « Assurer équité et qualité sur l'ensemble du territoire » s'attache à garantir le respect du principe d'équité sur l'ensemble du territoire et répond à une exigence de qualité dans l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap. Ainsi, l'égalité de tous les citoyens devant les services, quelle que soit leur localisation géographique et quel que soit leur handicap, est l'une des priorités du schéma de l'autonomie de l'Aisne.
Cet axe a vocation à structurer l'offre et à la rendre plus efficiente de manière à assurer le même traitement à tous les Axonais quelles que soient les spécificités du territoire (ruralité, composition de la population, besoins, offre existante…).
Trois actions contribuent à la mise en œuvre de cette orientation :
- rendre un service de qualité adapté aux besoins et aux rythmes de l'usager ;
- soutenir la qualité des accompagnements ;
- développer des moyens au service de l'équité.

Piloter la politique publique en faveur de l'autonomie

La troisième orientation « Piloter la politique publique en faveur de l'autonomie » a pour objectif de faire du schéma départemental de l'autonomie un outil dynamique et pratique au service de la politique publique pour en permettre une application efficiente et efficace.
Les quatre actions composant cette dernière orientation ont vocation à coordonner les partenariats, notamment en revoyant les modes de gestion, assurer la gouvernance du schéma, diffuser l'information au grand public, structurer des réseaux de communication, faire interagir le schéma avec les autres politiques publiques et animer sa concrétisation :
- structurer les réseaux professionnels au profit d'une meilleure coordination ;
- garantir l'efficience et la cohérence du schéma ;
- assurer une information de qualité à destination du grand public, des usagers et leur famille ;
- animer la mise en œuvre du schéma autonomie.

Le schéma en 2013

Les grandes orientations qui seront développées dès 2013 concernent le développement des services nécessaires au maintien à domicile, l'accompagnement de l'entrée en établissement, la sensibilisation des employeurs au handicap, le soutien à apporter aux aidants familiaux, ou encore la structuration des réseaux professionnels. Quelques traductions concrètes pour les personnes âgées ou handicapées : l'augmentation du nombre de familles d'accueil agréées, le développement de l'accueil temporaire en établissement ou encore l'élargissement des horaires d'intervention des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

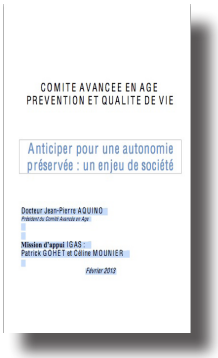
Pour chacune de ces actions, est défini un objectif transversal d'équité et égalité sur l'ensemble du territoire : il s'agit bien d'assurer la même qualité de service pour tous, tout en tenant compte de la spécificité des territoires.

Cet outil dynamique, véritable feuille de route de la politique sociale fera l'objet d'un suivi constant avec les partenaires des secteurs social, médico-social et de la santé.

Adaptation au vieillissement : un enjeu de société

Dans le cadre d'une future loi sur l'adaptation de la société au vieillissement annoncée par le Président de la République, trois rapports viennent d'être remis au gouvernement, regardant autant de facettes : l'anticipation et la prévention de la perte d'autonomie, l'adaptation de la société, et du *benchmarking* sur les bonnes pratiques internationales.

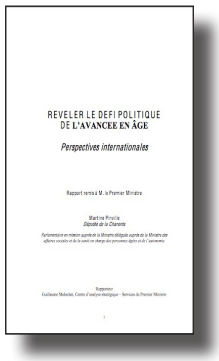
Hasard des calendriers, alors que le *Focus* de ce numéro de la lettre d'information de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie porte sur le bien-vieillir, trois rapports commandés par le gouvernement viennent de paraître sur l'autonomie des personnes âgées. Le premier, édité par le *Comité Avancée en âge, prévention, qualité de vie*, mis en place en octobre 2012, s'attache à définir ce que pourrait être une politique de l'autonomie adaptée à la double transition démographique, avec le vieillissement de la population, et épidémiologique, avec l'émergence de maladies chroniques. Les auteurs du rapport proposent ainsi trente-cinq fiches actions déclinant, pour chacune d'entre elles, le contexte, les objectifs et les mesures relatives à ces actions.



Ce corpus d'actions est divisé en grandes catégories :
- actions collectives et individuelles, notamment de promotion de la santé ;
- actions sur la prévention graduelle et organisée ;
- nouveaux modes d'organisation ;
- actions à mener dans les structures, à domicile lorsque la perte d'autonomie est inévitable ;
- la formation des acteurs ;
- le bon usage des médicaments ;
- la recherche avec la création d'un institut national de l'avancée en âge ;
- et une veille européenne.

Le côté international est développé par le deuxième rapport, écrit par Martine Painville, députée, *Relever le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales*. À partir d'une analyse documentaire des pays de l'OCDE et de la visite de trois d'entre eux (Espagne, Suède, Canada), elle souligne que, pour être efficace, une politique de l'âge doit être globale et transversale, soit concerner tous les secteurs d'activité. Elle devrait aussi anticiper l'avancée en âge par la création de dispositifs de prévention continus tout au long de la vie, articulant le sanitaire et le social ou encore en valorisant la participation intergénérationnelle. Enfin, maintenir l'autonomie des personnes doit passer par une adaptation aux besoins du plus grand nombre, dans l'habitat, l'accès aux services de proximité (commerces, services publics, loisirs...), aux réseaux de transports existants et, enfin, par la création d'un environnement convivial et accueillant.

La comparaison internationale montre que la France se situe dans une moyenne des pays de l'OCDE ou de l'Europe. Au Québec, au Nouveau-Brunswick, au Japon, en Grande-Bretagne, en Espagne, des dispositifs existent. Dans certains de ces pays, des labels sont remis aux municipalités amies des aînés, ou aux entreprises amies des aînés, qui contribuent l'une comme l'autre, au bien-être et à l'insertion sociale des personnes âgées. On notera aussi la place de logements collectifs, comme ceux de Rotterdam aux Pays-Bas, implantés dans un quartier central desservis par tous les services.

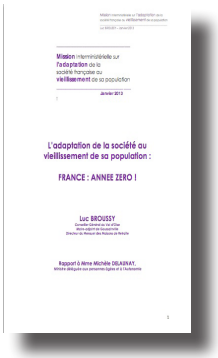


C'est ce sillon d'une société adaptée qu'a creusé quelque sorte Luc Broussy, conseiller général et auteur du troisième rapport : *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : année zéro !* Ce rapport établit quatre constats majeurs, que l'auteur voit comme autant d'atouts pour la société.

Le premier est celui de l'adaptation progressive des logements, transports, villes, campagnes, institutions à une population qui va comprendre une proportion croissante de personnes âgées. Cette adaptation passe aussi par un pacte social entre les générations, la population âgée étant génératrice de croissance économique et donc d'emploi pour les jeunes générations.

Le deuxième constat s'attarde sur l'hétérogénéité des personnes âgées et sur une conception de la vieillesse en trois étapes : le retraité actif, le retraité en fragilité physique ou sociale et le retraité en perte d'autonomie. Les transitions entre ces trois périodes de la vieillesse mériteraient qu'un travail d'anticipation soit mené et en dehors de toute situation d'urgence.

Le troisième constat est que le maintien à domicile doit être une priorité nationale. Cela nécessite la création d'un éco-système permettant le maintien à domicile, et une réflexion à mener sur les différentes formes de domicile, notamment celles intermédiaires entre le domicile traditionnel et l'Ehpad.



Enfin, le quatrième constat est qu'il revient à l'État d'impulser une politique en réelle adéquation avec l'ensemble des changements sociétaux liés à l'avancée en âge.

Remis en mars 2013 au Premier ministre en présence des ministres concernées, Marisol Touraine et Michèle Delaunay, ces trois rapports vont venir irriguer les réflexions gouvernementales, notamment un travail interministériel pour l'élaboration du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui sera prêt d'ici à la fin de l'année. Il est bon de se rappeler aussi que les recommandations de l'Union européenne comme de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) militent pour le maintien des personnes âgées à domicile, articulant une logique économique - il est présumé être de moindre coût - et une logique familiale - les personnes âgées et leur famille étant supposées préférer vivre à domicile plutôt qu'en institution.

Une ministre à Amiens contre l'isolement

Michèle Delaunay, ministre déléguée chargé des personnes âgées et de l'autonomie était en visite à Amiens le vendredi 12 avril 2013 dernier. Elle venait présenter le groupe de Monalisa, projet dont la marraine est Brigitte Ayrault.
Acronyme de MObilisation NAtionale contre L'ISolement des personnes Agées, Monalisa vise à promouvoir les liens intergénérationnels par du bénévolat de proximité pour éviter ou rompre l'isolement des personnes âgées. C'est le développement sur tout le territoire des acteurs du bénévolat, des acteurs associatifs, des acteurs publics et parapublics, comme les départements, « véritables chefs de file pour les personnes âgées », comme l'a souligné Michèle Delaunay. Monalisa poursuit trois objectifs :
• déployer le bénévolat et faire de la lutte contre l'isolement des âgés un axe majeur de l'implication citoyenne ;
• favoriser l'échange de bonnes pratiques et mettre en convergence les actions menées aujourd'hui, de façon à assurer un meilleur maillage territorial axé sur le bénévolat citoyen ;
• créer un partenariat avec le ministère pour assurer une meilleure visibilité de ces actions.
Accompagnée de Brigitte Ayrault, Michèle Delaunay a pris connaissance de plusieurs initiatives locales illustrant à la fois le travail des acteurs en réseau dans le champ de la prévention et l'accès à tous à la culture et à la citoyenneté. Elles ont également rencontré résidents et personnels de l'Ehpad de Montières puis ont clôturé le « Printemps du bénévolat et des engagements associatifs », organisée par France Bénévolat, membre de Monalisa.

© Photo Préfecture de la Somme

Monalisa est un groupe de travail contre l'isolement des personnes âgées, composé d'une trentaine d'associations et opérateurs publics et parapublics, tels que la Caisse nationale de l'assurance vieillesse, l'Union nationale des CCAS, la Mutualité sociale agricole ou encore la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Il est animé par Jean-François Serres, secrétaire général des Petits Frères des Pauvres. Monalisa a été lancé le 14 décembre dernier et le groupe de travail rendra un rapport à la ministre fin juin 2013. Amiens est la seule collectivité à participer au groupe de travail et y représente aussi l'Association des maires de France.

Centre ressources sur le handicap

Animé par un collectif d'associations et de fédérations nationales, le Centre ressources international sur le handicap est mis en ligne sur Internet via la Fondation internationale de la recherche appliquée sur le handicap (Firah). Ce centre ressources a pour objectif de créer des liens et synergies notamment entre les acteurs directement concernés par le handicap, les chercheurs. Il diffuse et valorise la recherche pour promouvoir une transformation sociale inclusive et faciliter une pleine participation des personnes handicapées via un accompagnement de qualité.
Parmi ses objectifs se trouvent la sensibilisation et la diffusion des nouveaux concepts et approches à destination de tous les acteurs impliqués dans un projet de recherche (chercheurs, professionnels mais aussi enfants ou adultes handicapées et leur proches), ainsi que la valorisation des résultats de la recherche appliquée et la diffusion des connaissances pour faciliter leur application sur le terrain (supports d'application).

Lire la suite sur www.pf2s.fr

Décentralisation Acte III : trois projets de loi

Trois projets de loi ont été examinés lors du Conseil des ministres du 10 avril sur le troisième acte de la décentralisation, trente ans après les textes fondateurs.
Ces trois nouveaux textes posent les bases d'une nouvelle gouvernance entre les collectivités locales. Les régions auraient la responsabilité de l'ensemble de la filière économique : formation professionnelle, apprentissage, service public de l'orientation, soutien aux entreprises exportatrices et gestion des fonds européens. Les départements conservent leurs compétences en matière d'action sociale et devraient élaborer, avec l'État, un schéma d'amélioration d'accessibilité des services au public et devraient développer des maisons de service public. Le texte élargit à la voirie, à l'aménagement du territoire et à l'habitat le champ de l'assistance technique que les départements peuvent proposer aux communes. La compétence universelle est rétablie.
Le débat parlementaire débutera à la mi-mai.

Lutte contre les violences faites aux femmes : feuille de route de la Somme

Dans le cadre de la politique nationale de lutte contre les violences faites aux femmes, la feuille de route et le plan d'action pour la Somme ont été présentés fin mars.
Un accueil de jour pour les femmes victimes de violences au sein du couple ouvrira à Amiens en avril 2013, géré par Agena. C'est un espace destiné à accompagner les femmes afin de préparer, éviter ou gérer le départ du domicile de ces dernières et de leurs enfants. Un autre espace sera ouvert à Abbeville dès l'obtention des subventions nécessaires.
L'expérimentation du Téléphone Portable Grand Danger (TPGD) conduite par les parquets de Seine-Saint-Denis, Bas-Rhin, Val d'Oise et Paris, donnant des résultats concluants, sa généralisation à l'ensemble du territoire français sera mise en œuvre en 2013.
Concernant l'accompagnement des victimes et auteurs douze à quinze places de logements d'urgence (à créer d'ici cinq ans) seront réservées aux femmes victimes de violences, dans le département de la Somme.
Cinq groupes de travail ont été mis sur pied :
- groupe transversal : sensibilisation des acteurs sur la mise en œuvre du plan global de lutte contre les violences faites aux femmes dans le département de la Somme ;
- groupe « Accueil, accompagnement et suivi des victimes, hébergement & logement » ;
- groupe : « Prévenir la récidive des auteurs » ;
- groupe « Développement des actions auprès des scolaires » ;
- groupe « Enfants exposés aux violences intra familiales ».

Une journée de formation/sensibilisation sera organisée le jeudi 13 juin 2013 sur les pratiques professionnelles des « accompagnateurs » de victimes de violences (révélation des faits, signalement, temps consacré à l'accompagnement…).

Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a analysé les modes de maintien à domicile pour les personnes âgées. Un quart d'entre elles a en 2008 aménagé leur logement ou utilisé une aide technique.

L'analyse des données de l'enquête *Handicap-Santé* en ménages ordinaires, réalisée conjointement par la Drees et l'Insee en 2008, permet de recenser les aides techniques et les aménagements du logement nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées de 60 ans et plus vivant en logement ordinaire. Les aides humaines ne sont pas concernées par l'étude.

En 2008, 13,2 millions de personnes âgées de 60 ans et plus vivent à domicile. Parmi elles, 25 % ont eu recours à une aide technique ou on aménagé leur logement. Mélanie Bérardier, auteur de l'étude, souligne que cette donnée évolue peu depuis le début des années quatre-vingt-dix, date à laquelle l'étude Handicap-Incapacité-Dépendance (HID), l'évaluait à 22 %. Ce recours concerne 86 % des personnes les plus dépendantes. À prendre en compte aussi le fait que 6 % des personnes âgées cumulent une aide avec l'aménagement de leur logement. Le recours d'une aide ou de l'aménagement du logement est fortement lié au niveau de dépendance. La moitié des personnes les plus dépendantes cumule ainsi plusieurs aides, et indépendamment de leur âge. L'utilisation d'une aide technique est deux fois plus fréquente que l'aménagement du logement : 20 % des personnes âgées utilisent une aide technique et 10 % ont fait au moins un aménagement dans leur logement. Pour Mélanie Bérardier, cela s'expliquerait « par le fait que les aides techniques sont pour la plupart moins onéreuses que les aménagements du logement ». Et d'illustrer par le coût de l'élargissement d'une porte comparé à l'obtention d'une canne ou d'un déambulateur.

Quatre types d'aides techniques existent : hygiène et élimination, déplacements, transferts et audition. Les aménagements du logement concernent l'accessibilité des pièces, leur adaptation ou l'introduction de meuble adaptés. Les aides à la mobilité sont les plus fréquentes : 14 % des personnes âgées de 60 ans et plus y ont recours, devant les aides auditives (7 %). Les aménagements du logement sont constitués de dispositifs de soutien (5 %), d'adaptation de la cuisine et de la salle de bain (5 %).

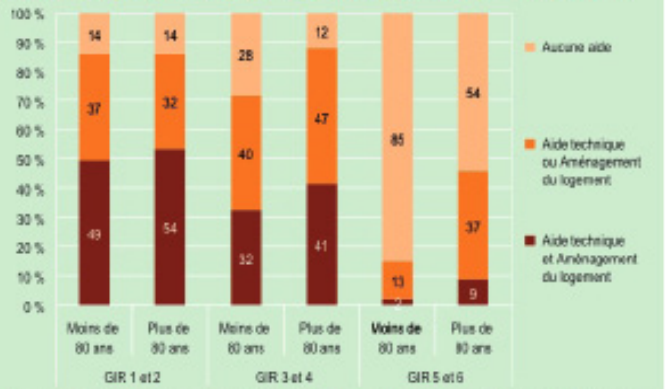
L'aide au déplacement concerne essentiellement les personnes les plus dépendantes (GIR 1 ou GIR 2) : 73 % des personnes de moins de 80 ans et 69 % des 80 ans et plus y ont recours. De même pour l'introduction de meubles adaptés : 40 % des personnes en GIR 1 ou 2 de moins de 80 ans et 49 % des 80 ans et plus en utilisent.

Les aides sont plus utilisés de manière plus hétérogène par les personnes âgées les moins dépendantes (GIR 3 à 6). Si l'aide auditive est seulement liée à l'âge, et non à la dépendance, une modélisation réalisée par l'auteur de l'étude montre que le recours aux aides techniques pour les personnes les plus dépendantes n'est pas correlé à leur âge, leur sexe, leur isolement ou leur catégorie socio-professionnelle. Le type de déficience n'entre pas non plus en ligne de compte. Pour les personnes les moins dépendantes, à sexe, catégorie socio-professionnelle, isolement ou déficience égaux, c'est l'aggravation de l'état de santé liée à l'âge qui contribue à l'utilisation des aides, qui ira croissante en fonction de la perte d'autonomie. Le fait de vivre seul augmente cependant l'utilisation d'une aide technique.

Le besoin le plus exprimé, et paradoxalement le moins couvert, est le besoin d'une aide à l'audition, principalement avoir un appareil auditif (60 %). L'enquête Handicap-Santé montre que 1 470 000 personnes déclarent avoir besoin

Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement, Mélanie Bérardier, *Études et résultats*, n° 823, Drees, décembre 2012

Répartitions des usages d'aides techniques et des aménagements de logement, selon l'âge et le GIR



Lecture • 2 % des personnes estimées en GIR 5 et 6 âgées de moins de 80 ans ont à la fois des aides techniques et des aménagements du logement, et 9 % des personnes estimées en GIR 5 et 6 âgées de 80 ans et plus cumulent les deux types d'aides.
Champ • Personnes de 60 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.
Sources • Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménages, INSEE.

Financez la santé européenne

Si le système de soins reste de la compétence de chacun des États membres, l'Union européenne s'est depuis fort longtemps engagée dans des actions de santé publique. Un programme unique de santé publique existe depuis une décennie, remplaçant les huit programmes sectoriels des années quatre-vingt-dix. La santé est aussi financée sur des fonds structurels, comme le Feder (programmes Interreg), le FSE, le Feader. Ancrée dans la promotion de la santé dans son acception la plus large, la Commission semble redéfinir aujourd'hui largement son intervention sur la sécurité sanitaire, la e-santé (Europe 2020), ou encore sur la vaccination, la surveillance de la santé et des maladies, les programmes de dépistage efficaces (Horizon 2020). Ce changement de posture est une réelle régression car la promotion de la santé revient dans la sphère unique du soin, centrée sur le patient et non sur les populations.

Facteur de cohésion sociale si l'on relit la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé a disparu de la future programmation Interreg France-Wallonie-Vlaanderen, qui ne s'intéresse plus qu'aux investissements sanitaires et sociaux.

Générations en santé, regroupant une dizaine d'opérateurs français et belges, a lancé une Motion pour la santé lors de son forum en fin d'année 2012 et a ouvert une page Facebook pour suivre l'actualité de son action de lobbying.

À retrouver sur facebook.com/
Cliquez sur J'aime

Horizon 2020

Le programme spécifique d'exécution du programme-cadre pour la recherche et l'innovation « Horizon 2020 » (2014-2020) est établi pour la période allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2020. le programme spécifique se compose de quatre volets : *Excellence scientifique, Primauté industrielle, Défis de société* et *Actions directes non nucléaires du Centre commun de recherche (JRC)*. Le volet *Défis de société* contribue à la réalisation de sept objectifs spécifiques dont l'amélioration de la santé et du bien-être tout au long de la vie et des approvisionnements suffisants en aliments sûrs, sains et de qualité et en bioproduits, en développant des systèmes de production primaire qui soient productifs, durables et économes en ressources.

Pour assurer la promotion de la santé, du vieillissement actif, du bien-être et la prévention des maladies, Horizon 2020 entend s'appuyer sur la compréhension des déterminants de la santé, par des outils de prévention efficaces, tels que les vaccins, par une surveillance de la santé et des maladies et par des programmes de dépistage efficaces. Pour mieux comprendre la santé et les pathologies, des liens étroits seront établis entre la recherche fondamentale, la recherche clinique, la recherche épidémiologique et la recherche socioéconomique. Cela portera notamment sur les maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, les affections du métabolisme et les facteurs de risque, y compris le diabète, la douleur chronique, les troubles neurologiques, neurodégénératifs, mentaux et les troubles liés à la toxicomanie, les maladies rares, l'excès de poids et l'obésité, les maladies auto-immunes, les troubles musculo-squelettiques et rhumatismaux et diverses maladies touchant différents organes ainsi que les affections aiguës et diverses limitations fonctionnelles. De même, il devrait aborder les maladies infectieuses, à savoir, entre autres, le VIH/Sida, la tuberculose, la malaria, les maladies négligées et liées à la pauvreté, les épidémies émergentes et la menace que constitue la résistance croissante aux médicaments antimicrobiens, ainsi que les maladies professionnelles et les troubles liés au travail.

Une directive sur la protection des données personnelles

La Commission européenne révise la directive de 1995 sur la protection des données à caractère personnel. Face à l'explosion du numérique au décours du XXIe siècle, il convient en effet de refonder complètement une directive devenue inadéquate. Face au développement du monde virtuel, allant de la dématérialisation des activités humaines à la croissance des réseaux sociaux, de la vidéosurveillance au *Big Data,* la Commission estime que les États membres ne sont pas en mesure de résoudre seuls les problèmes posés par la situation actuelle, en particulier due à la fragmentation des législations nationales.

Aussi la nouvelle directive entend-elle définir un cadre harmonisé et cohérent permettant un transfert aisé des données à caractère personnel au-delà des frontières nationales au sein de l'Union européenne, tout en assurant une protection effective de toutes les personnes physiques dans l'ensemble de l'Union

Effet de crise

Dans un article paru dans le *Lancet serie*, Martin McKee, professeur de santé publique à l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, et ses collègues alertent sur le fait que l'Europe a beaucoup changé en quarante ans et que des différences importantes le montrent dans les soins de santé et l'espérance de vie.

« Alors que certains pays, écrit-il, restent en pointe, dans d'autres, la crise financière implique une baisse des services qui les rend incapables de s'adapter aux nouveaux challenges de la santé, et ne leur permet pas de mettre en œuvre des politiques de santé publique autour du tabac et de l'acool. Les décideurs doivent maintenant agir avant que les enfants, les migrants et les personnes plus âgées ne soient confrontés à une crise de la santé publique, tant au Royaume-Uni qu'à travers l'Europe ».

Les auteurs avertissent que des mécanismes de protection sociale forts sont nécessaires pour atténuer les effets indésirables de la crise financière actuelle sur la santé publique, alors que les mesures de rigueur prises à la demande de l'Union européenne mènent déjà à un affaiblissement de la protection sociale dans les pays, qui ont subi les chocs financiers les plus sévères.

Ils estiment ainsi que 6 000 décès annuels d'enfants pourraient être évités en Europe par une amélioration des services de santé pour les enfants, que la disparition des politiques de santé progressistes menace directement la santé des migrants, et que les préoccupations autour du vieillissement de la société européenne ne doivent pas être utilisées pour justifier des diminutions des politiques de bien-être.

Bilan de l'année européenne 2012

2012 décrétée Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle, par la Commission européenne, aura permis de créer ou poursuivre nombre d'actions sur cette thématique. Ainsi, 1 300 projets sont remontés à la Commission, dont 62 en France mais aucun de Picardie !

L'Année européenne est toujours un événement à part entière en ce qu'il permet une mobilisation des acteurs européens, nationaux et locaux autour de projets significatifs et prometteurs pour la Commission. Si une majeure partie d'entre eux sont locaux, des projets peuvent aussi être transnationaux et impliquer plusieurs États membres.

Pour l'Europe, la notion de « vieillissement actif » désigne le fait de vieillir en bonne santé en conservant pleinement sa place dans la société, en restant épanoui dans sa vie professionnelle, autonome dans la vie quotidienne et engagé en tant que citoyen. L'Année européenne 2012 visait à promouvoir le vieillissement actif dans trois domaines :

- l'emploi, en assurant aux travailleurs âgés de meilleures perspectives sur le marché du travail ;
- la participation, en assurant une meilleure reconnaissance de leur contribution à la société et par la création d'un environnement qui leur soit plus favorable. La retraite n'est en effet pas synonyme d'inactivité. Les personnes âgées sont souvent des aidants familiaux, assurent la garde de leurs petits-enfants, et mènent souvent des activités de bénévolat ;
- l'autonomie, enfin, car le vieillissement actif permet de donner aux personnes âgées les clés qui leur permettront de rester maîtresses de leur propre vie le plus longtemps possible, malgré un état de santé déclinant avec l'âge.

Les 17 et 18 décembre s'est déroulée à Paris la conférence de clôture de cette année européenne, en présence de Michèle Delaunay, ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie.

Juste auparavant, le 13 novembre à Bruxelles, ont été décernés les prix relatifs à cette année européenne parmi quelque 1 300 projets reçus par la Commission européenne, dont 62 d'entre eux émanèrent de France, mais aucun de Picardie. Sept prix au total ont été remis : *Entrepreneuriat social, Lieux de travail pour tous les âges, Vers des environnements adaptés aux personnes âgées, generations@school, Concours "Récits de vie", Journalisme de presse écrite et journalisme audiovisuel*.

Le premier prix de la catégorie *Entrepreneuriat social* a été remis à Ensemble2générations pour son projet sur la cohabitation intergénérationnelle entre étudiants et personnes âgées (*cf.* photo ci-dessous). Il s'agit de mettre en relation des étudiants en recherche d'hébergement et une personne âgée qui a besoin d'une présence à son domicile. Fondée en 2006, l'association Ensemble2générations a déjà permis à plus de 1 100 étudiants de trouver un logement économique voire gratuit chez une personne âgée, en échange d'une présence et/ou de quelques services. Ce projet représente une solution innovante face à la solitude des personnes âgées et à la pénurie de logements étudiants abordables. Quinze agences ont été créées en France, dont une à Amiens pour la Picardie, permettant le déploiement de ce projet.

Dans la catégorie *Vers des environnements adaptés aux personnes âgées*, le projet danois *Life Long Living* permet à des personnes âgées de suivre un programme de six à huit semaines de maintien physique, social et cognitif dans la perspective de repousser l'âge de la perte d'autonomie. Diverses tâches quotidiennes comme faire la cuisine, les courses, s'engager dans des activités sociales forment ce programme. Ses promotteurs cooking, dressing, shopping, estiment les résultats très prometteurs, car le nombre de personnes nécessitant d'être assistées s'est considérablement réduit et plusieurs d'entre eux ont gagné en réelle autonomie.

On notera aussi une initiative de la Carsat Nord-Picardie labellisée dans le cadre de l'année européenne : le concours « Retraité et bénévolat » que la caisse régionale organise depuis cinq ans pour les régions du Nord - Pas-de-Calais et de Picardie. Si l'action n'a pas été retenue pour l'un des prix, elle a permis de récompenser quarante bénévoles et associations.

Le site de l'Année européenne permet de prendre connaissance de l'ensemble des actions réalisées durant 2012 (europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=979&langId=fr), avec pour chacune d'entre elle un résumé en anglais et les coordonnées des promoteurs. La brochure *Comment promouvoir le vieillissement actif en Europe* est également disponible en téléchargement. Elle permet de mieux comprendre, au delà de l'année européenne, les enjeux pour l'Europe du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations. Elle présente une série d'actions européennes particulièrement innovantes et intéresantes. Elle propose aussi les programmes et financements européens mobilisables à destination des acteurs locaux et régionaux pour monter leurs propres actions, en s'appuyant sur les autorités nationales ou locales. Enfin, une série de documents, sources d'information et liens web sont rendus disponibles.

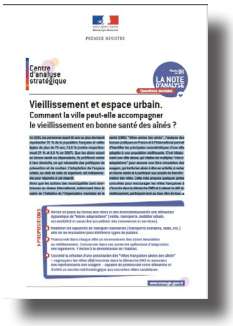
Le commissaire européen Làszlo Andor remet à Typhaine de Penfentenyo, Ensemble2générations le premier prix pour l'Entrepreneuriat social dans le cadre de l'Année européenne 2012

© Commission européenne

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

Vieillissement et espace urbain

Centre d'analyse stratégique, mars 2013



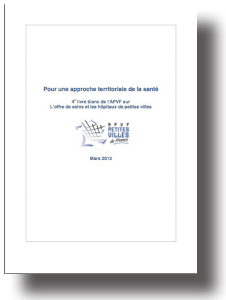
En 2035, les personnes ayant 60 ans et plus devraient représenter 31 % de la population française et celles âgées de 75 ans et plus, 13,6 % (contre respectivement 21 % et 8,5 % en 2007). Pour les auteurs de la note de synthèse, l'adaptation de l'espace urbain, au-delà de celle du logement, est indispensable. Quatre propositions forment une réponse à cet enjeu du début du XXIe siècle.

• Mettre en place au niveau des villes et des intercommunalités une démarche dynamique de "micro-adaptations" (voirie, transports, mobilier urbain, accessibilité et caractère accueillant des commerces et services).

• Mobiliser les capacités de transport existantes (transports scolaires, taxis, etc.) afin de les mutualiser pour différents types de publics.

• Promouvoir dans chaque ville un recensement des zones favorables au vieillissement. Concentrer dans ces zones les opérations d'adaptation des logements. Y inciter à la densification de l'habitat.

• Soutenir la création d'une association des "villes françaises amies des aînés", regroupant les villes déjà inscrites dans la démarche OMS et associant des représentants des usagers, capable de promouvoir cette démarche et d'offrir un soutien méthodologique aux nouvelles villes candidates.



Pour une approche territoriale de la santé. 4e livre blanc de l'APVF sur l'offre de soins et les hôpitaux de petites villes

Association des petites villes de France, mars 2013

Pour l'association des petites villes de France (APVF), la santé est un vecteur de croissance dans les territoires. Ce quatrième livre blanc prend à son compte à la fois la loi HPST mais aussi le Pacte santé territoire. Ce livre blanc demande que l'hôpital de petite ville soit un pivot, ce qui signifie lui donner les moyens de mieux fonctionner et d'être financé en rapport avec le service effectivement rendu. Il s'agit ainsi d'offrir un véritable service public de la santé. Dans un contexte où toute dépense doit se justifier, c'est aussi mieux organiser les services de santé entre eux, raffermir et fluidifier le lien entre les structures et les professionnels d'un même territoire. L'APVF plaide pour une approche par « filière de santé territorialisée », faisant en sorte que les soins soient dispensés au plus proche du domicile pour les soins quotidiens, et par les professionnels de santé compétents pour les actes plus conséquents. Ce qui renvoie ainsi aux déserts médicaux qui, pour l'APVF, n'est pas qu'une question d'organisation, mais aussi une question d'attractivité des petites villes pour les professionnels de santé. C'est aux pouvoirs publics que reviendrait la responsabilité de rendre les territoires sous-dotés attractifs, permettant d'amener et de fixer de vrais parcours pour les professionnels. Parallèlement, si les conséquences du vieillissement de la population en zones périurbaines et rurales, sont sujet d'inquiétude pour les élus de petites villes, elles portent cependant un potentiel de croissance contribuant à la relocalisation de l'économie et à une meilleure attractivité des territoires.

Fin de vie à domicile

Observatoire de la fin de vie, mars 2013

Dans son rapport sur la fin de vie à domicile, l'observatoire national de la fin de vie dresse un constat paradoxal : alors que 81 % des Français souhaitent finir leur vie à domicile (songage Ifop, 2010), la majeure partie des personnes décède à l'hôpital (75 %), chiffre stable depuis plusieurs décennies. Les données démographiques de l'Ined montrent que la proportion des personnes hospitalisées double au cours du dernier mois de vie, passant de 30 % à près de 64 %.

La fin de vie à domicile pose un certain nombre de questions, tant il apparaît aux auteurs du rapport qu'en France, contrairement aux pays voisins, le système de santé n'est pas adapté. D'une part, parce qu'il est trop cloisonné pour permettre un réel maintien à domicile. D'autre part, parce que la société française à une vision très médicalisée et très hospitalière de la fin de vie. Des pistes concrètes sont proposées pour pallier cette insuffisance de la prise en compte de la volonté des personnes.

D'abord, avoir une véritable politique d'aide aux aidants, comme leurs donner des droits pour qu'ils soient reconnus et pour qu'une conciliation des temps soit réellement possible pour les personnes en activité souhaitant accompagner un proche. Donner aux professionnels de proximité les moyens d'aider les aidants, ce qui leur est aujourd'hui impossible de faire par manque de formation ou de ressources adaptées. Enfin, faire connaître les aides et les adapter aux réalités de fin de vie. La création d'une plateforme permettrait de rendre visible, y compris au niveau territorial le plus fin, les ressources existantes.

Dans un second temps, il faudrait faire évoluer le bénévolat et développer de nouvelles formes de solidarité. L'expérience du réseau téléphonique « Avec nos proches », dédié au partage d'expériences et à l'entraide entre les aidants, devrait être valorisée et étendue. L'appel au mécénat d'entreprise pourrait être développé.

Ensuite, une deuxième politique nationale de développement des soins palliatifs devrait être mise en place, après celle de 2008-2012. Elle pourrait donner une place aux médecins généralistes et aux infirmières libérales afin qu'ils puissent accompagner leurs patients. Le financement de la coordination de ces professionnels entre eux devrait aussi être pris en compte.

Enfin, c'est la place de l'hôpital qui devrait être reconsidéré pour devenir une ressource pour le maintien à domicile en fin de vie. Ainsi, l'observatoire définit quatre pistes qui pourraient être exploitées : aider les professionnels à domicile à anticiper les situations d'urgence pour favoriser l'admission des patients dans les services hospitaliers sans passer par les services d'urgence ; mais aussi former les urgentistes à la prise en charge de la fin de vie et développer des référentiels professionnels ; et faire en sorte que le décès à l'hôpital ne soit pas perçu comme un échec de la prise en charge à domicile.

Disparités départementales de l'accessibilité de l'hébergement pour personnes âgées

Les enjeux territoriaux de la perte d'autonomie des personnes âgées sont centraux, notamment en termes d'équité de proximité et d'accessibilité.

Ces questions sont au fondement de ce *Dossier solidarité et santé* qui les traite concernant les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

Les deux articles de ce dossier s'intéressent aux notions d'accessibilité géographique et de proximité, à l'échelle des institutions et des individus. Leur objectif est d'apporter une lisibilité géographique aux données de l'enquête réalisée en 2008 auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) qui renseigne sur la situation des établissements, de leur personnel et de leurs résidents au 31 décembre 2007.

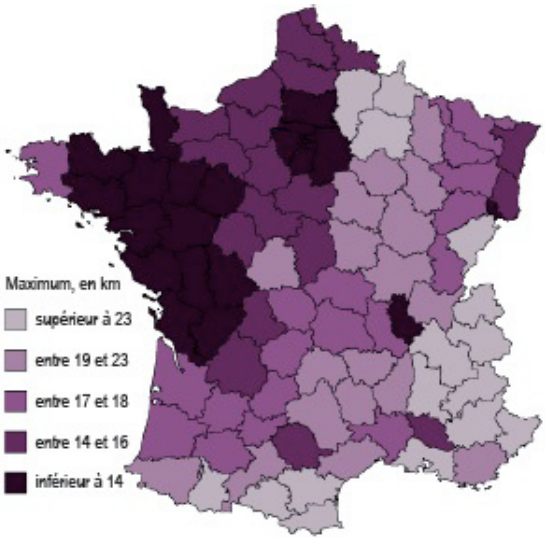
Le premier article questionne le principe d'équité territoriale, tel que prévu par l'article L. 116-1 du Code de l'action sociale et des familles : « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. »

L'équité territoriale qui a l'objectif d'assurer à tous les mêmes conditions d'accès aux établissements s'appuie sur la localisation des établissements et la répartition spatiale des personnes âgées de 75 ans ou plus. L'étude met ainsi en lumière de grandes disparités, entre départements et au sein de chacun d'entre eux sur la facilité d'accès aux établissements, en lien avec la distance et la disponibilité des équipements (*cf.* carte ci-dessous). Au niveau national, toutes catégories d'établissements confondues, la personne vivant dans la commune la plus éloignée d'un EHPA devra parcourir 41 km pour rejoindre celui le plus proche de son domicile. La distance maximale à parcourir pour accéder au premier Ehpad rattaché à un hôpital ou à la première unité de soins de longue durée (ULSD) atteint toutefois presque 100 km, et 82 km pour accéder au premier logement-foyer non Ehpad. Les trois quarts des personnes sont situées à 2 km ou moins d'un EHPA. Mais si les trois quarts des personnes âgées ont une distance maximale de 5 km à parcourir pour atteindre l'Ehpad non rattaché à un hôpital le plus proche de leur domicile, les trois quarts doivent couvrir au plus 14 km pour rejoindre la première USLD ou 15 km pour rejoindre le premier Ehpad rattaché à un hôpital. Pour l'Oise, cette distance est de 12 km au maximum pour rejoindre l'établissement le plus proche. Elle est de 16 km pour la Somme et de 26 km pour l'Aisne. Les départements les plus égalitaires en termes d'accessibilité intra-départementales à un EHPA sont essentiellement situés dans le nord de la France, plus spécialement en Île-de-France, Basse et Haute-Normandie et Picardie. Au sein de chacun de ces départements les distances minimales à parcourir pour rejoindre le premier établissement sont plus homogènes que dans les autres départements. Si le choix d'un établissement dépend de sa proximité géographique et de sa réputation, le délai d'attente pour y entrer, son adaptation à l'état de santé de la personne et son coût d'hébergement sont des facteurs déterminants. La prise en comptes des tarifs liés à l'hébergement montre que les facteurs financiers ont un impact sur l'accessibilité géographique locale, notamment dans les départements littoraux ou certains départements limitrophes de la région parisienne. La distance maximale à l'établissement le plus proche reste inchangée pour soixante départements, dont ceux de Picardie, que l'on considère ou non les établissements privés à caractère lucratif.

Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux *Dossiers solidarité et santé*, n°36, Melina Ramos-Gorand, Drees, 2013

Le second article du dossier s'intéresse aux personnes âgées qui intègrent un établissement hors de leur département de résidence. Il se base sur l'enquête *Résidents*, réalisée par la Drees en 2007 auprès des personnes âgées en établissements. Environ la moitié des résidents, et 70 % de leurs proches, citent la situation géographique comme critère premier de sélection de l'établissement, avant sa bonne réputation (environ un tiers des résidents et des proches) ou les délais d'attente (cités par moins d'une personne sur cinq). Les changements de département concernent environ 15 % des personnes âgées hébergées en établissement fin 2007. Dans la moitié des situations, le département de départ et le département d'accueil ne sont pas limitrophes. Les Picards migrent peu alors que la Picardie accueillent des personnes d'autres départements, notamment d'Île-de-France. Ainsi, 5,5 % des Axonais, 5,9 % des Isariens et 3,4 % des Samariens sont hébergés dans une institution implantée dans un département non limitrophe. Par ailleurs, la Picardie devient ainsi terre de résidence pour 9 % des migrants franciliens venant d'un département non limitrophes. L'Oise accueille en institution 9,8 % de personnes venant de départements limitrophes, et 15,4 % de départements non limitrophes, loin devant la Somme et l'Aisne.

Maximum de kilomètres à parcourir pour rejoindre l'établissement le plus proche



Sources • Drees, enquête EHPA 2007 ; Insee, population âgée de 75 ans ou plus issue du recensement 2008 Distancier Odomatrix. Cartographie Arctique.

16 mai 2013, Amiens

Colloque Quand faut-il hospitaliser une personne âgée ?
Organisé par Formed Picardie

Contact : Dominique Dumont 03 22 82 54 30
mél : dominique.dumont@u-picardie.fr

23-24 mai 2013, Amiens

Colloque Construction et usages des indicateurs : pauvreté, richesse, inégalités, bien-être, performance.
Organisé par l'université de Picardie Jules Verne

Contact : remy.caveng@u-picardie.fr, claude.thiaudiere@sfr.fr, florence.gallemand@u-picardie.fr

27-29 mai 2013, Dijon

Colloque international pluridisciplinaire et plurisectoriel Les recherches-actions collaboratives : une révolution silencieuse de la connaissance.
Organisé par Préfas Bourgogne

Contact : http://www.irtess.fr/index.php/Fil-d-actualit%C3%A9/appel-a-communication.html

30 mai 2013, Paris

Colloque Handicap et Institution : vers d'autres modèles
Organisé par le Cnam

Contact : http://www.fondation-amisdelatelier.org/a-la-une/les-inscriptions-au-colloque-2013-sont-ouvertes

20 juin, Paris

International Symposium Nutrition and Cancer: Hot topics from biology to public health issues
Organisée par INCa.

Programme : http://www.e-cancer.fr/agenda/details/1098

30 juin - 5 juillet 2013, Besançon

10e Université d'été francophone en Santé publique
Organisée par Agence régionale de santé de Franche-Comté, faculté de médecine et de pharmacie de Besançon.

Programme : http://www.ars.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/MiniSiteUniversites/1_UnivEteBesancon/docs/2013_1ere_annonce.pdf

12 septembre 2013, Abbaye de Fontenay

3es États généraux de la santé en région
Organisés par les États généraux de la santé en région

Contact : http://www.etatsgenerauxsanteregions.fr/

Bernard Friot,
Université Paris Ouest Nanterre
Institut européen du salariat (ies-salariat.org)
Réseau salariat (reseau-salariat.info)

Réduire les inégalités entre hommes et femmes devant la retraite ?

Les inégalités entre les femmes et les hommes en termes de salaires, autour de 20 %, explosent au moment de la retraite : l'écart monte alors à 47 %. En effet, actuellement la pension moyenne de droit direct des femmes est de 900 euros contre environ 1 600 euros pour les hommes. Incriminer la décote n'est pas faux mais la décote est loin d'expliquer l'essentiel du différentiel : elle ne s'applique que depuis 2004 dans la fonction publique et 30 % des femmes attendent 65 ans pour liquider leur pension sans subir la décote. L'explication de la double peine des femmes, ce sont les annuités qui conditionnent la hauteur de la pension au nombre d'années travaillées. Même en tenant compte des bonifications pour enfants, compter les trimestres validés (dans le régime général), les années de service (dans la fonction publique) ou les points accumulés au long de la carrière (dans les régimes Agirc-Arrco), revient à pénaliser les femmes une seconde fois. Non seulement, du fait de la double journée, elles arrivent à 60 ans avec un salaire inférieur aux hommes parce que, bien qu'étant plus diplômées, elles accèdent à des postes moins qualifiés faute de pouvoir mener leur carrière. Mais en plus cette discrimination, qui en soi leur vaudrait une pension inférieure de 20 % à celle des hommes, leur est imputée pour doubler la mise : elles n'ont pas une « carrière complète », donc leur pension sera encore considérablement amputée.

On voit bien que le retour aux 37,5 ans ne réglera pas cette discrimination, pas plus que la comptabilisation des années d'études dans les annuités, ou le retour aux dix meilleures années pour le calcul du salaire de référence. C'est le principe même des annuités (ou des points, car il s'agit fondamentalement de la même chose : tenir compte de la durée de la carrière pour calculer la pension) qui pose problème. Chacun devrait, à 60 ans, avoir une pension équivalent à 100 % de son meilleur salaire net, quelle que soit sa durée de cotisation.

- 100 % du net : le principe d'une pension à hauteur de 75 % du brut (soit 100 % du net compte tenu des 23 % de cotisation salarié) est aujourd'hui source d'équivoque autour de la formule « 75 % du salaire de référence » qui conduit trop souvent à revendiquer 75 % du net.
- Le meilleur salaire : notre système de pension ne s'est pas construit sur le « j'ai cotisé j'ai droit », mais sur la conquête d'une pension qui soit le remplacement à vie du salaire de fin de carrière. C'est le cas de la fonction publique, des entreprises publiques avant la réforme, et il s'agit de l'étendre à tous.
- Quelle que soit la durée de cotisation : ce principe n'a jamais été posé dans le mouvement syndical, attaché aux annuités, alors même que lui seul peut en finir avec la double peine des femmes en matière de pension. Et surtout, l'urgence de passer à un tel principe (ce qui ne fait jamais que montrer ici encore qu'en surmontant une discrimination dont les femmes sont les victimes c'est tout le salariat qui progresse), c'est que lui seul sera en mesure de s'imposer comme le plus juste lors du prochain débat sur les retraites.

Quel est en effet l'enjeu de ce débat annoncé ?

Les réformateurs veulent imposer un autre projet pour la pension : non plus la continuation du salaire dans un salaire à vie, mais la contrepartie des cotisations passées, en faisant des cotisations de toute la carrière (y compris dans la fonction publique) l'assiette des pensions.

Et cela dans la suite logique des réformes antérieures qui ont entrepris de marginaliser les composantes décisives d'une répartition finançant du salaire continué, à savoir la hausse constante du taux de cotisation pour continuer le salaire d'un nombre croissant de retraités, un taux de remplacement à 100 % du salaire net, un salaire de référence le plus proche possible du meilleur salaire, un âge politique de la pension à 55 ou 60 ans. Cette marginalisation s'est traduite par le gel du taux de cotisation, la baisse du taux de remplacement et plus généralement le souci de supprimer le critère du taux de remplacement du salaire pour le remplacer par le taux de rendement des cotisations, la volonté de faire de toute la carrière la référence de la pension et le remplacement de l'âge légal de la retraite par un âge plancher. Nous avons là tous les ingrédients d'un revenu différé (j'ai cotisé, j'ai droit à l'équivalent de mes cotisations dans ma pension) qui se substitue au salaire continué.

Devant cette entreprise, il conviendrait de récuser explicitement le principe « j'ai cotisé, j'ai droit » (ou, ce qui revient au même : notre génération a cotisé, elle a droit à récupérer par les cotisations des actifs actuels l'équivalent de ce qu'elle a donné aux retraités quand elle était active). L'innovation considérable des régimes bismarckiens, en opposition aux régimes beveridgiens qui prévalent en Europe du Nord, c'est qu'ils ne sont pas une prévoyance en répartition mais une socialisation du salaire qui attribue de la valeur économique à l'activité des retraités. Il est temps d'assumer cette nouveauté en posant la pension comme le salaire à vie pour tous. La pension n'a pas comme contrepartie les cotisations des actifs mais la valeur économique que nous attribuons à l'activité des retraités dès lors que nous les payons à vie, tout comme le grade des fonctionnaires les paie à vie et reconnaît leur participation à la création de valeur économique.

Plateforme SANITAIRE&SOCIALE

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
Mél : plateforme@or2s.fr

Directeur de publication : Dr Joseph Casile (or2s)
Comité de rédaction : Anna Boulinguez (carsat nord-picardie), Danièle Bourgery (conseil régional de Picardie), Lætitia Cecchini (gestion du risque assurance maladie), Yassine Chaïb (drjscs), Rémy Caveng (université de picardie), Émilie Fauchille (or2s), Bruno Goethals (carsat nord-picardie), Christine Jaafari (drjscs), Éric Moreau (conseil général de l'oise), Marie-Véronique Labasque (creai), Michel Liénard (msa), Philippe Lorenzo (or2s), Anne-Marie Poulain (conseil général de la Somme), Aline Osman-Rogelet (or2s), Yvonne Pérot (insee), Gaëlle Raboyeau (ars), Claude Thiaudière (université de picardie), Alain Trugeon (or2s).
Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo
n° ISSN : 1962-283X
© OR2S avril 2013