

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°11

Avril 2011

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé

- Fondation Abbé Pierre : un rapport noir 2
- Séminaires sur les politiques sociales à l'université de Picardie Jules Verne 2

Actualité

- Signature de la charte de partenariat de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie 3

Brèves

Entretien

- SOS violence en privé. Entretien avec Ophélie Descamps, directrice 4

Initiative

- Portrait des jeunes de l'Oise 6

Focus

- Le 115 en Picardie 8
- Familles et précarité 9
- Exclusion sociale, santé et logement 10
- Droits des femmes et égalité 10

Données nationales

- Statiss 2010 11

Brev d'Europe

Europe

- Vers un contrat local de santé en Thiérache 13

Doc

- Précarité et santé mentale : Repères et bonnes pratiques 14

Tribune libre

- Santé et violence 16

Agenda

Le 8 mars, journée internationale de la femme, a été à nouveau l'occasion, pour les médias, de rappeler les inégalités encore nombreuses constatées entre les femmes et les hommes dans de multiples domaines : professionnel, économique, social, etc.

Pour autant, de très nombreux progrès ont été enregistrés sur ces cinquante dernières années. En effet, l'égalité entre les femmes et les hommes fait l'objet d'une véritable politique publique soutenue par l'Union européenne et portée par l'État au plan national. Elle est adossée à un budget propre qui favorise une double approche : d'une part, une intervention transversale dans l'ensemble des politiques publiques mises en place, et, d'autre part, par des actions spécifiques destinées à lever les difficultés et obstacles rencontrés par les femmes pour un accès égal aux droits, au même titre que les hommes. L'une des interventions fortes de l'État en matière d'égalité entre les femmes et les hommes s'inscrit dans la volonté de lutter contre les violences faites aux femmes et notamment les violences conjugales et intra-familiales. Celles-ci ont des répercussions importantes sur la santé physique et mentale des femmes qui subissent alors une double peine : d'abord l'abomination des violences endurées et la maladie déclenchée par les traumatismes et les souffrances. De plus, l'expression des violences au sein des couples impacte le développement physique et psychique des enfants qui en sont témoins. De nombreuses études au plan national, menées depuis les années deux mille, ont démontré l'impact de ces violences sur la santé des femmes et des enfants alors que d'autres ont pu mesurer qu'en France une femme meurt tous les deux jours et demi des suites de violences commises par son conjoint, compagnon pacé ou non (ou l'ex-conjoint, ex-compagnon...). Au côté des lois, qui reconnaissent le caractère particulier des violences faites aux femmes et qui garantissent la protection de celles-ci, et dont la dernière, et non des moindres, est la loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants, l'État s'est engagé, depuis 2005, dans des plans stratégiques pluriannuels de lutte contre ces violences pour les périodes 2005-2007 et 2008-2010.

En Picardie, sous les directives de monsieur le préfet de région, la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité ainsi que les chargées de mission départementales de l'Aisne et de l'Oise ont assuré la déclinaison de ces plans dans chaque département. L'action s'est structurée autour de quatre axes prioritaires :

1/ Prise en charge globale des femmes victimes de violences conjugales. Elle passe par l'amélioration de l'accueil et de l'écoute des victimes, l'accès aux droits et à l'information juridique, la mise à l'abri et l'accès au logement, le conseil et l'accompagnement y compris psychologique pour celles qui en expriment le souhait. De plus, une antenne d'accueil téléphonique a été structurée pour répondre aux besoins d'information et d'écoute téléphonique des femmes, ouverte 7 jours sur 7 de 9h à 22h au 03 22 52 09 52. Enfin, la problématique des enfants témoins de violences conjugales est de plus en plus intégrée dans la réflexion partenariale sur chacun des territoires départementaux.

2/ Suivi psycho-socio-éducatif des hommes auteurs de violences conjugales dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la récidive : les hommes concernés sont pris en charge, soit sur orientation de la justice, soit dans le cadre d'un engagement volontaire pour les responsabiliser sur leur comportement violent, son caractère inadmissible et la souffrance générée pour les victimes.

À ce titre, une action particulière se déroule au sein de la maison d'arrêt d'Amiens au bénéfice des hommes auteurs condamnés ou prévenus pour violences conjugales.

3/ Sensibilisation et formation des acteurs. Cela constitue un axe primordial pour favoriser une prévention efficace des violences et une prise en charge adaptée des femmes victimes. Depuis 2005, près de 1 600 personnes ont été formées sur la région. Le GIP Pour la santé contre les violences en Picardie est un acteur de cette sensibilisation. De même, le nouveau diplôme universitaire Violences, santé et société intègre un module de sensibilisation aux violences faites aux femmes et à la prise en charge des hommes auteurs.

4/ Communication et information en direction des femmes victimes, des hommes auteurs et du grand public. Cela a été renforcées pour lever les tabous, libérer la parole des victimes pour sortir des violences ; responsabiliser chacun sur la vigilance indispensable pour venir en appui aux victimes. De nombreux outils de communication ont été produits dans cet objectif et très largement diffusés.

L'ensemble de ces avancées s'est consolidé dans le cadre d'une organisation partenariale qui associe étroitement de très nombreux acteurs : quarante signataires réunis dans le cadre du protocole départemental de lutte contre les violences faites aux femmes dans le département de la Somme ; six réseaux référents territoriaux dans l'Aisne (Saint-Quentin, Soissons, Laon, Château-Thierry, Bohain et Chauny) et trois protocoles dans l'Oise (autour des parquets de Beauvais, Compiègne et Senlis).

L'ambition de l'État en matière de lutte contre les violences faites aux femmes s'exprimera à nouveau à travers le 3^e plan national pluriannuel 2011-2013, qui sera annoncé courant avril. Il renforce les orientations antérieures rappelées ci-dessus, notamment autour de la santé, et développe de nouvelles dimensions et objectifs de prévention, tels que la lutte contre les violences faites aux femmes en milieu professionnel, la prévention de la prostitution et la lutte contre les mariages forcés. Toutes les bonnes volontés seront à nouveau mobilisées pour poursuivre l'action contre toute forme de violences sexistes à l'encontre des femmes et pour promouvoir une société respectueuse des femmes et de leurs droits.

Nadia CASTAIN
Déléguée régionale
aux droits des femmes et à l'égalité

Fondation Abbé Pierre : un rapport noir

A l'occasion du 16^e rapport de la Fondation Abbé Pierre, une véritable alerte sur l'état du mal-logement en France est lancée : les conséquences de la récession économique, une intervention publique insuffisante, amplifient le caractère dramatique de la question de l'hébergement et du logement.

Le rapport s'articule autour de quatre thèmes : la crise économique et l'extension de l'exclusion par le logement, une France de propriétaires à tout prix, le tableau de bord du mal-logement, une politique de logement ambitieuse et protectrice.

La crise génère de nouvelles fragilités et élargit aux couches moyennes le champ de ceux qui se retrouvent confrontés à des difficultés de logement. Les personnes les plus vulnérables sont en particulier les jeunes mais surtout les femmes seules avec des enfants. Elles étaient 1,5 million à s'adresser au secours catholique en 2009, 2 millions à solliciter le secours populaire, 830 000 aidées par les Restos du cœur. Il faut y ajouter toutes celles qui s'adressent aux centres d'action sociale et autres structures de soutien. Ce rapport souligne l'état d'insécurité permanente, sous un régime de privation.

De nombreuses personnes doivent donc recourir à la « zone grise » du logement (hébergement chez des tiers, squats, baraqués) ; d'autres personnes sont contraintes d'accepter des logements dans un territoire déclassé, dans les fractions les plus anciennes et les plus stigmatisées du parc HLM. Ceci souligne l'incapacité des politiques publiques à apporter des réponses dignes aux laissés pour compte.

Le second chapitre interroge la volonté exprimée par le président de la République d'atteindre 70 % de propriétaires (ils sont 58 % aujourd'hui). Être propriétaire : est-ce un statut qui protège ou un rêve qui piège ? Faire l'impasse sur les conditions d'accessibilité à la propriété et sur les difficultés qu'elle génère serait-elle une position irresponsable ? La Fondation Abbé Pierre ne condamne évidemment pas l'accession à la propriété, mais des conditions d'accès fragilisant les ménages les plus modestes.

Le troisième chapitre avance deux chiffres très inquiétants : 3,6 millions de personnes sont dans une situation aiguë de mal-logement, et plus de 10 millions sont confrontées à la crise du logement.

Cinq indicateurs ont été retenus pour décrire

ce tableau noir : l'absence de logement, les difficultés d'accès, les mauvaises conditions d'habitat, les difficultés de maintien dans le logement...

Le dernier chapitre demande une politique du logement plus juste, ambitieuse et protectrice. Dans un contexte de progression du chômage, de développement du sous emploi, la situation des personnes fragilisées empire.

Le 1^{er} février, journée au cours de laquelle le rapport a été présenté, s'est déroulé en deux temps. Le matin, en présence du ministre, le contexte d'aggravation a été illustré au travers de témoignages, de films et d'éléments statistiques. L'après-midi, des propositions ont été faites avec la participation de collectivités, des associations et de nombreux acteurs du logement.

Le rapport final soumis à seize mois de l'élection présidentielle les propositions élaborées le 1^{er} février et appelle à contribution tous les acteurs du logement sur le site de la FAP.

Le rapport complet est disponible sur le site de la Fondation :

http://www.fondation-abbe-pierre.fr/publications.php?filtre=publication_rml

Séminaires sur les politiques sociales à l'université de Picardie Jules Verne



Depuis trois ans, un séminaire consacré aux politiques sociales est organisé au Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie (Curapp) par un groupe de chercheurs qui anime, conjointement avec le Creai/Irffe, la *Plateforme régionale de recherches sur le travail social, intervention sociale et action sociale*. Le séminaire est ouvert aussi bien aux chercheurs qu'aux professionnels du travail social et se veut un lieu d'échanges sur les enjeux de l'action sociale.

Le précédent séminaire *L'esprit gestionnaire du social*, qui s'est déroulé sur deux années, a initié une réflexion collective sur les politiques sociales, sur l'action sociale et sur les transformations en cours dans le champ ; transformations portées par l'introduction des méthodes gestionnaires et de technologies propres au champ économique (marketing commercial, gestion des ressources humaines, procédures qualité, évaluation, méthodes par projet...) dans des univers traditionnellement structurés par les valeurs du « don », de l'engagement bénévole ou militant. Le nouveau cycle du séminaire, proposé pour l'année 2011, s'intitule *Travail social et formes actuelles de la pauvreté*. Les situations de précarité et de pauvreté redeviennent une préoccupation politique majeure, liée à la fois à l'approfondissement de la crise économique et à la visibilité croissante de ces questions dans l'espace public. Pour autant, les débats politiques et scientifiques ne cessent de poser le problème de la mesure du phénomène multiforme de la pauvreté dont la production d'indicateurs – notamment statistiques – constitue un élément central. Or ces statistiques, n'échouent-elles pas à rendre compte d'une (de) réalité(s) qu'il est devenu difficile de mesurer ? Comme si les transformations actuelles de notre société rendaient en partie illisibles, voire invisibles, une partie de ces phénomènes sociaux.

Le séminaire 2011 revient sur ces problématiques autour de cinq séances.

– vendredi 4 février : *Qui enquête sur la pauvreté ?* avec Numa Murard, Professeur de sociologie à l'université Paris VII-Jussieu.

– vendredi 8 avril : *Les figures de l'usager du travail social ?* avec Philippe Warin, directeur de recherche au CNRS, institut d'études politiques de Grenoble.

– **vendredi 10 juin** : *Les débats médiatico-journalistiques sur la panne de l'ascenseur social* : avec Dominique Merllié, professeur émérite, université de Paris VIII, Vincennes à Saint-Denis.

– **vendredi 21 octobre** : *Vulnérabilité des publics, vulnérabilité de l'action*, avec Bertrand Ravon, professeur de sociologie à l'université de Lyon II.

– **vendredi 9 décembre** : *les formes médiatiques de la pauvreté* : séance en cours d'organisation.

Les séances ont lieu de 14h à 17h au Curapp, Université de Picardie Jules Verne, Pôle cathédrale, UFR de Droit et de science politique.

Signature de la Charte de partenariat de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie

Le 8 avril en fin de matinée, les institutions membres de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie se sont retrouvées pour la cérémonie officielle de signature de la Charte de partenariat. L'observation de la santé, du social et du médico-social se voit ainsi conforté en région grâce à l'adhésion de l'ensemble des acteurs concernés.

Après que la Charte a été signée par une cinquantaine d'institutions sanitaires et sociales de la région, il est revenu aux trois co-présidents du comité de pilotage de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie de parachever la refondation de la *Plateforme*. Michel Delpuech, préfet de la région Picardie, Mireille Tiquet, vice-présidente du conseil régional de Picardie, et Christophe Jacquinet, directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie, ont signé la Charte de partenariat de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie, en présence de Jean-Marie Mars, directeur-adjoint de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Picardie et devant

une forte présence des institutions et associations parties prenantes.

En ouverture, le Dr Joseph Casile, président de l'OR2S, a réaffirmé la continuité évidente, sur le terrain entre la santé et le social. Clôturant l'ensemble des allocutions, Michel Delpuech, préfet de la région Picardie, lui a répondu en insistant sur la nécessité d'asseoir les politiques publiques sur une connaissance fine de la situation des populations, enjeu auquel répond complètement la *Plateforme sani-*

taire et sociale telle qu'elle est constituée en Picardie.

Animée par l'OR2S, elle est composée d'un Comité de pilotage et d'un Groupe projet formé d'une quinzaine de professionnels. Différentes productions font l'objet d'un travail en son sein.



Les structures participantes à la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie

Au titre des services déconcentrés de l'État

Préfecture de région de Picardie, DRJSCS, Rectorat de l'académie d'Amiens, Directe, DIPJJ, Dreal, Draaf, Insee

Au titre des établissements publics administratifs

ARS de Picardie, université de Picardie Jules Verne, InVS (Cire)

Au titre des collectivités territoriales

Conseil régional de Picardie, conseil général de l'Aisne, conseil général de l'Oise, conseil général de la Somme, unions départementales des CCAS de l'Aisne et de la Somme

Au titre des organismes de protection sociale

Caf d'Amiens, Caf de Beauvais, Caf de Creil, Caf de Saint-Quentin, Caf de Soissons, Cnam de l'Aisne, Cnam de l'Oise, Cnam de la Somme, Carsat Nord-Picardie, Urssaf de l'Aisne, Urssaf de l'Oise, Urssaf de la Somme, MSA de Picardie, RSI de Picardie, union régionale de la Mutualité française de Picardie.

Au titre des associations

Creai, Fnars, Uriopss, Uraf, Urapei, Anpaa, Griep, ORST, Oncopie registre des cancers de la Somme, Aisne Préventis, Adcaso, Adema 80, Ireps

À un autre titre

CRSA de Picardie, Ceser de Picardie, Coderpa de l'Aisne, Coderpa de l'Oise, Coderpa de la Somme, MDPH de l'Aisne, MDPH de l'Oise, MDPH de la Somme, Gip Carmée, Réseau picard pour la prévention et l'éducation thérapeutique du patient de Picardie

ILS ONT DIT...

M. Michel Delpuech, préfet de région

“Avec cette Charte nous affirmons notre volonté commune de travailler ensemble, l'État, les collectivités, l'ARS, les acteurs privés et du milieu associatif. On ne peut pas se disperser sur ces sujets, mais on doit faire converger les efforts en partageant l'information, les analyses, les diagnostics.

M. Christophe Jacquinet, directeur général de l'ARS

“Sans le travail collaboratif entre les différents acteurs au sein de la Plateforme et sans la qualité de l'information, sanitaire et médico-sociale, probablement les instances de démocratie sanitaire dans notre région ne fourniraient pas le travail de qualité qu'elles font. On manque d'une observation médico-sociale de qualité (...) et je me réjouis de l'intégration du Creai au sein de cette Plateforme sanitaire et sociale.

M^{me} Mireille Tiquet, vice-présidente du conseil régional de Picardie

“L'intérêt de cette Plateforme est qu'elle est sanitaire et sociale. Nous savons tous qu'il existe de grandes inégalités face à la santé et le facteur social en est le plus souvent la cause. (...) Cette signature de la charte de partenariat de la Plateforme sanitaire et sociale est essentielle car elle est la preuve d'une volonté commune de tous les signataires d'améliorer l'état sanitaire et social des Picards

Ateliers réussite éducative

Lancé en décembre dernier par le conseil régional de Picardie, le plan réussite éducative a pour ambition de conforter la chaîne éducative, de faciliter l'orientation et l'insertion professionnelle des jeunes de favoriser leur ouverture, leur épanouissement et de développer leur engagement citoyen. Il est issu d'une concertation large avec l'État, les collectivités locales, les établissements et écoles d'enseignement supérieur, les organisations représentatives des personnels enseignants, de direction, de santé, d'orientation, de gestion, des agents des lycées, les fédérations de parents d'élèves, les associations...

Cette concertation s'organise autour de trois axes stratégiques : accompagner la scolarité, faciliter l'orientation et l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, soutenir les projets et développer la citoyenneté.

Trois ateliers par axe permettent de réfléchir aux enjeux du dispositif et de suivre la mise en œuvre des actions. Un outil collaboratif dédié aux ateliers réussite éducative permet de contribuer à distance aux ateliers et de suivre l'actualité de la démarche.



Les ARS ont soufflé leur première bougie

Nées le 1^{er} avril 2010, les agences régionales de santé ont été créées par la loi portant réforme de l'Hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la Santé, a rappelé dans son discours à l'Assemblée nationale du 31 mars, à l'occasion d'un débat sur la loi HPST, que l'ARS permet d'avoir une vision d'ensemble du système de santé. Elle a souligné que les ARS « vont pouvoir remédier à ce danger de désertification médicale (...) et à la difficulté d'accès aux soins rencontrés par certains de nos concitoyens : en proposant de créer avec les médecins, notamment dans les zones sous-denses, des maisons de soins pluridisciplinaires. » Elle a par ailleurs annoncé la création du fonds d'intervention régional (Fir) pour 2012.



Les URPS sont en ordre de marche



Instaurée par la loi HPST, les unions des professionnels de santé se sont progressivement installées dans la région. Les cinq premières : médecins, pharmaciens, infirmiers, chirurgiens dentistes, masseurs kinésithérapeutes, ont élu leur bureau au cours du mois de mars 2011.

D'autres URPS devraient voir le jour dans les prochains mois. Ces nouvelles structures vont permettre à l'ARS de Picardie d'avoir, dans le domaine des soins ambulatoires, des interlocuteurs légitimes, capables d'engager les professionnels de terrain, que ce soient dans des actions de prévention, de promotion de la qualité des soins ou d'organisation des soins.

URPS Médecin : José Cuvechal (Président)
 URPS infirmiers : Marie-Odile Guillon (Président)
 URPS masseurs kinésithérapeutes Sylvie Desaleux (Présidente)
 URPS pharmaciens : Jean-Marc Yzerman (Président)
 URPS Chirurgiens dentistes : Bernard Duchaussois (Président)

Les ARS et la politique de la ville

Un colloque organisé en mars par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et l'Igas a été consacré à l'élaboration des contrats locaux de santé (CLS) prévus par la loi HPST du 21 juillet 2009. Cette loi prévoit la signature par les ARS et les collectivités locales de contrats sur les politiques de santé dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Hervé Masurel, secrétaire général du Comité interministériel des villes, a souligné la nécessité d'articuler les volets santé des Cucs avec les CLS, et de rapprocher la territorialisation de la politique de la ville avec celle souhaitée par les ARS. Les Ateliers santé ville (ASV) pourraient servir de dispositif de coordination des futurs CLS en cas de convergence sur le choix des territoires prioritaires de projets.



Défenseur des droits : une institution pour quatre

La loi instituant le Défenseur des droits a été promulguée le 29 mars 2011. Les attributions du Défenseur des droits reprennent celles du Médiateur de la République, du Défenseur des enfants, celles de la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS) ainsi que de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde). En matière de déontologie de la sécurité, en matière de protection de l'enfance et en matière de lutte contre les discriminations, il sera assisté de collèges spécialisés. Le Défenseur des droits sera nommé par décret pris en Conseil des ministres.

Le Défenseur des droits pourra être saisi par toute personne s'estimant lésée par le fonctionnement d'une administration ou d'un service public. Il pourra également s'intéresser aux agissements des personnes privées en matière de protection de l'enfance et de déontologie de la sécurité. Il peut être saisi de toutes les discriminations, directes ou indirectes, prohibées par la loi ou par un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France. La saisine du Défenseur des droits sera gratuite.

Le Défenseur des droits disposera de "larges pouvoirs d'investigation", il pourra être entendu par toute juridiction, saisir le Conseil d'État d'une demande d'avis sur des textes pour trancher entre des interprétations divergentes, proposer une transaction et, si ses recommandations restent sans effet, prononcer une injonction.



HALDE

Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité



SOS Violence En Privé

Entretien avec Ophélie Descamps, directrice

L'association « SOS Violences En Privé » a pour objectif principal la réflexion et l'action sur les violences conjugales et familiales, à travers l'accompagnement et le soutien des victimes, l'accompagnement des auteurs de violence, la formation des professionnels, la sensibilisation du grand public et les actions de prévention.

Plateforme sanitaire et sociale : Ophélie Descamps, pouvez-vous nous rappeler comment est née l'association SOS Violences En Privé ?

Ophélie Descamps : C'est en 1988, sous l'égide de Femmes en mouvement et de l'association AGENA, qu'est né un premier collectif que nous avons appelé *Agir contre les violences faites aux femmes*. Puis en 1993, à la demande des partenaires financiers, ce collectif s'est transformé en une association, *SOS Violences femmes*.

En 1998, cette association a été dissoute. L'association *SOS Violences En Privé* s'est alors créée le 1^{er} juin 1998 et a élargi son champ d'activité par rapport à *SOS Violences femmes*. La nouvelle association a mis en exergue la nécessité de prendre en compte les auteurs. Dès 1996, *SOS Violences femmes* avait essayé d'aborder ce sujet.

Plateforme sanitaire et sociale : Quelle est l'action prioritaire de SOS Violences En Privé ?

Ophélie Descamps : L'action prioritaire de notre association est de piloter le dispositif de téléphonie sociale *Antenne téléphonique anonyme*. Écouter et savoir écouter est en effet très important dans le cas de femmes victimes de violence. Grâce à ce dispositif, nous pouvons faire ressortir quelques indicateurs portant sur le nombre d'appels reçus émanant de femmes victimes de violence ou de professionnels. Nous avons aussi des données sur les observations réalisées, les informations données ou encore les orientations proposées. Malgré la qualité du travail fait et la nature des informations données, le manque de financement nous a contraints à réduire les plages horaires d'écoute de nuit. Mais jusqu'à

présent, nous avons réussi à maintenir l'antenne ouverte sept jours sur sept.

Plateforme sanitaire et sociale : Quelles sont les autres actions que vous développez au sein de SOS Violences En Privé ?

Ophélie Descamps : Parmi les autres actions, nous voulons offrir un espace rencontre individuel et collectif pour les femmes victimes de violence. Nous proposons aussi un accompagnement des auteurs de violence sous main de justice. Enfin, nous sommes centre de formation pour les professionnels et les bénévoles confrontés à la prise en compte des femmes victimes de violence.

L'espace rencontre est un lieu d'échange et de groupe de parole entre pairs, parce que cela nous paraît important que les femmes puissent parler entre elles des violences qu'elles ont pu subir. C'est aussi une forme d'entraide.

Enfin, dès 2003, notre association a reçu une habilitation comme centre de formation, afin de qualifier les étudiants et les professionnels des secteurs social, médico-social et de la justice. Ce centre intervient également en prévention par des interventions dans les milieux scolaires et périscolaires.

Malgré un partenariat associatif, environnemental, institutionnel et des collectivités intéressées, *SOS Violences En Privé* manque de financements et reste très fragile. Sortir de la mendicité, je pèse mes mots, est l'objectif que nous voulons atteindre. Nous voudrions aussi sortir de la mosaïque de financements qui est notre quotidien. Nous avons aujourd'hui une bonne vingtaine de sources de financements.



Chaque financeur ayant ses propres objectifs, la question de la cohérence de nos actions se pose avec une acuité toute particulière.

Ce que l'on nous demande aujourd'hui c'est de faire mieux avec moins. Objectivement, nous avons 5 % de ressources en moins, mais 15 % d'appels en plus. Ce principe de faire mieux avec moins de moyens limite nécessairement notre action. Mais nous ne baisserons pas les bras et tenons à revendiquer nos valeurs associatives pour le respect des droits de l'Homme.

Plateforme sanitaire et sociale : Selon vous, en regardant les dernières données collectées, quel est votre message essentiel ?

Ophélie Descamps : Nous tenons à saluer les soutiens de la Préfecture et de la Ville d'Amiens, de la justice, du conseil régional et du conseil général.

En 2008, en France, quelque 156 femmes sont décédées sous les coups de leur conjoint ou ex-conjoint, soit un décès tous les deux jours et demi. Au total, 675 000 femmes ont été victimes de violences lors des deux dernières années, soit de leur compagnon, soit d'un autre membre de la famille.

En 2010, la lutte contre les violences faites aux femmes a été proclamée Grande Cause Nationale. Pourtant, aujourd'hui nous restons dans une inquiétude structurelle et nous interpellons l'ensemble des politiques locales afin de mener à bien notre mission : accompagner les professionnels, les victimes, les témoins et les auteurs. À quand la convention d'objectifs et de moyens qui permettra de consolider ces actions vitales et reconnues par tous ?

Propos recueillis par **Aline OSMAN-ROGELET**

2004	2005	2006	2007	2008	2009	Projection 2010	Cumul
Nombre d'appels sur l'antenne d'écoute téléphonique							
499	976	1 448	1 419	1 364	1 340	1 600	8 646
Nombre de victimes prises en charge							
31	58	150	118	105	125	135	722
Nombre d'auteurs pris en charge							
57	96	150	224	261	251	300	1 543

Portrait des jeunes de l'Oise

Les jeunes constituent une cible privilégiée des politiques départementales, qu'il s'agisse de l'éducation et du projet éducatif du conseil général, de la santé, de la mobilité... Pour piloter ces politiques, le département a besoin de disposer d'informations et de croiser des données, aidant à la décision politique et stratégique. Il a choisi de s'appuyer sur des systèmes d'information et des acteurs clés. La collaboration engagée avec l'Insee s'est concrétisée par une étude sur les étapes sociales et professionnelles de l'entrée des jeunes dans la vie adulte.

Animé par la volonté d'agir en profondeur pour l'éducation et la jeunesse isarienne, le département de l'Oise s'est engagé depuis 2004 dans des projets innovants et de proximité pour lui offrir les meilleures chances de réussite professionnelle, sociale et personnelle. Ces projets sont également nés des constats et indicateurs particulièrement significatifs recueillis sur la situation de la jeunesse de l'Oise qui lui ont permis de construire une politique ambitieuse et tournée vers l'avenir.

Les exigences d'une permanente adaptation des projets départementaux à ce public spécifique et l'enjeu qu'il représente en tant que richesse du département, nécessitent d'améliorer en permanence les informations disponibles sur cette catégorie d'Isariens. Le conseil général a fait le choix de renforcer sa collaboration avec l'OR2S et l'Insee pour échanger des données et ainsi même améliorer la pertinence de l'information. Le partenariat engagé avec l'OR2S sur le traitement de l'enquête *Baromètre santé jeune* réalisée à l'échelle régionale et menée de façon spécifique sur le territoire de l'Oise par l'achat d'un échantillon supplémentaire permettra aux services départementaux d'établir d'ici la fin 2011 un diagnostic précis et nuancé en matière de santé des jeunes de 15 à 34 ans. D'autres thématiques seront explorées, la scolarité, l'emploi, les conditions de vie... permettant au département de continuer à faire de la jeunesse sa priorité d'action à partir du recueil scientifique de ses besoins.

D'ores et déjà, la collaboration avec l'Insee s'est concrétisée par la publication en décembre 2010 d'un numéro d'Insee Picardie Analyse centré sur les étapes d'entrée des jeunes dans la vie adulte.

Ainsi, un peu plus de 150 000 jeunes de 15 à 29 ans vivent dans l'Oise en 2007. Si les migrations et la fécondité se maintiennent à leur niveau actuel, leur nombre devrait rester stable d'ici 2030. Toutefois, avec le vieillissement général de la population, leur part dans la population des 15 ans ou plus diminuerait un peu, passant de 24 % en 2007 à 22 % en 2030.

À 19 ans, la moitié des jeunes de l'Oise a arrêté ses études

La première étape d'entrée dans la vie adulte est la fin des études. Jusqu'à l'âge de 17 ans, la quasi totalité des jeunes de l'Oise comme des jeunes français sont élèves ou étudiants. À 19 ans, la moitié des jeunes résidant dans l'Oise ne fait plus d'études, c'est un an plus tôt que dans le département de la Somme ou en France métropolitaine. Seulement 31 % des jeunes de l'Oise âgés de 18 à 24 ans poursuivent des études contre 42 % des jeunes français.

Âges médians aux principales étapes de l'entrée dans la vie d'adulte

Âge médian où la moitié des jeunes :						
	a arrêté ses études	a un emploi	a quitté le domicile parental	a un emploi stable	a créé sa propre famille	vit avec un ou des enfants
Oise	18,9	20,8	22,4	23,6	24,6	29,1
Picardie	19,3	21,3	21,8	24,3	24,4	28,7
France de province	19,9	21,4	20,8	24,4	25,0	29,5
France métropolitaine	20,0	21,4	21,1	24,3	25,4	30,0

Une partie de cet écart tient au fait que de nombreux jeunes quittent le département pour étudier, le plus souvent pour le département de la Somme ou la région Île-de-France. Ceux qui restent sont donc proportionnellement moins nombreux à continuer leurs études. Indépendamment de l'impact de ces départs, les jeunes de l'Oise effectuent des études plus courtes qu'en moyenne. En conséquence, leur niveau de formation est inférieur à la moyenne nationale : les jeunes de 15 à 29 ans ayant achevé leurs études sont 20 % à ne pas avoir de diplôme contre 15 % en France de Province.

Les difficultés d'accès des jeunes à l'emploi

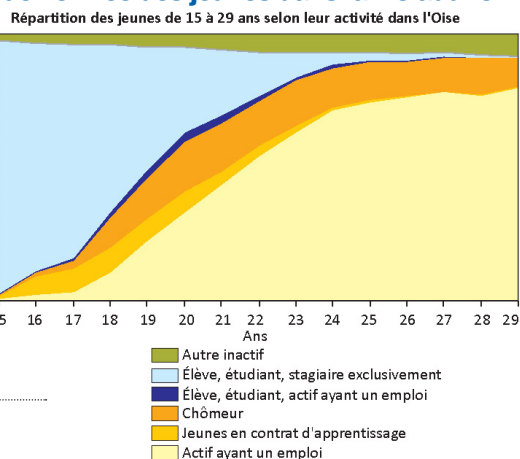
Cet arrêt prématuré des études pénalise l'accès à l'emploi. Un jeune de l'Oise met en effet plus de temps à obtenir un emploi, après la fin de ses études, qu'en moyenne : dans l'Oise, il faut compter un an et neuf mois entre le moment où la moitié des jeunes s'est portée sur le marché du travail et celui où la moitié des jeunes a acquis un emploi, soit cinq mois de plus que les jeunes français. Trois ans en moyenne s'écoulent ensuite entre l'acquisition d'un premier emploi et celle d'un emploi stable, durée identique sur l'ensemble de la France métropolitaine.

Parmi les jeunes actifs de l'Oise de 20 à 24 ans, la part de chômeurs atteint 22,5 % contre 20,6 % chez les jeunes français de métropole. Les jeunes sans diplôme sont les plus pénalisés sur le marché du travail : dans l'Oise, 31 % des jeunes chômeurs de 18 à 24 ans n'ont aucun diplôme contre 25 % des autres provinciaux. Ce taux atteint 35 % dans le territoire de Creil-Clermont, particulièrement touché par le chômage des jeunes.

Les jeunes de l'Oise quittent plus tardivement le domicile parental

Le choix du domaine d'études joue aussi un rôle important en début de vie active. Certaines spécialités dans la voie professionnelle permettent une meilleure insertion sur le marché du travail et de meilleures conditions de travail que d'autres. Ainsi, une étude nationale cite comme exemple un risque bien plus élevé d'être au chômage pour un détenteur d'un CAP ou BEP de secrétariat que pour un possesseur d'un CAP-BEP de mécanique. L'orientation des jeunes est donc cruciale d'autant que l'Oise dispose d'une gamme de formations

professionnelles variées, allant du CAP-BEP au DUT-BTS, et bien réparties sur son territoire. Ces difficultés d'accès à l'emploi, spécifiques aux jeunes de l'Oise, expliquent en



partie des départs plus tardifs du domicile parental. Dans l'Oise, l'âge médian de départ de chez les parents dépasse la moyenne nationale d'un an et 3 mois : respectivement 22,4 ans et 21,1 ans.

Cette autonomie plus tardive du domicile parental s'explique aussi par les caractéristiques du parc de logement. En contrepartie du parc important de maisons individuelles, l'Oise dispose d'un habitat collectif moins développé qu'en France de province, d'une part de studios plus faible, et des logements de grande surface plus nombreux. Le parc social est en revanche plus important que dans le reste de la Picardie ou qu'en France de province.

Les jeunes de l'Oise fondent une famille et ont des enfants plus tôt que les jeunes français

Bien qu'ils quittent le domicile parental plus tard, les jeunes de l'Oise fondent une famille et ont des enfants plus tôt que les jeunes français. Un peu plus de deux ans séparent l'âge médian du départ de chez les parents de celui de la création d'une famille, ce qui est plus rapide qu'au niveau national. Ainsi, c'est à 24,6 ans que la moitié des jeunes de l'Oise a constitué une famille, soit neuf mois plus tôt qu'au niveau national.

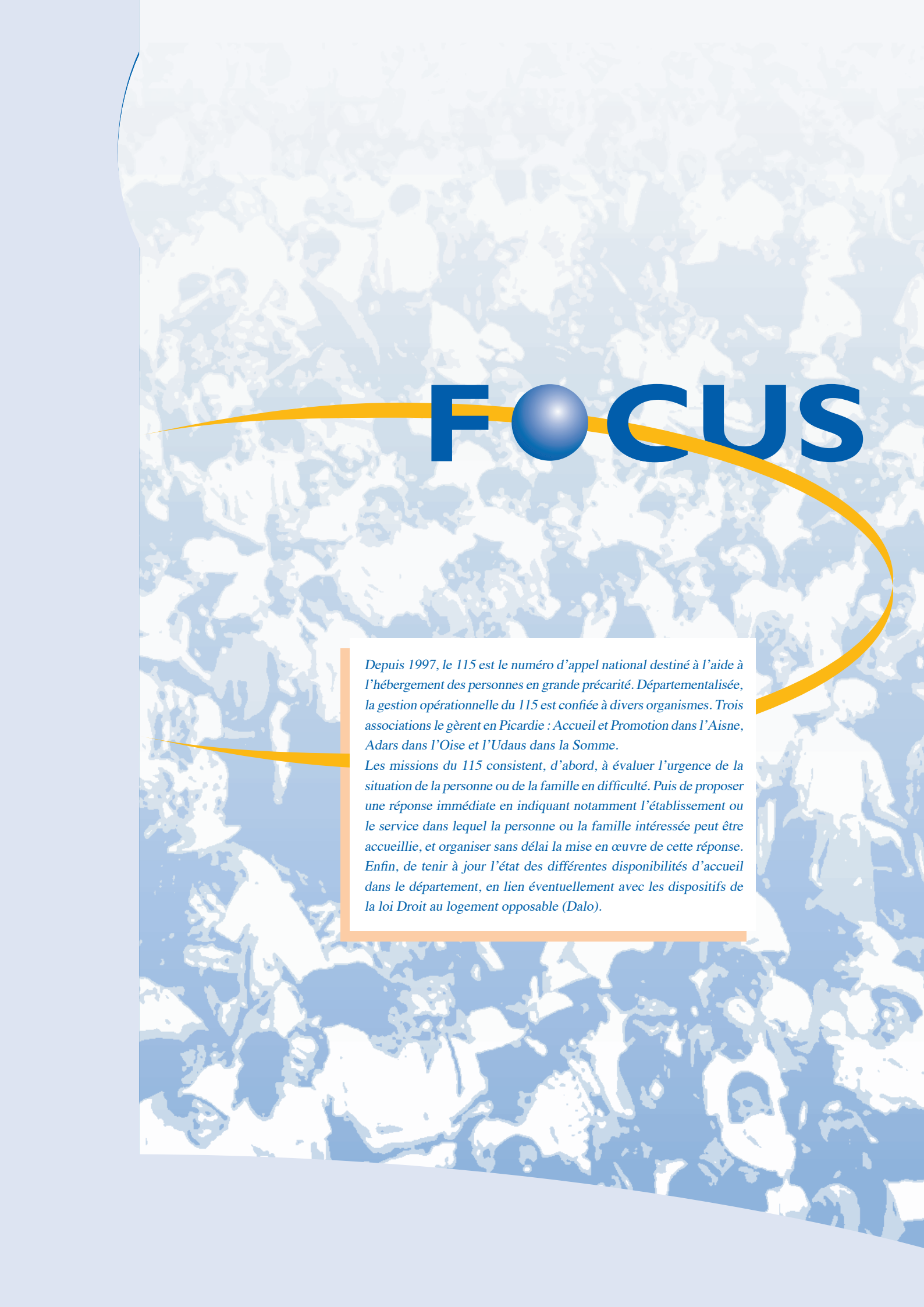
La naissance d'un enfant est la dernière étape : dans l'Oise, la moitié des garçons a un enfant à un peu plus de 30 ans et la moitié des filles à 27 ans, près d'un an plus tôt qu'en moyenne nationale. La proportion des jeunes parents qui ont entre 25 et 29 ans est donc également plus forte : elle s'élève à 37 % dans l'Oise, nettement au-dessus du niveau national (31 %).

Dans l'Oise, 1,1 % des adolescentes de 15 à 19 ans ont un ou des enfants. C'est un peu plus qu'en moyenne nationale (0,8 %), moins que dans l'Aisne (1,9 %) ou dans la Somme (1,3 %). Les jeunes filles de 18 à 24 ans sont 2,8 % à élever seules leur(s) enfant(s) dans l'Oise contre 2,2 % en France métropolitaine. Les familles monoparentales sont peu fréquentes chez les jeunes : ce n'est que plus tard que les séparations de couples surviennent.

Anne EVRARD
Insee Picardie

Observatoire départemental
Conseil général de l'Oise

La publication et le rapport d'étude complet sont disponibles sur le site www.insee.fr/picardie/espace «Les publications» Anne Evrard. Portrait des jeunes de l'Oise, *Insee Picardie Analyses* n°50, décembre 2010.



FOCUS

Depuis 1997, le 115 est le numéro d'appel national destiné à l'aide à l'hébergement des personnes en grande précarité. Départementalisée, la gestion opérationnelle du 115 est confiée à divers organismes. Trois associations le gèrent en Picardie : Accueil et Promotion dans l'Aisne, Adars dans l'Oise et l'Udaus dans la Somme.

Les missions du 115 consistent, d'abord, à évaluer l'urgence de la situation de la personne ou de la famille en difficulté. Puis de proposer une réponse immédiate en indiquant notamment l'établissement ou le service dans lequel la personne ou la famille intéressée peut être accueillie, et organiser sans délai la mise en œuvre de cette réponse. Enfin, de tenir à jour l'état des différentes disponibilités d'accueil dans le département, en lien éventuellement avec les dispositifs de la loi Droit au logement opposable (Dalo).

En 2010, le 115 est géré par l'association Accueil et Promotion (A&P) dans l'Aisne, par l'Association d'accueil et de réinsertion sociale (Adars) dans l'Oise et par l'union départementale des accueils d'urgence sociale (Udaus) dans la Somme. L'ensemble des données des trois départements sont extraites des rapports d'activité, en préparation pour 2010, et des résultats des rapports 2009. Des éléments complémentaires seront disponibles dans quelques mois.

Au 1^{er} janvier 2007, la Picardie compte près de deux millions d'habitants pour une densité de 98,0 personnes par km². L'Oise est le département rassemblant le plus grand nombre de Picards (42 %), devant la Somme (30 %) et l'Aisne (28 %). L'Oise a une densité de population (135,9 h/km²) supérieure au niveau national (113,6) ; elle est de 91,7 h/km² dans la Somme, tandis que l'Aisne est le moins dense des départements picards (73,0 h/km²). Au niveau cantonal, les densités s'échelonnent de 20,6 h/km² dans le canton d'Aubenton à 2 528,7 h/km² dans le canton de Creil - Nogent-sur-Oise. La proximité géographique du Sud de l'Oise et de l'Aisne avec l'Île-de-France favorise le passage de Franciliens habitués aux zones urbaines à forte densité de population vers la terre picarde moins dense et plus rurale.

Une augmentation sensible des demandes

Ces données sont essentielles pour saisir dans quel contexte les appelants du « 115 » demandent un hébergement, une orientation ou un logement. Face à des lieux presque déserts ou à la croissance explosive, la question se pose d'inventer les réponses pour accueillir avec cohérence et dignité les personnes à la rue.

Ainsi, dans les trois départements, on assiste à une augmentation de ces demandes. Les hommes seuls sans enfant restent majoritaires, cependant la demande d'accueil de ménages avec enfants est en augmentation. Les raisons de ces appels restent principalement les ruptures familiales ou amicales, les violences conjugales ou familiales et les ruptures avec le pays d'origine. Le nombre de femmes avec enfant(s) se trouvant sans domicile augmente ces dernières années. Les 115 de Picardie annoncent aussi un rajeunissement de cette population.

Dépourvus de papiers, les étrangers en situation administrative précaire sont de plus en plus nombreux. Ils arrivent le plus souvent avec des souffrances psychiques ou autres traumatismes, et ne connaissent pas les aides possibles. Globalement, ces détresses se confirment à la lecture d'enquêtes sociologiques, quantitatives et qualitatives, comme



le montre par exemple l'enquête *Ruptures et détresses sociales* menée auprès de 1 160 personnes exclues, réalisée par Serge Paugam et Mireille Cléménçon.

La difficulté d'accès aux soins renforce l'exclusion. Il faut souligner la prédominance de troubles mentaux. Plusieurs ne souhaitent pas se soigner car, pour certaines familles, la santé passe toujours après le logement et la nourriture alors même que les retards dans les soins entraînent souvent une aggravation de la pathologie.

Des soutiens psychologiques

Dans l'Oise, des familles bénéficient d'un soutien psychologique, d'autres d'un soutien à la parentalité, d'entretiens avec des enfants ou d'entretiens individuels avec la mère ou avec l'enfant. Ce soutien très régulier permet d'étayer les relations avec différentes institutions : école, justice, service de l'aide sociale à l'enfance (Ase), de la protection maternelle et infantile (PMI), de l'aide éducative en milieu ouvert (AEMO), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP). Dans la Somme, une équipe mobile s'est mise en place dès 2005, conformément à la circulaire de novembre 2005, en lien avec l'hôpital Philippe Pinel. Une psychologue en poste à l'Udaus poursuit le triple objectif d'intervenir auprès des personnes en situation de précarité, d'aller au devant de ces publics et de soutenir les intervenants de première ligne. Elle facilite les échanges de savoirs et de pratiques, évalue, et oriente vers des prises en charge adaptées. Cette équipe mobile psychiatrique de prévention et d'accès au soin (Empass)

constitue un dispositif interinstitutionnel novateur, articulant la santé et le social.

La situation départementale

L'utilisation dans les départements des centres 115 est globalement similaire même s'il existe quelques particularités.

Ainsi, l'Aisne se caractérise par un réseau de villes de taille moyenne avec une grande partie de la population répartie dans les zones rurales. Au cours de l'année 2009, le 115 de l'Aisne a reçu 3 744 demandes d'hébergement ou d'orientation. En 2010, 3 811 appels ont été recensés, dont 78 % effectués par les personnes elles-mêmes. Les travailleurs sociaux, les services publics et les particuliers forment dans l'ordre décroissant le reste des appels. Dans ce département, le 115 est connu des personnes en difficulté par le bouche à oreille. En 2010, 64 % des appels ont émané d'hommes isolés et 14 % de femmes isolées, 9 % de couples avec enfants et 6 % de couples sans enfant. Les femmes célibataires avec enfants représentent 7 % de la population appelante tandis que les hommes célibataires avec enfants sont très peu nombreux (0,6 %). Malgré une évolution des types de demandes depuis quelques années, les hommes seuls sont toujours et de loin les plus nombreux à faire appel au 115. L'âge moyen des hommes isolés est de moins de 40 ans, celui des ménages avec enfants se situe entre 26 et 40 ans. Les demandes d'hébergement sont les plus fréquentes à Laon (37 % en 2010), puis à Saint-Quentin (27 %) et Soissons (21 %).

Château-Thierry (8 %) et Vervins (5) sont assez loin derrière.

Les difficultés rencontrées par les usagers du 115 sont de plusieurs types. On note ainsi l'absence de ressources ou des revenus faibles ne permettant pas d'accéder à un logement de droit commun, des problèmes de souffrance psychique ou de pathologie psychiatrique ainsi que des problèmes d'addiction. Ces problématiques de santé mentale ne facilitent pas un hébergement en collectif. Le public particulier des femmes victimes de violences conjugales nécessite une réponse adaptée tant pour le lieu d'hébergement que pour les soins, pour elles-mêmes et leurs enfants.

La création d'une plateforme régionale d'accueil pour demandeurs d'asile dans l'Oise en juin 2008 a provoqué une baisse de la demande dans l'Aisne. Ce public confronté à de multiples traumatismes nécessite des soins et une attention particulière.

Dans l'Oise en 2010, l'Adars a enregistré 5 505 situations dont 1 053 de demandeurs d'asile, soit un tiers des demandes. En 2009, les femmes avec enfants représentent 1 758 demandes dont 1 021 avec enfants de moins de 3 ans, et 737 plus de 3 ans. En 2010, les femmes avec enfants sont plus de la moitié moindres (647). De la même manière, 812 couples avec enfants étaient recensés, dont 325 avec enfants de moins de 3 ans et 487 avec enfants de plus de 3 ans. Ils ne sont plus que 209 en 2010. Les personnes en difficulté sont celles qui appellent le plus le 115 (75 % des appels).

Les lieux d'appel des ménages viennent en premier lieu du Beauvaisis (41 %), du bassin Creillois (21 %) et du Compiégnois... Le

nombre d'appels du Beauvaisis a doublé de 2008 à 2009.

Parmi les motifs d'appel, la demande d'asile et les violences

En 2009, une augmentation significative des appels émanant de femmes de 18-25 ans et des hommes de 26-35 ans a été enregistrée. Elle est liée à l'ouverture de la plateforme régionale d'accueil de la demande d'asile dans le département. Congolaise, Nigériane et Kosovarde sont les nationalités les plus représentées en 2010. Les familles africaines sont souvent monoparentales alors que les familles venant de l'est de l'Europe sont en couple. En 2011, 240 personnes sont logées en hôtel, quasiment uniquement des demandeurs d'asile.

Les premiers motifs d'exclusion la demande d'asile, les crises conjugales ou familiales (avec violences) ainsi que la fin de l'hébergement chez des amis. Enfin, les personnes sans ressources sont en augmentation. Elles représentaient 30 % des situations en 2009, 36 % en 2010.

L'union départementale d'accueil d'urgence de la Somme a reçu, en 2009, 6 809 sollicitations, soit par le 115, le numéro fixe de l'association ou par l'accueil dans ses locaux. Comme dans les autres départements, c'est l'utilisateur lui-même qui appelle ou qui se présente (75 %). Pour ce département, 65 % des personnes sont dans des ménages, dont 61 % avec enfants. Les femmes isolées forment 23 % de la population, dont près de

la moitié avec des enfants (et 17 femmes sont enceintes). Les hommes isolés représentent 34 % des personnes (dont 12 ont des enfants). En 2010, le nombre de demandeurs s'élève à 2 224. On dénombre 661 femmes accueillies, dont 234 sont isolées avec enfants, 74 ont un ou plusieurs enfants âgés de moins de 3 ans, et 160 femmes ont des enfants de plus de 3 ans. En 2009, plus d'un quart des demandeurs a moins de 25 ans, les deux tiers entre 25 et 44 ans. En 2010, on note un rajeunissement de la demande de femmes, accompagnées ou non d'enfants. Les raisons principales des demandes sont les actes de violence (21,0 %), les ruptures familiales (11,0 %), conjugales (9,5 %) ou les ruptures de solidarité (13,5 %). Le départ du pays d'origine représente 8 % des situations. Les demandes d'asile concernent depuis la mi-2010 une population essentiellement géorgienne ou arménienne. Sur 661 situations renseignées, la moitié concerne Amiens Métropole, 5 % un département limitrophe, 11,0 % un autre département et 11,0 % un autre pays.

Aline OSMAN-ROGELET

Bilan Dalo

Motifs des recours 2008-2010, Somme

	Logement	
Dépourvu(e) de logement	238	33,8 %
Menacé(e) d'expulsion sans relogement	157	22,3 %
Hébergé(e) dans une structure d'hébergement	133	18,9 %
Logé(e) dans des locaux impropres à l'habitation	20	2,8 %
Personne handicapée ou avec mineur dans logement suroccupé	115	16,3 %
Délai anormalement long	41	5,8 %

L'année 2010 présente la particularité de la refondation nationale de l'organisation de l'ensemble des dispositifs d'accueil, d'hébergement, de relogement, d'accès aux soins et d'insertion. Intitulée Service intégré de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation des personnes sans abri (SIAO) (Cf. *Plateforme* n° 9, novembre 2010), cette refondation a également pour objet :

- d'assurer un maillage territorial par les équipes mobiles ;
- de mettre en place un référent personnel pour chaque parcours ;
- d'améliorer les processus d'admission ;
- de mettre en place un outil informatique commun à tous les territoires pour recenser les demandes et offres d'hébergement.

En Picardie, chaque département a mis en place, de manière différente, le SIAO. Dans la Somme, l'Udaus est resté coordinateur de l'ensemble des acteurs, dans l'Aisne, une convention est passée entre l'A&P et l'Aftam ; dans l'Oise, un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) a été mis en place autour de trois collèges : hébergement, veille sociale, logement d'insertion.

Exclusion sociale, santé et logement

Au même titre que les relations qui unissent l'exclusion au chômage ou l'exclusion à la pauvreté, la corrélation entre exclusion et logement est l'une des plus marquées, notamment lorsqu'il s'agit de familles isolées avec enfants.

En matière d'accès aux soins, la demande des intervenants auprès des personnes exclues est simple : obtenir dans un premier temps, une égalité du droit à la santé, dans un second temps, un accès aux soins, dans un troisième temps une équité de soins.

Si cette égalité du droit est souvent transcrite dans des dispositions légales, elle reste un objectif exigeant et complexe à atteindre pour des raisons de domiciliation, d'autorisation de séjour, ou d'affiliation à la sécurité sociale, mais aussi pour des raisons liées aux personnes elles mêmes. Ceux qui vivent dans la rue sont confrontés à des besoins de survie : se nourrir, se vêtir, se soigner, se laver, se reposer, et bien sûr s'abriter. Urgences médicales et urgences sociales s'entremêlent ; certaines souffrances restent muettes, faute de mots pour dire l'insoutenable. La pluralité des situations et la diversité des personnes nécessitent une professionnalisation et une coordination des acteurs de l'urgence ainsi qu'une mutualisation des connaissances face aux appels plus nombreux et plus divers.

Pour toutes ces raisons, les conditions de prise en charge des personnes sans logement reposent sur la création de ce que l'on nomme les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) ; leur fonction est de coordonner les acteurs mul-

tiples qui interviennent dans ce champ. Comme les maraudes, les services mobiles, le 115, les centres d'hébergement, les accueils de jour et les différents modes d'accès au logement et d'accès aux soins, tout en réaffirmant l'accueil inconditionnel.

Les enfants sont des victimes collatérales du mal logement.

Le mal-logement subi par les enfants se retrouve dans deux situations majoritaires en Picardie : l'hébergement des familles chez des tiers ou à l'hôtel et l'hébergement dans des structures d'hébergement collectif. Parfois les familles sont logées dans des logements de taille correcte, mais pour une durée limitée. On estimait en 2005 à 14 000 le nombre d'enfants dans cette situation, dont une moitié environ de moins de 6 ans. Il faut ajouter les enfants vivant en centre maternel. Il va sans dire que les conditions de vie pour ces enfants sont difficiles : périodes d'errance, hébergement précaire, exigü, collectif, changements d'école ou de lieu de garde.

Les familles monoparentales accueillies dans ces centres ont des difficultés pour se loger, elles disposent de faibles ressources.

Dans la mise en place des SIAO, un rapprochement est prévu entre les demandes récentes et le passage par le dispositif Dalo (droit au logement opposable).

Des commissions territoriales sont programmées dans les trois territoires de la Somme, afin d'avoir une proximité dans le traitement des demandes d'accès au logement. Des personnes des SIAO sont membres de ces instances au plus près des populations des centres d'urgence et d'hébergement. Cette dynamique, à dimension interministérielle, permet de renforcer la mobilisation en faveur du secteur de lutte contre l'exclusion.

Le bilan Dalo 2008-2010 pour la Somme recense le nombre et les motifs de recours en matière de logement et d'hébergement, l'origine géographique des requérants ainsi que les décisions favorables et les rejets.

En 2011, la mise en place du nouveau dispositif SIAO en lien avec le Dalo apportera davantage de transparence et permettra une réponse optimisée au mal logement.

Aline OSMAN-ROGELET

Droits des femmes et égalité

L'engagement de l'État en faveur de la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes s'exprime à travers une politique publique clairement identifiée. Elle est dotée d'un budget de programme et d'un personnel dédié. Ce dernier est constitué du service central des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes, placé sous l'autorité de madame la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale (et par délégation, auprès de la direction générale de la cohésion sociale). Dans chaque région, les délégations régionales aux droits des femmes et à l'égalité sont installées, sous l'autorité du préfet de région, au sein des secrétariats généraux des affaires régionales (Sgar) au titre de leur mission interministérielle. Enfin, les chargées de missions départementales sont localisées dans les directions départementales de la cohésion sociale. Les missions du service des droits des femmes

se déclinent autour de trois axes prioritaires, qui tendent à résorber les inégalités existantes.

1/ L'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie professionnelle et économique bien que la place des femmes sur le marché du travail soit en progression constante. Cependant, elles rencontrent de nombreuses difficultés : une orientation stéréotypée qui les exclut de nombreux secteurs d'activité, des inégalités salariales, un accès moins favorable à la formation professionnelle continue et une promotion vers les postes à responsabilité largement inférieure à celle des hommes.

2/ L'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie politique et sociale : l'activité sociale en France est largement portée par les femmes à travers la vie familiale, la vie associative, culturelle et sportive, qui contribuent largement à la cohésion sociale et à la gestion territoriale et locale. Pour autant, les femmes sont moins visibles et moins reconnues pour

leur engagement sociétal que les hommes dans de très nombreux domaines.

3/ Accès aux droits et lutte contre toutes les violences faites aux femmes : malgré les progrès enregistrés, notre société exprime encore de la violence à l'encontre des femmes : c'est le cas dans le cadre familial (violences conjugales, violences contre des ascendantes ou descendantes, mariages forcés, etc.), violences physiques et sexuelles dans l'espace public ou encore les violences et le harcèlement dans l'exercice de l'activité professionnelle.

La délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité mène des actions sur l'ensemble de ces problématiques qui entraînent le principe d'égalité entre les femmes et les hommes, prévu par les textes européens et nationaux, qui tardent cependant à trouver une expression concrète dans la vie quotidienne des femmes. L'action régionale est menée en partenariat avec de très nombreux acteurs, branches professionnelles, partenaires sociaux, entreprises, collectivités locales et territoriales, institutions publiques ou privées et réseaux associatifs avec les services de l'État (Travail, Éducation nationale, Justice, Santé, Sécurité, etc.)

Statiss 2010

Les statistiques dans les domaines du social et de la santé sont particulièrement nombreuses. Parmi celles-ci, **Statiss** (statistiques et indicateurs de la santé et du social), alimentée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

La Drees a pour mission de concevoir l'appareil statistique et d'assurer la collecte, l'exploitation et la diffusion des statistiques.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Elle fait partie du service statistique public. Sa mission est de fournir aux décideurs publics, aux responsables économiques et sociaux mais aussi aux citoyens des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

La base de données de la chaîne Statiss est gérée par la Drees et permet de réaliser le *Mémento des régions françaises* et d'alimenter le service internet du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Ce service offre la synthèse des *Mémentos* de l'ensemble des régions et propose toutes les comparaisons avec les données France.

À partir des *Statiss* régionaux publiés, il présente des données départementales et régionales homogènes sur la démographie, l'équipement sanitaire et social, les professions de santé, la protection sociale. La version web offre ainsi à la consultation près de 110 000 références.

En complément au *Statiss* 2010, il est prévu pour le second semestre 2011 la publication d'un *Panorama statistique jeunesse, cohésion sociale et sports*. En effet, à la demande des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), un groupe de travail, composé de représentants de la Drees et de la Mission études, observation et statistiques (Méos) du ministère de l'Éducation nationale, des statisticiens régionaux (Aquitaine, Corse, Rhône-Alpes, Languedoc- Roussillon) et de la Mission observation et contrôle de gestion de la DRJSCS Picardie, a élaboré ce socle d'indicateurs communs à toutes les régions et les départements.

C'est un mémento des données essentielles disponibles sur la démographie, sur les équipements sociaux et sportifs, sur les professions sociales et les métiers du sport. Il s'agit de retenir des données et des indicateurs disponibles, facilement accessibles et produits régulièrement en s'appuyant sur le *Statiss*, sur les chiffres clés de la jeunesse et du sport, ainsi que sur les documents de l'Insee, du service statistique du ministère de l'immigration et du rapport VAE de la DGCS.

Yassine CHAÏB
DRJSCS Picardie

Les thématiques de Statiss

Démographie (2007, 2008)
Causes médicales de décès par genre (2007)
Taux comparatif de mortalité prématurée (2005-2007)
Maladies à déclaration obligatoire (2008)
Établissements de soins publics et privés (2009-2010)
Court séjour hospitalier (2010)
Hospitalisation complète (2009)
Alternatives à l'hospitalisation (2009)
Soins de suite et de réadaptation (2010)
Psychiatrie (2010)
Prestations aux personnes âgées (2008)
Accueil des personnes âgées (2010)
AAH et lits et places pour personnes handicapées (2009, 2010)
Accueil enfance et jeunesse handicapées (2010)
Protection de l'enfance (2010)
Pauvreté, lutte contre les exclusions (2007)
Hébergement et réinsertion sociale (2010)
Accueil des enfants d'âge pré-scolaire (2010)
Professionnels de santé (2009)
Formation aux professions du secteur sanitaire (2008)
Formation aux professions du secteur social (2008)

Hébergement et réinsertion sociale

Lits, places installés au 1^{er} janvier 2010 par catégorie d'établissement - Taux d'équipement

Catégorie d'établissement	Picardie	Aisne	Oise	Somme	France hexagonale
<i>Établissements pour adultes et familles en difficulté</i>					
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale, CHRS	952	224	415	313	38 763
Centre accueil demandeur d'asile, Cada	914	80	531	303	20 509
Autre centre d'accueil	252	25	202	25	17 100
Centre provisoire d'hébergement	60	0	30	30	1 613
Maison relais	88	0	88	0	5 669
Résidence sociale	0	0	0	0	62 915
<i>Nombre de places d'hébergement</i>	426	7	419	0	51 095
Dont urgence	85	0	85	0	15 632
Dont stabilisation	0	0	0	0	7 563
Dont insertion	341	7	334	0	27 900
<i>Taux d'équipement en places d'hébergement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans</i>	0,42	0,02	0,96	0,00	1,54

Source : DRJSCS - FINESS

Obésité en Europe : cibler les groupes vulnérables et les enfants



Le rapport conjoint de la Commission et de l'OCDE sur la santé en Europe (décembre 2010), montre que la moitié des Européens est désormais en surpoids ou en obésité. Dès janvier 2011, la Plateforme d'action de l'Union européenne sur la nutrition, l'activité physique et la santé a décidé d'agir. Dans le droit fil de la Stratégie pour la nutrition en Europe, elle souhaite encourager les choix de santé chez les jeunes et les populations vulnérables à bas niveau économique, et développer les engagements pour fabriquer des produits sains et pour mieux informer les jeunes.

Développer une politique de la famille parmi les États membres

La présidence hongroise de l'Union européenne a demandé au Conseil économique et social européen l'élaboration d'un avis exploratoire sur le rôle de la politique familiale dans le processus du changement démographique afin de partager les bonnes pratiques entre les États membres. Un panel d'organisations parties prenantes des questions de la famille a été audité par la section spécialisée *Emploi, affaires sociales et citoyenneté* (SOC), le 21 mars 2011 à Bruxelles. En ouverture, Staffan Nilsson, président du Conseil économique et social européen a déclaré que l'Europe se devait d'être un exemple en matière d'équité et de solidarité intergénérationnelles, et que le problème de la population âgée est à la fois un enjeu et une opportunité pour l'Europe.

Dans la foulée de ces auditions, la présidence hongroise lancera la thématique *l'Europe pour les familles, les familles pour l'Europe*. Le Conseil économique et social européen poursuivra ses travaux avec la future présidence polonaise, notamment sur la démographie et le marché du travail. Il a par ailleurs l'intention de défendre l'idée de faire de 2014 l'Année européenne de la famille.

Réduction des inégalités de santé en Europe



Le 8 mars, le Parlement européen a adopté une résolution en faveur de la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne. Cette résolution rappelle aux États membres que la lutte contre les inégalités de santé doit être une priorité qui doit être mise en œuvre dans les principes du *Health in all policies* (une inclusion de la santé dans toutes les politiques). Il rappelle que la lutte contre les inégalités de santé ne pourra être efficace sans une politique commune et des stratégies de santé publique coordonnées, et que la lutte contre les inégalités socio-économiques a également un impact fort sur les inégalités de santé, notamment pour les enfants.

La résolution propose l'optimisation des dépenses publiques de prévention et de soins et sur les programmes ciblés. Elle souligne la particularité des problématiques d'accès aux soins des personnes vulnérables telles que les personnes âgées, les personnes sans papiers ou encore les communautés minoritaires. Elle défend également la prise en compte du genre dans les inégalités de santé, demandant notamment, pour la santé des femmes, l'amélioration de l'accès aux méthodes de contraception et le droit à l'avortement.



Les orateurs © EESC mars 2011

Détenus et droit de vote

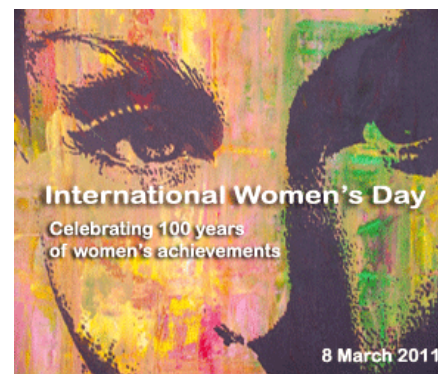
La Cour européenne des droits de l'homme a confirmé début 2011 que les détenus ne devraient pas être systématiquement privés du droit de vote lors d'élections générales. Si l'Europe reste divisée sur cette question, le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, Thomas Hammarberg estime que les États qui ont décidé d'accorder le droit de vote aux détenus sont plus nombreux que ceux qui maintiennent l'interdiction : le Danemark, les Pays-Bas, la Suisse... et qu'ils n'ont eu aucune difficulté à intégrer les personnes détenues dans le corps électoral. Être privé de ce droit revient à être mis au ban de la société et privé d'identité. Une telle attitude ne correspond pas aux valeurs européennes de notre temps et ne favorise pas la réadaptation du détenu ni sa réinsertion dans la société.

Eurobaromètre Journée de la femme

À l'occasion du centième anniversaire de la Journée de la femme, le Parlement européen a réalisé un *Eurobaromètre* sur les discriminations liées au genre.

L'enquête montre que, progressivement, sur toutes les questions relatives à l'égalité des genres, hommes et femmes répondent dans des proportions similaires.

Concernant les **violences dont sont victimes les femmes**, 30 % des répondants se prononcent en priorité pour le développement de la flexibilité au sein des entreprises et des administrations. La première priorité est pour près de deux Européens sur cinq, l'intensification des échanges de bons procédés entre les ser-



vices de police des différents États membres pour aider les victimes. En deuxième lieu, 26 % les répondants citent la mise en place d'un numéro de téléphone européen gratuit à disposition des femmes qui recherchent de l'aide et des conseils.

L'un des grands enseignements de cette enquête tient au fait que, parmi toutes les mesures à prendre pour parvenir à l'égalité entre les hommes et les femmes, les Européens privilégient l'encouragement plutôt que la contrainte par la loi. Ainsi, **l'instauration de quotas féminins**, que ce soit au sein des entreprises ou sur les listes électorales lors des élections, n'est soutenue en moyenne dans les deux cas que par 19 % des personnes.

Pour 76 % des Européens, les femmes rencontrent des difficultés importantes pour **accéder à des postes à responsabilités** au sein des grandes entreprises. La mesure prioritaire (29 %) à prendre pour combler l'écart salarial consiste pour les Européens à encourager une meilleure répartition entre les hommes et les femmes dans tous les types d'emploi (pilote d'avion, infirmière, secrétaire, etc.). Pour un Européen sur quatre, il faut avant tout mettre en place une véritable transparence des grilles salariales au sein des entreprises.

Pour 37 % des Européens, la priorité pour la **conciliation des temps** doit être donnée à des aides à la garde des enfants en-dehors du foyer.

Vers un contrat local de santé en Thiérache

La loi HPST préconise la signature de contrats locaux de santé dans les territoires. En Picardie, un premier comité stratégique s'est réuni en décembre 2010 en Thiérache avec la région du Nord - Pas-de-Calais et la Communauté française de Belgique.

Le 23 décembre 2010, une quarantaine d'acteurs locaux français et belges formant le premier comité stratégique du contrat local de santé de Thiérache a été réuni sous la présidence des directeurs généraux d'ARS, Christophe Jacquinet (Picardie) et Daniel Lenoir (Nord - Pas-de-Calais), de Françoise Fassiaux, député de la Communauté française de Belgique et conseillère communale de Chimay, et de Jean-Jacques Thomas, maire d'Hirson. Les contrats locaux de santé, permis par la loi *Hôpital, patients, santé, territoires*, s'adressent à des zones jugées prioritaires pour des raisons de difficultés d'accès aux soins, ou d'états socio-sanitaires particulièrement dégradés. Celui de la Thiérache a la particularité d'être interrégional et transfrontalier.

Les diagnostics présentés lors de ce comité ont mis en lumière les difficultés plurielles dont souffre la Thiérache : surmortalité, paupérisation, déficit de professionnels de santé, offre de santé nécessitant une réflexion de réorganisation par filière.

Sur l'espace transfrontalier thiérachien, le contrat local de santé concerne l'offre de soins, la réadaptation, le médico-social et la promotion de la santé. Il lui revient de définir les enjeux prioritaires de la Thiérache, pour identifier les thématiques transversales à ensemble de ces champs.

Cette dynamique se nourrira des initiatives locales existantes et va s'organiser autour de groupes de travail qui se réuniront dès janvier 2011. Leur objectif est de réduire les inégalités de santé et d'accès aux soins, d'adapter l'offre de santé aux besoins, de consolider une démarche communautaire de santé, de stabiliser les financements, concentrer les moyens d'intervention sur des cibles concertées, et de développer le travail en réseau. Il s'agit aussi de développer l'éducation pour la santé comme l'éducation thérapeutique, de développer des systèmes d'information et la télémédecine, et d'assurer le maintien d'une démographie des professionnels de qualité sur l'ensemble du territoire thiérachien.

Des Communautés, Régions et provinces belges...

Si en France, ce sont des instances régionales (ARS) qui sont à l'initiative du contrat local de santé en Thiérache, cela n'est pas le cas pour le Belgique. État fédéral, la Belgique est construite sur la cohabitation de communautés linguistiques.

La *Communauté française de Belgique**, partie prenante du contrat local de santé, est une collectivité politique au service des francophones belges. Ses compétences s'exercent en matière de santé, mais aussi d'enseignement, de culture, de sport, de jeunesse... Elle dispose d'un parlement, d'un gouvernement et de services publics permettant la réalisation de ses missions.

À côté de la Communauté française, dont la capitale est Bruxelles, existent la Communauté flamande (au Nord capitale Bruxelles) et la Communauté germanophone de Belgique (à l'Est, capitale Eupen).

La Belgique est aussi composée de trois régions : la région wallonne (au Sud, capitale Namur), la région de Bruxelles-Capitale et la région flamande (au Nord). La Communauté flamande a cependant absorbé les institutions de la Région flamande pour ne faire qu'une entité. Les régions wallonne et flamande sont constituées chacune de cinq provinces. Le découpage des provinces de wallonie correspond aux anciens départements français.

Bruxelles, capitale de la Belgique, est aussi capitale des Communautés flamande et française. Elle se situe en territoire flamand mais est majoritairement francophone comme la majeure partie des dix-neuf communes qui l'entourent. Les Communautés française et flamande y exercent toutes deux leurs compétences propres à l'égard des personnes et des institutions, selon la langue.

Aucune des collectivités politiques n'a la primauté sur les autres. Il existe ainsi en Belgique sept ministres de la santé, qui se réunissent régulièrement en comité interministériel de la santé pour tenter d'harmoniser leurs politiques.

* La *Communauté française de Belgique* s'appellera dans quelques jours la *Fédération Wallonie-Bruxelles*

La Grande Thiérache





L'adolescence, l'âge de tous les possibles Unicef, 2011

Dans son rapport récent *L'adolescence l'âge de tous les possibles*, l'Unicef s'empare de la question de la pauvreté et des disparités touchant les enfants et les adolescents. L'organisation internationale du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef) considère que neuf adolescents sur dix vivent dans un pays en développement et sont confrontés à des problèmes

d'une extrême gravité, allant des difficultés de scolarisation à la survie pure et simple. Ces obstacles sont encore plus difficiles pour les filles et les jeunes femmes. Les auteurs du rapport soulignent que compte tenu de l'ampleur des menaces qui pèsent sur les enfants de moins de cinq ans, ceux-ci constituent une priorité pour les investissements et les efforts à entreprendre.

Le rapport recense, avec force détails, l'éventail des dangers qui guettent les adolescents : la violence, qui tue 400 000 d'entre eux chaque année, les grossesses et les accouchements à un âge précoce, une des principales causes de décès des adolescentes, les pressions qui empêchent la scolarisation de 70 millions d'adolescents, l'exploitation, les conflits violents et les sévices les plus atroces infligés par les adultes.

Il se penche également sur les risques posés par des tendances émergentes telles que le changement climatique, dont les effets s'intensifient dans de nombreux pays en développement avec des conséquences dramatiques sur le bien-être d'une multitude d'adolescents, ainsi que sur l'évolution du monde du travail qui fait planer le spectre du chômage sur les jeunes, surtout dans les pays pauvres.



L'égalité avant la santé

Richard Wilkinson, *L'égalité c'est la santé*, Démopolis

La santé, serait d'abord une affaire d'inégalités sociales. C'est à la fois l'hypothèse et le constat que met en lu-

mière l'épidémiologiste britannique Richard Wilkinson. Il montre que les inégalités en matière de santé et de longévité proviennent principalement des inégalités sociales et met en lumière les mécanismes psychologiques et sociaux qui relient les inégalités sociales avec l'anxiété, la violence et la dépression. Plus d'inégalités sociales détériorent la santé et inversement, la réduction des inégalités sociales s'accompagne d'une vie meilleure et plus longue pour tous.

En quelque sorte, investir dans le système de santé ne le rend pas plus performant en matière d'indicateurs de santé si les inégalités sociales ne sont pas réduites.

Complémentaire santé et inégalités



Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau, La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès, *Questions d'économie de la santé*, n°161, janvier 2011

La couverture complémentaire santé représente un enjeu important pour maintenir l'accès aux soins des personnes les plus pauvres et les plus malades. Entre 1980 et 2008, la proportion de personnes couvertes par une complémentaire santé a fortement augmenté, passant de 69 % de la population

de France métropolitaine à 94 %. Néanmoins, selon *l'Enquête santé protection sociale* (ESPS), près de 4 millions de personnes restent sans complémentaire santé en France métropolitaine en 2008. Les auteurs interrogent ainsi les différents modes d'accès à la couverture complémentaire santé et les raisons qui font que des personnes restent en marge de cette couverture santé. Ils évaluent les conséquences sur leur accès aux soins et leur état de santé.

Le jour d'après....

Robert Reich, *Le jour d'après... Sans réduction des inégalités, pas de sortie de crise !*, Vuibert,

Plutôt que d'évoquer des mesures de sortie de crise de courte portée, Robert Reich réfléchit à des solutions plus durables et essaie de comparer la crise de 1929 à celle de 2008. Secrétaire d'État au Travail de l'administration Clinton, conseiller économique d'Obama, il évalue la pertinence d'une taxe carbone, imagine un système d'imposition plus juste, rend à l'éducation et la formation leur place, etc. Il pose en termes clairs les questions qui ne manqueront pas de l'être dans un avenir proche, si les réformes continuent à être reportées et si la redistribution des richesses n'est pas un préalable.



Grand-parentalité active

Centre d'analyse stratégique, *note d'analyse* 199, novembre 2011

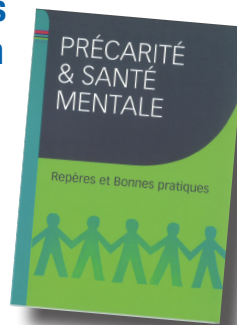
Le mode de garde grand-parental représente en France métropolitaine 23 millions volume de garde par les assistantes maternelles... Les seniors actifs jouent ainsi conciliation des temps familiaux et professionnels de leurs enfants adultes. Tout par l'aide à leurs propres parents devenus dépendants. Les auteurs de cette note soulignent alors l'acuité du problème de l'aide intergénérationnelle liée à l'allongement des carrières professionnelles. Ils soutiennent que la "grand-parentalité active" (grands-parents seniors actifs gardant leurs petits-enfants) pourrait devenir marginale au regard des enjeux d'emploi des seniors alors même qu'elle s'intègre bien aux dispositifs d'aménagement horaire développés récemment par les entreprises pour favoriser et allonger l'emploi des seniors. Les auteurs concluent que l'État pourrait soutenir le rôle de l'employeur en matière d'aménagement horaire tout au long de la vie pour favoriser les solidarités intergénérationnelles.



d'heures, l'équivalent du rôle important dans la comme ils sont mobilisés

Précarité et santé mentale : Repères et bonnes pratiques

Édité par la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars), le guide *Précarité & santé mentale* veut contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité et de souffrance psychique.



Édité sous forme de guide, le livre *Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques* est le résultat du travail du groupe national Précarité et santé mentale de la Fnars mais aussi de séances d'échange de pratiques entre acteurs du social et de la psychiatrie. Il incorpore de nombreuses contributions d'acteurs du terrain.

Le constat des auteurs de ce guide, est que les intervenants sociaux et de la psychiatrie témoignent de leur dénuement respectif dans l'accompagnement des personnes en précarité souffrant de troubles psychiatriques.

Ces difficultés pour les acteurs du social à caractériser les troubles rencontrés, à évaluer la nécessité d'une indication de soins psychiatriques et à gérer les troubles, entravent les projets d'insertion des personnes. De la même façon, les services de psychiatrie sont confrontés à la précarité sociale des personnes qu'ils prennent en charge, venant accroître les difficultés à élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique qui puisse avoir une chance de déboucher sur une réinsertion durable en milieu ordinaire.

Ces difficultés ont pour origine la méconnaissance du public et le cloisonnement entre le secteur social et celui de la psychiatrie tant au niveau de la pratique - absence de langage commun - que de liens fonctionnels - peu de partenariats mis en place - rendant délicate la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques.

L'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité et de souffrance psychique nécessite des repères et des bonnes pratiques

Le guide *Précarité et santé mentale* se propose de contribuer à l'ouverture d'un partenariat entre social et psychiatrie, clinique et politique selon une triple approche : santé mentale, santé globale, social.

La première partie du guide décrit les principaux dispositifs du secteur social, de la

psychiatrie, ainsi que ceux se situant au croisement des deux univers (cf. encadré ci-contre). Les auteurs du guide veulent ainsi faire connaître et reconnaître les dispositifs existants, les missions et fonctionnement des organisations pour permettre l'orientation des personnes vers des dispositifs adaptés à leurs besoins dans le respect des missions et contraintes définies par chacun. Cela pourra favoriser la continuité des parcours et des prises en charge des personnes en souffrance psychique par la préparation des entrées et des sorties.

Le guide met également en exergue, dans une deuxième partie, des bonnes pratiques de collaboration entre acteurs permettant de favoriser une réponse adaptée aux besoins des personnes en situation de précarité, en souffrance psychique. Les modes collaboratifs sont variés, tant dans les statuts qui les fondent, que dans les actions et missions qu'ils proposent de poursuivre. Inscrits dans les textes (équipe mobile psychiatrie précarité, groupement d'entraide mutuelle, conseils locaux de santé mentale, ateliers santé ville, etc.) ou innovants et expérimentaux, ils associent professionnels de l'action sociale, de la psychiatrie, du médico-social, des collectivités, des usagers/patients ou encore des personnes de la société civile... Issues d'un appel à contributions, quinze actions relevant de bonnes pratiques ont été proposées et rédigées par les acteurs de terrain à l'initiative des dispositifs et/ou qui les animent aujourd'hui. Cette présentation ne vise pas l'exhaustivité, mais propose une amorce de capitalisation des pratiques à l'œuvre localement. Elles concernent l'animation territoriale et les réseaux, la parole et la participation des usagers, l'accès au droit et aux soins.

Le guide se conclut par des ressources partenariales et bibliographiques.

Les dispositifs identifiés

Secteur social

Dispositifs d'accueil, d'information et d'orientation : service intégré d'accueil et d'orientation, service d'accueil et d'orientation, 115, plateformes d'accueil pour demandeurs d'asile, équipes mobiles.

Dispositifs d'hébergement : centre d'hébergement et de réinsertion sociale, hébergement d'urgence, de stabilisation, logement et chambre d'urgence conventionnés à l'aide au logement temporaire, résidence hôtelière à vocation sociale, centre maternel, centre d'accueil pour demande d'asile, dispositif d'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile, centre provisoire d'accueil, résidence sociale, intermédiation locative, maison relais, pension de famille, logement conventionné du parc privé, logement social du parc public.

Dispositif de l'insertion vers l'emploi : atelier chantier d'insertion, association intermédiaire, entreprise d'insertion, entreprise de travail temporaire d'insertion, atelier à la vie active, groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification, régie de quartier, mission locale, permanence d'accueil, d'information et d'orientation, pôle emploi, Plan local pour l'insertion et l'emploi, maison de l'emploi.

Secteur psychiatrie

Dispositifs d'accueil et de première consultation : centre médico-psychologique, centre médico-psycho-pédagogique, permanence d'accès à la santé et aux soins en psychiatrie, urgences psychiatriques, service médico-psychologique régional.

Dispositifs de prise en charge hospitalière des troubles psychiques : établissement public de santé mentale, unité d'hospitalisation spécialement aménagée, unité pour malades difficiles.

Dispositifs proposant une alternative à l'hospitalisation : hospitalisation à domicile, accueil familial thérapeutique, appartement associatif, appartement thérapeutique et maison communautaire, centre ou foyer de post-cure, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

Dispositifs au croisement entre santé et social

Dispositifs orientés vers la prévention et le dépistage : centre de dépistage anonyme et gratuit, centre de lutte contre la tuberculose, centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

Dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'orientation : Permanence d'accès à la santé et aux soins, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Dispositifs d'hébergement et de logement adapté : famille gouvernante, foyer d'accueil médicalisé, foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés, maison d'accueil spécialisée, résidence d'accueil, appartement de coordination thérapeutique, lit d'accueil médicalisé, lit halte soins santé.

Dispositifs d'insertion sociale et professionnelle : établissement et service d'aide par le travail, groupement d'entraide mutuelle.

Dispositifs d'animation territoriale et de mise en réseau des partenaires : Atelier santé-ville, Conseil local de santé mentale, équipe mobile psychiatrie-précarité.

1^{er}-2 avril 2011, Lille*Finances publiques et santé*

Organisé par Société française de finances publiques - École Nationale d'Études Supérieures de Sécurité Sociale - AFDS

Site internet : http://www.afds.fr/fr/images_db/programme_finances_publicques_et_sante.pdf**28-29 avril 2011, Paris***Journées de l'InVS, Veille et surveillance sanitaires : quelles données pour l'action publique ?*

Organisé par l'Institut national de veille sanitaire

Site internet : http://www.invs.sante.fr/display/?doc=agenda/jinvs_2011/index.htm**12 mai 2011, Crépy-en-Valois***Forum territorial du conseil régional*

Organisé par le conseil régional de Picardie

19-20 mai 2011, Lyon*Les journées nationales de la Fédération Addiction - Faut-il avoir peur des addictions ?*

Organisé par la Fédération addiction.

Site internet : http://www.anitea.fr/download/programme_lyon_peur_addictions.pdf**19- 20 mai 2011, Paris***Septième édition des journées de la prévention*

Organisé par l'Inpes

Site internet : <http://journées-prevention.inpes.fr/inscription>**26 juin 2011 - 1^{er} juillet 2011, Besançon***Huitième université d'été francophone en santé publique*

Organisée par l'université de Franche-Comté, l'UFR de médecine et de pharmacie, l'agence régionale de santé de Franche-Comté (ARS).

Site internet : <http://www.ars.franche-comte.sante.fr/Besancon.96237.0.html>**27-30 juin 2011, Ottawa***Quatrième colloque sur les programmes locaux et régionaux de santé (PLRS). Les artisans du changement.* Organisé par PLRSSite internet : <http://www.plrs-ottawa2011.com/index.html>**Santé et violence****Dr Michel Liénard****Médecin chef
du service santé
au travail, MSA de Picardie**

Tous les acteurs de santé de terrain ont l'occasion dans leur exercice quotidien de prendre en charge des hommes et des femmes victimes de violence, ou d'exclusion sociale par rapport à la cellule familiale, à leur milieu de travail, ou qui sont enfermés dans un isolement au sein d'une société devenue encore plus individualiste. L'exclusion sociale a pour corollaire des effets néfastes pour la santé. Elle peut, bien sûr, concerner tout autant les hommes que les femmes. Cependant, l'évolution de notre société et les enquêtes récentes montrent que les femmes sont davantage exposées et plus fragiles que les hommes, en dépit du discours et des actions mises en place pour faire évoluer favorablement leurs conditions de vie. La traduction de ces mesures dans les textes officiels reste insuffisante.

Les indicateurs économiques et sociaux, leur sont, *a priori*, défavorables : qu'il s'agisse du salaire moyen, des postes d'encadrement, de leur représentation dans les conseils d'administration, de la création d'entreprises. Même si leurs résultats scolaires et universitaires sont plus performants, elles connaissent également un taux de chômage plus important. Le développement des familles monoparentales et du travail à temps partiel sont aussi des facteurs de risque pour entrer dans la précarité. Les horaires atypiques ou de nuit depuis une dizaine d'années sont sources de perturbation. Il faut y ajouter toutes les tâches familiales après la journée de travail et le temps de transport.

Mais à côté de ces éléments vécus au quotidien, de quoi sont-elles victimes ?

La violence sur les femmes est physique, psychologique, et surtout sociale. Cette violence est multiple. C'est au sein de la famille que celle-ci s'exerce en premier lieu comme le prouvent les résultats des enquêtes de victimation. Cette aggravation de la violence serait la conséquence d'une dégradation de l'image de la femme dans la société.

En 2000, l'enquête Enveff (Enquête nationale envers les femmes de France) auprès de 7 000 femmes détaillait les statistiques des différentes formes de violence dans l'espace public, au travail et conjugal. Les atteintes sexuelles subies sont déclarées par 2 % des femmes et les tentatives de viol et les viols, moins fréquents, concernent 0,3 % d'entre elles (60 000 cas par an), ce qui reste bien supérieur au nombre de cas ayant fait

l'objet d'une plainte : ce silence est probablement la traduction d'un sentiment de culpabilité voire de honte éprouvée par les victimes. Et la loi du silence reste trop souvent la règle.

Au plan conjugal, l'indice global de violence psychologique et verbale est aussi destructeur que les violences physiques : une femme en couple sur dix en serait victime ...

Au travail, si les insultes et menaces verbales sont déclarées par 8 % des femmes, l'accent est mis sur le harcèlement moral ; par contre, la violence physique est assez rare.

Face à ce difficile constat aux composantes factorielles multiples, comment ne pas évoquer le rôle trop fréquent de l'alcoolisation. Facteur de risque au premier plan de tous les indicateurs de santé et des indicateurs sociaux, il est à la fois le starter utilisé par les agresseurs et l'anxiolytique des victimes. Son impact est considérable en termes de mortalité, morbidité ou de dommages sociaux.

Il n'est peut-être pas utile de rappeler toutes les conséquences cliniques liées à sa consommation, mais il faut quand même signaler son implication dans 50 % des rixes et des actes de criminalité, 20 % des délits et 10 % des accidents du travail et de la circulation.

Les agresseurs y trouvent là un moyen supplémentaire du passage à l'acte. Ce contexte est trop souvent passé sous silence, et fait même partie de la « loi du silence ». À l'inverse, l'alcool dans un contexte de violence aiguë ou chronique, dans la vie conjugale, sociale, professionnelle, servira d'anxiolytique aux victimes. Dans ce cadre, une évolution vers la dépendance pourra s'installer avec toutes ses conséquences : dégradation physique, psychique, stress et dépression avec perte progressive de tous les repères sociaux.

Quelles sont les solutions efficaces ?

Elles ne peuvent être rapides ou spontanées. Il faut sûrement en revenir aux fondamentaux dès l'école avec l'apprentissage de la non violence, de la tolérance, des règles de vie en communauté, du respect de l'autre.

À l'autre extrémité de la chaîne, en développant les centres d'appel et d'accueil des femmes victimes et exclues. Une société où circulent les mails peut être perçue comme un progrès, mais l'écoute attentive reste une valeur sûre, jusqu'à preuve du contraire.

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE

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

N°11, avril 2011

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

Directeur de publication : Dr Joseph Casile (or2s)
Comité de rédaction : Émilie Blangeois (or2s), Bertrand Boixeda (conseil général Oise), Yas-sine Chaïb (drjcs), Cécile Dizier (ars), Christine Jaafari (drjcs), Marie-Véronique Labasque (creai), Michel Liénard (MSA), Philippe Lorenzo (or2s), Pascal Oger (insee), Aline Osman-Rogelet (or2s), Alain Trugeon (or2s).
Mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S avril 2011