

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

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

n°23

mai 2014

SOMMAIRE

Édito

On en a parlé

- Stratégie nationale de santé : des attentes en région

2

Actualité

- Mesure alternative des inégalités

3

Brèves

4

Entretien

- Le travail social. Entretien avec Marc Lonnoy, président du Creai de Picardie

5

Initiative

- Logement adapté, au service du projet de vie

6

Focus

- Carsat Nord-Picardie
- Mutualité sociale agricole de Picardie
- Vieillir au travail en bonne santé

8

9

10

Données nationales

- Prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile

11

Brev'd'Europe

12

Europe

- AGE Platform Europe lance AFE-INNOVNET

13

Doc

- Logement adapté

14

15

Tribune libre

- Travail et santé des seniors

16

Agenda

16

Les départs à la retraite des générations du baby-boom sont nombreux, mais le contexte a changé. Le décret Hollande a ramené l'âge de départ à la retraite à 60 ans ; il sera de 62 ans en 2017.

Aujourd'hui, la France avec un taux d'emploi des plus de 50 ans des plus faibles d'Europe a réduit le nombre des dispositifs de cessation anticipée d'activité. Des réformes se sont succédées et des politiques publiques pour favoriser le maintien des seniors en activité ont été mises en place.

Les États européens se sont engagés à poursuivre un double objectif : augmenter le taux d'emploi des seniors pour accompagner les bouleversements démographiques et améliorer leurs conditions de travail. En France, cette volonté s'est traduite par l'adoption d'une loi obligeant les entreprises de plus de 50 salariés à établir un plan d'action pour l'emploi des 55-64 ans. Les salariés prolongeront-ils leur activité au-delà de 60 ans plus fréquemment que la génération précédente ? Telle est la question majeure à laquelle sont confrontés les acteurs sociaux.

Le vieillissement de la population active est l'occasion d'engager une réflexion sur les conditions de travail. Leur amélioration apparaît comme un levier important pour maintenir les seniors dans l'emploi et prévenir l'usure prématurée. C'est à ce titre que la prévention de la pénibilité a été introduite dans la dernière loi portant réforme des retraites.

La prise en compte des contraintes professionnelles des seniors ne doit pas conduire à reporter les tâches les plus difficiles sur les plus jeunes. Une politique globale d'amélioration des conditions de travail doit réduire les contraintes de temps, la charge physique ou mentale pour tous les salariés et intégrer le vieillissement.

L'organisation du travail permettra aux plus âgés de mettre à profit leur expérience. Il est indispensable d'anticiper les besoins en compétences et promouvoir la transmission des savoirs et la formation à tout âge.

La Carsat Nord - Picardie est fortement impliquée par ces évolutions. Organisme de Sécurité sociale, elle gère les pensions retraite et développe une politique de prévention de la perte d'autonomie grâce à son action sociale. Une équipe pluridisciplinaire accompagne les entreprises dans la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles. Son service social accompagne les salariés lors d'un accident de la vie. Ces mesures contribuent au maintien dans l'emploi des salariés vieillissants.

Depuis la disparition de mesures de départs anticipés et l'extinction d'autres dispositifs, une augmentation des arrêts maladie s'est accélérée en 2012, notamment pour les seniors. Le vécu de l'arrêt de travail est différent selon les capacités intellectuelles, physiques et les ressources de l'environnement de la personne. Certains salariés peuvent présenter différentes formes de souffrance au travail et se retrouver confrontés à des difficultés pour réaliser les multiples démarches administratives sollicitées et faire valoir leurs droits. Certains connaissent une baisse de ressources importante. Le changement de statut de salarié à malade les perturbe, ils ont des difficultés à se projeter dans l'avenir, inquiets quant au retour dans l'entreprise. Ces événements sont des facteurs de risque de désinsertion professionnelle.

Ainsi, la mobilisation et la coordination des différents acteurs est un enjeu majeur pour améliorer la santé au travail et la protection sociale des personnes les plus vulnérables.

Henri-Pierre RADONDY

Directeur, général Carsat Nord - Picardie

Stratégie nationale de santé : des attentes en région

La stratégie nationale de santé est toujours d'actualité et reste le pilier de la refondation du système de santé. En Picardie, trois cents personnes s'étaient données rendez-vous à Amiens pour le forum régional.

Trois cents personnes étaient présentes et mobilisées pour la promotion de la santé le 4 février dernier lors du forum régional de la stratégie nationale de santé. C'est donc devant un amphithéâtre comble que les treize intervenants se sont succédé au cours de trois tables rondes animées par Laurent Chambaud, directeur de l'EHESP (Rennes). La lutte contre les inégalités de santé, le développement de la promotion de la santé et l'organisation des acteurs de la promotion de la santé dans les territoires furent les trois thèmes abordés et débattus dans l'après-midi.

Dès son discours introductif, Christian Dubosq, directeur général de l'ARS, avait proposé trois enjeux en matière de prévention : reconsidérer les politiques publiques selon leurs impacts sur les inégalités sociales de santé, repérer les actions efficaces et coordonnées, mieux les promouvoir et mieux territorialiser les politiques et coordonner les acteurs.

Dans sa synthèse finale, Linda Cambon a retiré cinq conclusions majeures des débats : la clarification nécessaire du concept d'inégalités sociales de santé, les thématiques de l'enfance et de la précarité, le rôle et la place des politiques publiques, le croisement des données et la mise en

œuvre de solutions innovantes, et enfin, une gouvernance et une animation nécessaire des territoires.

Parmi les remarques et préconisations, on retiendra :

- le nécessaire décloisonnement des politiques publiques. Au-delà de leur coordination et du dialogue indispensable entre les acteurs, l'impact des politiques publiques sur la santé doit être systématiquement envisagé, par exemple au travers des études d'im-



pact. Les contrats locaux de santé doivent être pleinement orientés en ce sens ;

- les acteurs de la prévention ont rappelé combien l'évolution des comportements en matière de santé se jouait principalement dans la petite enfance. Les efforts de décloisonnement doivent en particulier bénéficier à ce public ;

- qu'agir sur les comportements ne suffit pas. Il faut aussi agir dans la durée sur les déterminants de santé, sur les déterminants sociaux et l'environnement, pour casser la reproduction des inégalités sociales de santé ; que l'éducation pour la santé, à l'image de

tous les métiers de la santé, a besoin d'intervenants experts. Reconnaître, évaluer, encourager la professionnalisation des acteurs de terrain est un impératif ;

- que les acteurs de la prévention doivent penser et agir collectivement par le transfert des bonnes pratiques, des savoirs, la mutualisation des actions sur un même territoire ou vers un même objectif.

Au total, ce sont sept cents Picards - citoyens, professionnels de la santé, élus, partenaires sociaux - qui ont ainsi contribué à la stratégie nationale de santé. Avant le forum régional, cinq débats publics organisés à l'initiative de la CRSA, dans les territoires de santé, avaient porté sur l'accès aux soins de premier recours.

En amont du forum lui-même, une petite trentaine de contributions écrites avaient été rassemblées au sein d'un cahier d'acteurs. Elles émanent d'institutions, d'associations, d'établissements scolaires, de centres hospitaliers ou encore de mutuelles de la région et présentent leur vision pour la promotion de la santé et son développement dans la région.



Mesure alternative des inégalités

Le Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie (Curapp) et ses partenaires ont construit la base de données Mesure alternative des inégalités (MAI), élaborée dans le cadre du programme *Construction et usages sociaux des indicateurs sociaux : pauvreté et inégalités*. Il permet de disposer d'une vue synchrétique de l'évolution des indicateurs retenus.

Suite à la publication du rapport dit Stiglitz-Sen-Fitoussi de la *Commission sur la mesure du progrès social et de la performance économique*, sur la mesure des inégalités et du bien-être, plusieurs initiatives se sont attachées à développer une information statistique alternative des statistiques administratives sur les inégalités ou de la pauvreté. Certaines dimensions de la pauvreté, des inégalités, de la richesse, du bien-être, etc. restent cependant invisibles, faute d'être saisies par des dispositifs de quantification. Le Curapp et ses partenaires ont construit une base de données appelée Mesure alternative des inégalités (MAI). Cette base s'inspire du *baromètre des inégalités et de la pauvreté*, connu sous l'acronyme de Bip 40. Il fut développé au début des années deux mille au niveau national afin de proposer d'autres indicateurs que ceux couramment utilisés (comme le PIB pour mesurer la croissance) visant à rendre compte d'une réalité sociale multidimensionnelle et donc irréductible à la seule dimension économique.

La MAI se présente comme un indicateur synthétique composé à partir de six dimensions auxquelles ont été attribuées différentes pondérations : économie, travail-emploi, éducation, justice, citoyenneté et santé.

Deux principes généraux ont été retenus par l'équipe du Curapp pour en guider la conception. D'une part, la MAI devait être élaborée à partir d'une combinaison d'indicateurs de situation globale et d'indicateurs d'inégalités sociales (notamment entre classes, sexes et générations).

D'autre part, le nombre d'indicateurs devait être restreint à trois par dimension, afin de faciliter la lecture du tableau de bord ainsi que son actualisation et de pouvoir revenir à l'interprétation des composantes de base.

Le choix des pondérations par indicateurs et dimensions repose sur un socle conventionnel, établi à partir de choix théoriques portant sur l'évaluation de ce qui importe le plus d'un point de vue individuel et collectif. Deux types de pondération ont été choisis. Le premier maximise l'importance de l'économie, du travail et de l'emploi dans la détermination des inégalités et dans la façon dont elles sont vécues, ce que les auteurs appellent la « MAI infrastructure ». Le second maximise l'importance du capital culturel : c'est la « MAI éducation ».

Le site internet du Curapp permet d'accéder à la MAI, et pour chaque dimension de la MAI, à un graphique commenté de l'indicateur synthétique construit. De façon à ne pas figer l'indicateur synthétique, la possibilité a été laissée aux utilisateurs de télécharger les données de la base de données globales afin qu'ils puissent faire varier les pondérations en fonction des différentes possibilités de hiérarchisation des dimensions et des indicateurs.

Une bibliographie constituée dans le cadre du programme ainsi qu'une recension des communications et publications qui en sont issues sont enfin présentées.

Lire l'article complet sur pf2s.fr

Les indicateurs retenus dans la MAI

Économie

- Pouvoir d'achats des ménages.
- Taux de surendettement des ménages.
- Part des foyers imposés à l'ISF.

Justice

- Taux d'incarcération pour 100 000 habitants.

Citoyenneté

- Taux d'abstention aux élections nationales et locales.

Santé

- Espérance de vie à la naissance.
- Taux de prévalence de l'obésité dans la population de 18 ans et plus.

Travail-Emploi

- Taux de chômage.
- Rapport entre taux de chômage des employés et taux de chômage des cadres.
- Rapport entre taux de chômage des moins de 25 ans et taux de chômage des 25-49 ans.

Éducation

- Taux d'accès au niveau IV (baccalauréat) d'une génération.
- Rapport entre la proportion d'enfants de cadres et la proportion d'enfants d'ouvriers dans les classes préparatoires aux grandes écoles.

Inégalités sociales de santé : réunion francophone

À l'initiative de la *Plateforme sanitaire et sociale de Picardie*, une réunion s'est tenue à Amiens dans le cadre de l'Entente de coopération interrégionale sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales de santé, signée en octobre dernier. De passage en Europe,



Michel Beauchemin de l'agence de santé et des services sociaux de la Capitale-nationale (Québec) a présenté le rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé. Pour l'occasion, Pierre Bizel de l'observatoire de la santé du Hainaut (Belgique), fraîchement signataire de l'Entente, avait fait le déplacement depuis Mons.

Le rapport du directeur régional de santé publique de la Capitale-nationale pointe les effets délétères des processus d'exclusion sur les conditions de vie et la santé des personnes exclues. Quatre recommandations sont faites par le directeur régional de santé publique :

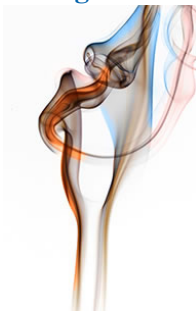
- inscrire l'équité au cœur des politiques, des projets et des interventions de tous les secteurs de la société ;
- lutter pour l'inclusion sociale ;
- développer des environnements physiques et sociaux favorables à la santé ;
- renforcer le développement local et les actions communautaires.



Téléphone portable et tumeurs cérébrales

Des chercheurs de l'Ispe à Bordeaux ont analysé l'utilisation des téléphones portables sur l'ensemble de leur vie à 1 339 personnes. Les résultats prouveraient qu'une utilisation massive du téléphone portable, supérieure ou égale à 896 heures d'appels dans une vie, serait associée au développement de tumeurs cérébrales. Ce risque est encore augmenté pour celles qui téléphonent plus de 15 heures par mois. En réalité, l'étude montre qu'il s'agit que d'une association et non d'un lien de cause à effet. Une personne utilisant massivement son téléphone portable ne développera peut-être pas une tumeur au cerveau.

Cigarette électronique pour l'été



Dans un sondage Louis Harris Interactive pour l'association les Droits des Non-fumeurs, 59 % des 1 000 personnes sondées se déclarent opposées à l'usage de la cigarette élec-

tronique dans les lieux publics. Sur leur lieu de travail, 39 % des salariés déclarent avoir été confrontés à la fumée de cigarette électronique. Interrogée sur BFM TV-RMC le 30 avril, la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine s'est déclarée « favorable à ce qu'il y ait interdiction dans un certain nombre de lieux publics, là où il y a beaucoup de monde, là où il y a des enfants, là où il y a des jeunes ». Elle entend inclure l'interdiction de la cigarette électronique dans certains lieux publics dans la prochaine loi de santé, dont la présentation est prévue pour l'été.

Amiens : en mutation sociale

L'Insee s'est attaché à cartographier les mutations sociales de la métropole amiénoise. À partir du statut d'occupation des logements et les revenus des habitants, l'Insee a dessiné une carte d'Amiens et des communes de l'agglomération permettant d'appréhender les disparités entre les communes, et, pour Amiens, celles intra-communales.

Sur les huit grands territoires qui composent la « mosaïque amiénoise », basés sur les Iris, six concernent Amiens elle-même, les deux autres, des quartiers d'Amiens et les communes de l'agglomération. Le cœur d'Amiens est jeune, étudiant et mobile. Les faubourgs et extensions urbaines sud ainsi que le péri-urbain, qui se caractérisent par une population active et aisée, s'opposent aux autres quartiers et faubourgs à la population vieillissante. Deux territoires rencontrent des difficultés socio-économiques importantes : le premier, composé d'un ensemble de quartiers relativement éloignés du centre-ville, qui entourent quasiment la ville, le second regroupent les quartiers d'Amiens nord et d'Étouvie. Ils réunissent des populations en cours de précarisation avec de forts taux de chômage pour le premier, des populations très fragilisées pour le second.

Une deuxième méthode statistique, a permis de dessiner six zones en plus grande fragilité dans la ville elle-même. Deux zones concentrent le plus de difficultés : le Pigeonnier jusqu'aux limites de Marivaux, et Étouvie. Au sud-est de la ville, trois autres zones cumulent des signes importants de précarité. La dernière zone est proche du centre ville et se caractérise par une mixité intergénérationnelle entre étudiants et population âgée. Cette deuxième approche statistique, le carroyage, permet de s'affranchir des découpages administratifs avec des données calculées pour des carreaux de 100 à 200 mètres de côté.

Le travail social. Entretien avec Marc Lonnoy, président du Creai de Picardie



Plateforme sanitaire et sociale : La formation des travailleurs sociaux est aujourd'hui en grande réflexion en région. Les partenaires souhaitent la création, d'un côté d'une Haute École professionnelle de l'action sociale (Hépas), et, de l'autre, d'une plateforme Unaforis. Ces deux outils ne sont-ils pas finalement identiques ?

Marc Lonnoy : Il est important de bien comprendre que la plateforme Unaforis et l'Hépas sont deux objets qui sont très différents mais très proches. Très proches, parce que la plateforme labellisée des adhérents Unaforis pourrait être la préfiguration de ce que sera l'Hépas ; très différents, parce que cette plateforme ne concerne que les adhérents Unaforis alors que l'Hépas devra associer bien plus de partenaires. Le rôle de l'Unaforis est très clair puisqu'elle pousse à la mise en place d'Hépas en régions, même si le modèle n'en est pas aujourd'hui arrêté. On est donc bien aujourd'hui sur des espaces différents qui, à terme, vont forcément se retrouver. Le conseil d'administration du Creai s'est ainsi unanimement prononcé pour la constitution d'une Hépas et pour en être acteur, mais aussi pour la construction de la plateforme Unaforis.

PF2S : Que recouvre alors ce concept de plateforme labellisée Unaforis ?

Marc Lonnoy : En Picardie, le Creai et le Clos du Nid, dans l'Oise, sont les deux structures adhérentes de l'Unaforis. Elles travaillent à la construction de la plateforme avec leurs partenaires comme le conseil régional, les conseils généraux, l'ARS, l'université, les associations gestionnaires

d'établissements et services médico-sociaux, et d'autres institutions publiques ou privées, réunis au sein d'un comité de pilotage. Animée par le délégué territorial de l'Unaforis, cette instance politique décidera de la synergie à mettre en œuvre.

Notre calendrier est d'obtenir la labélisation de la plateforme avant la fin 2014, sur la base d'une réponse commune avec nos partenaires sur les six points du cahier des charges. En plus de ce travail partenarial, le Creai a mis en place des groupes de travail internes pour travailler sur ce document.

Concrètement, le Creai doit passer de son organisation actuelle des formations en filières, à une organisation en niveaux. Il faut donc réfléchir à ce que les formations dispensées soient couplées avec des diplômes universitaires, de niveau 1 ou 2, et il faut absolument étendre cette démarche au moins pour les diplômes de niveau 3.

PF2S : Comment passerez-vous alors de cette plateforme à l'Hépas ?

Marc Lonnoy : La plateforme labellisée est le seul outil que l'on peut construire pour l'instant. On espère aussi qu'un certain nombre de centres de formation vont faire la démarche d'adhésion auprès d'Unaforis, pour, qu'ensemble, on puisse enclencher une réelle dynamique régionale et partenariale vers la construction de l'Hépas. L'Hépas devra s'étoffer par la suite avec des structures qui ne sont peut-être pas membres d'Unaforis ou qui, aujourd'hui, ne sont pas repérées comme centres de formation. Pour créer l'Hépas, nous attendons donc que le cadre en soit posé par le ministère et de connaître les places que prendront la direction régionale de la

jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et le conseil régional.

PF2S : Mais plus précisément, quelle est la plus-value de l'Hépas pour le Creai par rapport à la situation actuelle ?

Marc Lonnoy : Il faut bien comprendre que ni le Creai, ni l'Irffe, ne vont se transformer en Hépas. Le Creai de Picardie n'en sera qu'un des acteurs et il participera certainement à la gouvernance de l'Hépas qui sera une nouvelle entité régionale. C'est vrai que la Picardie a la particularité de ne pas avoir d'institut régional du travail social (IRTS), et c'est le Creai qui, via l'Irffe, dispense l'essentiel de la mission de la formation professionnelle dans ce domaine dans la région. Mais ce sont bien les acteurs des centres de formation, les acteurs de la recherche, les acteurs universitaires qui vont se mettre en synergie autour de l'Hépas. Son objectif sera d'optimiser à la fois la qualification professionnelle mais aussi la qualification universitaire des salariés. Aujourd'hui, une carrière professionnelle est longue et sans linéarité entre les professions qu'une personne sera amenée à exercer. Dans la construction de son parcours professionnel, il devient incontournable pour un salarié d'acquérir une formation et des diplômes universitaires.

Propos recueillis par
Philippe LORENZO, OR2S

Lire l'entretien complet sur pf2s.fr

Logement adapté, au service du projet de vie

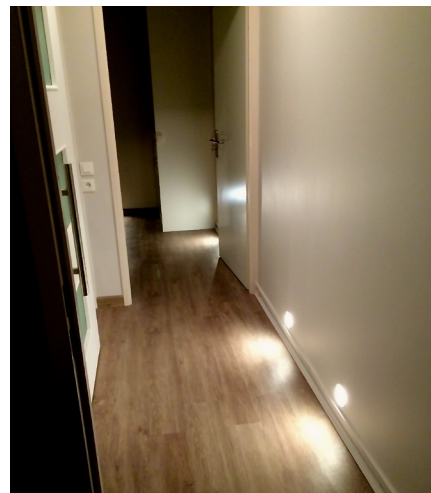
Le logement adapté que l'ADSMHAD 80 a réalisé à Longueau est destiné à montrer les adaptations possibles d'un logement aux conditions de vie des personnes âgées en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

En partenariat avec la ville de Longueau, l'Opsom et l'AG2R, l'Association départementale des services de maintien et d'hospitalisation à domicile (ADSMHAD 80) a adapté un logement T2 aux besoins des personnes âgées en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

L'appartement témoin est équipé afin qu'il convienne à des personnes souhaitant continuer à vivre dans leur domicile malgré leur handicap ou dépendance. Les portes sont élargies, les poignées agrandies pour une meilleure saisie, les placards sont éclairés et la penderie se baisse, un chemin lumineux permet de se déplacer la nuit en minimisant le risque de chute, l'électroménager est accessible et les plans de travail se lèvent ou se baissent jusqu'à trente centimètres en appuyant sur un simple bouton. La douche à l'italienne a deux pare-douche à deux demi-portes permettant à la personne qui aide à la toilette de n'être pas mouillée. Ces aménagements ont été réalisés par les artisans de la Capeb, groupement labellisé Handibat, sur la base d'un cahier des charges écrit avec l'expertise des aides-soignantes des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) regroupés au sein de l'ADSMHAD 80. Car, s'il s'agit d'améliorer le confort des personnes âgées, il s'agit tout autant de faciliter les conditions de travail des intervenants soignants à domicile. L'habitat doit être amé-

nagé et modifié en fonction du soin à recevoir et de son évolution possible. La première étape pour les personnes qui souhaitent s'intégrer dans cette démarche est la réalisation d'un diagnostic de leur milieu de vie et de leur projet de vie. Mené en association avec des ergothérapeutes et des experts du bâti, il vise à proposer des solutions qui ne peuvent être qu'uniques par rapport aux besoins des personnes. L'association propose de sensibiliser les bailleurs sociaux sur les problématiques du vieillissement et les besoins des personnes âgées afin de trouver ensemble des solutions qui répondront à leurs attentes.

Si l'habitat est la partie la plus visible du projet, il s'agit aussi pour l'association d'accompagner l'accès aux soins et aux services les personnes, et de les faire participer à des animations collectives pour maintenir le lien social. Une infirmière coordonnerait ainsi les soignants, ou une conseillère en économie sociale et familiale accompagnerait les seniors dépendants. En lien avec le GCS e-santé, l'ADSMHAD 80 développe une tablette qui permettrait la communication entre tous les soignants intervenant au domicile. Les SSIAD pourraient assurer les activités sociales et d'animation, en lien avec des partenaires. Au moins deux obstacles restent encore à franchir. Le premier est d'identifier les personnes qui pourraient bénéficier de ce service.



Le chemin lumineux diminue le risque de chute la nuit.

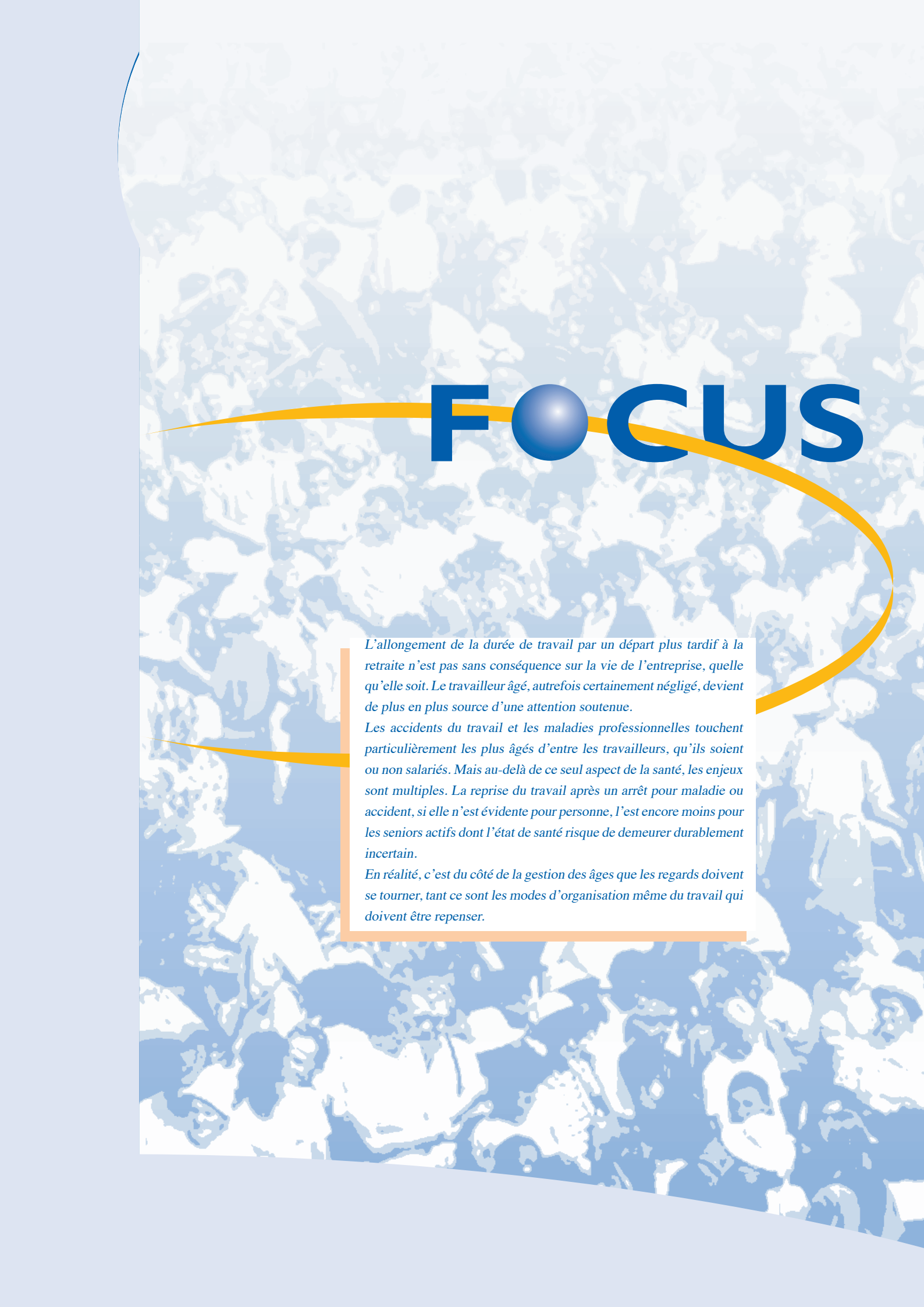
Les bailleurs sociaux, les CCAS, les communes, voire les notaires, sont les prescripteurs naturels pour orienter les personnes vers les promoteurs du logement adapté.

Le second des problèmes est celui du financement. Pour l'heure, des aides sont au moins possibles auprès des conseils généraux, des mutuelles ou des caisses d'assurance maladie complémentaires. Un guichet unique permettrait de pouvoir mieux et plus facilement informer les personnes sur les possibilités existantes. « Il n'y a pas d'autres expériences de ce type en France, avec une porte d'entrée soins. L'ADSMHAD 80 pourrait jouer ce rôle de guichet unique et se structurer en ce sens, pour peu qu'on puisse obtenir un financement ou lever des fonds. On explore aussi la possibilité du crowdfunding » conclut Florence Casile, coordinatrice du projet, le regard posé sur le Trophée de l'innovation conquis en 2012 à Strasbourg lors du 37^e congrès de la Fehap.

Le plan de travail avec l'évier s'adapte à la hauteur de la personne



Lire l'article complet sur pf2s.fr



FOCUS

L'allongement de la durée de travail par un départ plus tardif à la retraite n'est pas sans conséquence sur la vie de l'entreprise, quelle qu'elle soit. Le travailleur âgé, autrefois certainement négligé, devient de plus en plus source d'une attention soutenue.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles touchent particulièrement les plus âgés d'entre les travailleurs, qu'ils soient ou non salariés. Mais au-delà de ce seul aspect de la santé, les enjeux sont multiples. La reprise du travail après un arrêt pour maladie ou accident, si elle n'est évidente pour personne, l'est encore moins pour les seniors actifs dont l'état de santé risque de demeurer durablement incertain.

En réalité, c'est du côté de la gestion des âges que les regards doivent se tourner, tant ce sont les modes d'organisation même du travail qui doivent être repenser.

La Carsat Nord - Picardie est un acteur de prévention qui accompagne les professionnels et les entreprises dans la gestion des risques liés à des difficultés de santé et pour faciliter le maintien dans l'emploi des travailleurs vieillissants.

La maladie peut être d'origine professionnelle, liée à une pathologie lourde susceptible de s'aggraver ou à une difficulté à faire face aux conditions de travail.

En effet, la productivité, les impératifs de performance ont obligé les entreprises à modifier leurs organisations de travail. Pour certains salariés, ce changement est apprécié car il va de pair avec des marges de manœuvres et des responsabilités. Pour d'autres, ces mutations créent une usure physique et morale ressentie. Certaines personnes sont alors obligées de recourir à l'arrêt de travail. Cette perte d'activité professionnelle est vécue, soit comme « une mort sociale », soit comme « un arrêt libérateur ». C'est dans tous les cas une transition dans leur trajectoire professionnelle puisque les individus perdent leur statut de salarié.

La maladie et l'accident de travail peuvent impliquer des changements corporels, des troubles psychologiques, une modification du quotidien, des rythmes de vie, des relations sociales et professionnelles.

Le retour au travail n'est pas toujours facile à envisager. Les personnes concernées sont souvent incertaines quant à l'évolution de leur état de santé et donc incapables de se projeter dans l'avenir.

Les arrêts de travail concernent une personne de plus de 55 ans sur trois. Le retour dans l'entreprise est souvent difficile pour les quinquagénaires, compte tenu de leur vulnérabilité liée à la réduction de leurs capacités de travail incompatibles avec les impératifs de productivité des entreprises.

Quand l'état de santé se stabilise et que le retour à l'emploi est envisageable, ce dernier nécessite dans

certains cas un aménagement de poste. Dans d'autres cas, le retour dans l'entreprise est impossible. Et dans les situations extrêmes, les personnes peuvent devenir inaptes au travail. Elles sont alors susceptibles de bénéficier de deux dispositifs, la pension d'invalidité ou la pension retraite selon leur âge, leur capacité de travail et leur durée de cotisations sociales.

Mesurer qualitativement les politiques menées auprès du public

Les individus vont devoir faire appel à de multiples dispositifs et institutions pour faire face à cette période de transition. Ils vont utiliser des supports matériels (ressources financières, assurances, mutuelles), sociaux (relations sociales), culturelles (connaissances intellectuelles et culturelles, savoir-faire) et internes (réflexivité, courage, ténacité).

Les supports sociaux vont éviter l'isolement et maintenir le lien social indispensable à « l'estime de soi ». L'entourage peut amener une aide dans la vie quotidienne. Le conjoint peut pallier la diminution des ressources financières. La personne elle-même peut mobiliser ses ressources culturelles pour s'informer et utiliser les dispositifs.

C'est en fonction du degré de mobilisation de ces supports que les individus arrivent à faire face.

Ainsi certaines personnes vont arriver à surmonter cette épreuve alors que d'autres vont être submergées par leur situation, entraînant alors des cas de non recours aux dispositifs et donc des situations de précarité.

La caisse de retraite et de santé au travail acteur de prévention des risques liés à des difficultés de santé est très impliquée dans la question du maintien dans l'emploi des travailleurs vieillissants qui est devenue un enjeu sociétal au cours des dernières décennies.

Elle intervient auprès des entreprises et des assurés du régime général. Les assistants de service social accompagnent psychologiquement et socialement les assurés dépassés par leurs difficultés liées à l'interruption de travail. Les agents de prévention conseillent et accompagnent professionnellement les entreprises pour anticiper les risques d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

Elle s'attache aussi depuis plusieurs années à mesurer qualitativement les politiques menées auprès de son public. Elle, en partenariat avec la DRJSCS dans le cadre des plate formes Observatoire Social et avec le concours de masterants de l'université de Lille III, a souhaité renforcer cette analyse afin d'améliorer encore la prévention des situations de rupture. Ainsi, les caractéristiques des parcours des assurés, âgés de 55 à 70 ans, rencontrés par les étudiants ont permis de comprendre les transitions difficiles de statut et d'apporter des préconisations pour éviter notamment ce risque d'exclusion sociale.

Bruno GOETHALS
Anna OUATTARA
Chargés de mission
Carsat Nord - Picardie

Face aux accidents du travail et maladies professionnelles liées à l'activité agricole, la MSA de Picardie a mis en œuvre un plan stratégique de prévention et agit directement sur le terrain grâce à son réseau de conseillers en prévention des risques professionnels.

En 2012, 587 307 personnes (477 808 chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, 42 357 conjoints, 5 812 aides familiaux et 61 330 cotisants solidaires) ont été assurées à l'Assurance accidents du travail et maladies professionnelles des exploitants agricoles (Atexa), soit une baisse de 1,7 % par rapport à 2011.

En 2008, 29 859 accidents de travail, de trajet et maladies professionnelles (AT/MP) étaient recensés. Depuis, ce nombre baisse en moyenne de 4,3 % par année pour atteindre 25 014 AT/MP en 2012, soit une baisse de 6,7 % par rapport à 2011. Les chefs d'exploitation sont les principaux concernés avec 23 877 AT/MP.

En 2011, l'Observatoire économique et social CCMSA répertorie 5 200 troubles musculo-squelettiques (TMS), soit 93 % du total des maladies professionnelles (89 % pour les non-salariés et 95 % pour les salariés). Plus de quatre TMS sur dix concernent principalement les personnes âgées de 46 à 55 ans. Pour cette population, cela représente cinq maladies pour 1 000 affiliés. Les personnes âgées de moins de 35 ans ont un indice de fréquence d'une maladie pour 1 000 affiliés.

La population active agricole est majoritairement masculine (64 % d'hommes). Cependant, les femmes présentent davantage de TMS avec

une fréquence de 4,1 TMS pour 1 000 affiliées contre 2,4 TMS pour 1 000 affiliés pour les hommes.

Le contexte picard

La population protégée picarde vieillit, avec 64 % des chefs d'exploitation entre 40 et 59 ans, ce qui n'est pas sans impact sur l'état de santé des ressortissants et les problématiques AT/MP (tableau 1). On constate au niveau des éléments matériels responsables de l'accident la prédominance des animaux, des véhicules agricoles de transport, des outils à main et des machines agricoles.

Fortement liés aux activités agricoles, les accidents du travail chez les personnes de 50 ans et plus occasionnent majoritairement des lésions superficielles et contusions (34 %), des plaies (20 %), des lumbagos (18 %), des entorses et foulures (13 %).

S'agissant des maladies professionnelles, quatre affections ressortent chez les personnes de 50 ans et plus, et notamment l'affection péri-articulaire provoquée par certains gestes et postures (88 %). Suivent ensuite les affections auditives provoquées par les bruits, les affections consécutives aux vibrations, et celles consécutives à la manipulation de charges lourdes. Les activités de terrain et l'action sur

les territoires font partie de l'ADN de la Mutualité sociale agricole. En ce sens, la MSA de Picardie décline un programme de prévention, d'éducation et d'information sanitaires à ses ressortissants, en cohérence avec les politiques de santé publique.

La MSA : un guichet unique au service de sa population

Les *Instants Santé*, la vaccination contre la grippe, les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal, les *ateliers Bien vieillir*, ou bien encore le programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires font partie du plan stratégique de prévention de la MSA de Picardie. Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal, par exemple, consiste à inviter tous les deux ans les hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans à effectuer un examen préventif. Les personnes ciblées reçoivent ainsi un courrier d'invitation pour réaliser ce dépistage dans un endroit proche de leur domicile.

D'autre part, le service santé sécurité au travail met tout en œuvre avec ses conseillers en prévention des risques professionnels pour limiter les accidents du travail en agissant directement sur le terrain.

En 2013, au contact direct des populations, les conseillers ont consacré 390 journées d'information pour décliner leurs actions (tableau 2).

Laurent HAEGEMANN
Responsable service performance
qualité
MSA Picardie

Tableau 1

50 ans et plus en 2012	Accident du travail	Accident de trajet	Maladie professionnelle
Nombre d'AT-MP avec ou sans arrêt	386	16	26
Montant des indemnités journalières (€)	1 130 345	74 885	369 220
Montant des capitaux de rente (€)	2 658 127	413 438	1 077 474

Tableau 2

Thématiques	Nombre
Prévention générale	224
Risque phytosanitaire	97
Santé sécurité au travail	53
Nouvel installé	40
Manipulation bovins et équins	28

Le CESTP-Aract, association paritaire au service des TPE et PME picardes, s'intéresse particulièrement aux pratiques de gestion des âges comme nouvelle thématique à intégrer aux modes d'organisation de l'entreprise.

Le centre d'ergonomie et de sécurité au travail de Picardie - association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (CESTP-Aract), association paritaire au service des TPE et PME picardes, s'intéresse particulièrement aux pratiques de gestion des âges des entreprises dans une perspective d'amélioration des conditions de travail. Cette démarche permet de contribuer à une meilleure qualité de vie au travail et au développement de la performance des organisations.

Le vieillissement démographique en France, comme dans les autres pays européens, est un phénomène qui a entraîné au cours des dernières années de nombreuses évolutions, impactant directement les entreprises. L'hypothèse de devoir travailler plus longtemps est aujourd'hui devenue une réalité, renforcée par les projections réalisées montrant une augmentation de la part des plus de 55 ans dans la population active au cours des quinze prochaines années. Cette tendance s'expose déjà : le taux d'emploi en France de salariés âgés de 55 à 64 ans atteint 44,5 % en 2012 alors qu'il était de 39,7 % en 2010 (35,6 % pour la Picardie). Cela reste toutefois encore éloigné de l'objectif européen de 50 % fixé par la Stratégie de Lisbonne initialement en... 2010 !

L'allongement de la durée de vie professionnelle conduit désormais les entreprises à s'intéresser aux seniors qui ont longtemps pu bénéficier de dispositifs favorisant les départs anticipés. Cela pose aux acteurs de l'entreprise une nouvelle équation à résoudre : pouvoir vieillir au travail, en bonne santé, tout en réussissant à tenir les enjeux de performance imposés à chaque structure. Si l'avancée en âge s'accompagne d'une baisse de performance de certaines fonctions physiques et cognitives (efforts musculaires, capacités d'attention et de mémorisation...), elle conduit aussi au développement

de l'expérience et à la construction de mécanismes de compensation des déficiences. Diverses recherches montrent que certaines conditions de travail sont particulièrement difficiles pour les seniors : horaires décalés, postures contraignantes, pression temporelle ainsi que les changements dans le travail. Ces effets renvoient donc aux options retenues par l'entreprise dans l'organisation du travail et caractéristiques des conditions de réalisation du travail.

Le vieillissement au travail en bonne santé ne s'improvise pas

L'exposition aux contraintes de l'activité impacte donc les salariés tout au long de leur vie professionnelle, avec des effets pouvant être différés et pouvant générer des situations d'inaptitude au travail, d'usure professionnelle. Un risque élevé se présente alors : celui de l'exclusion du marché de l'emploi pour les seniors. S'intéresser à la santé des travailleurs les plus âgés, c'est s'inscrire dans une démarche qui pourra être profitable à l'ensemble des salariés dans une optique de prévention des risques professionnels et de développement de la santé de chacun.

D'autres enjeux sont également à relever. La problématique de la transmission des savoir-faire en est un parfait exemple. L'expertise et l'expérience détenue individuellement et/ou collectivement par des individus, s'appuyant sur des années de pratique et une multitude de connaissances acquises sur le terrain, constituent de véritables trésors pour les entreprises. Il s'agit donc de s'assurer de la préservation durable de la performance de l'entreprise. Cela requiert une anticipation très importante des acteurs pour organiser et préparer ces démarches de transmission des savoirs issus de l'expérience.

Le développement des capacités de travail et l'accès à la formation professionnelle sont également des enjeux importants pour permettre aux salariés de pouvoir vieillir au travail en bonne santé tout en veillant à leur employabilité. Parents pauvres des actions de formation, le public des plus de 45 ans se trouve éloigné des processus de formation et de développement des compétences (et plus particulièrement les salariés faiblement qualifiés). Et pourtant, l'accès à la formation professionnelle et la possibilité de pouvoir être acteur de son parcours professionnel constitue des vecteurs favorables au maintien en emploi des salariés.

La gestion des âges en entreprise est une thématique transversale nécessitant d'être intégrée aux modes d'organisation. Favoriser le vieillissement au travail en bonne santé et promouvoir une diversité des âges ne s'improvise pas. Connaître les caractéristiques des salariés présents dans l'entreprise (âge, ancienneté, genre, etc.), les analyser en tenant compte des spécificités des conditions de réalisation du travail pour pouvoir ensuite agir de manière concertée dans l'entreprise est une démarche devenue indispensable. Elle peut permettre aux parties prenantes d'actionner différents leviers pour répondre durablement aux problématiques identifiées (organisation du travail, gestion des ressources humaines, formation professionnelle, etc.). C'est dans ce cadre que le CESTP-Aract accompagne les entreprises picardes.

Vincent LENGOWSKI
Chargé de mission
CESTP-Aract Picardie

Pour plus d'information :
<http://www.cestp.aract.fr/gestion-des-ages-vieillessement-et-travail/>
http://www.cestp.aract.fr/fileadmin/Fichier/Module_e_learning/Module_GDA/index.htm

Lire l'article complet sur pf2s.fr

Prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile

Les patients âgés dépendants vivant à domicile nécessitent des pratiques de soins particulière. Cette première étude en France en dresse l'état des lieux à partir du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

En France, le médecin généraliste est au centre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. La législation lui confie notamment la responsabilité de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ». Cependant, l'implication et les perceptions des médecins dans la prise en charge de ces patients restent peu documentées. La quatrième vague d'études auprès du panel de médecins de ville, créé par la Drees en partenariat avec les observatoires régionaux de la santé de Bourgogne, Paca et Pays, de la Loire a porté sur l'analyse du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge médicale et sociale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

95 % des médecins généralistes déclarent suivre au moins une de ces personnes ; près de 40 % en suivent au moins vingt. En moyenne, ce sont vingt-et-une personnes qui sont prises en charge par chaque praticien. Un double effet lié au genre est révélé par cette étude. D'une manière générale, 45 % des médecins hommes déclarent

suivre au moins vingt de ces patients pour 22 % des médecins femmes. Ensuite, la durée de la consultation varie aussi en fonction du sexe. Elle est en moyenne pour les femmes de 29 minutes en visite à domicile et de 25 minutes en cabinet ; pour les hommes, ces moyennes sont respectivement de 24 et de 22 minutes. Dans un cas comme dans l'autre, elles sont plus élevées que les moyennes de consultations classiques en cabinet (18 minutes) ; de même que, contrairement à la pratique médicale actuelle qui consiste à recevoir les patients au cabinet, 84 % de prises en charges par les médecins se déroulent au domicile des personnes âgées dépendantes.

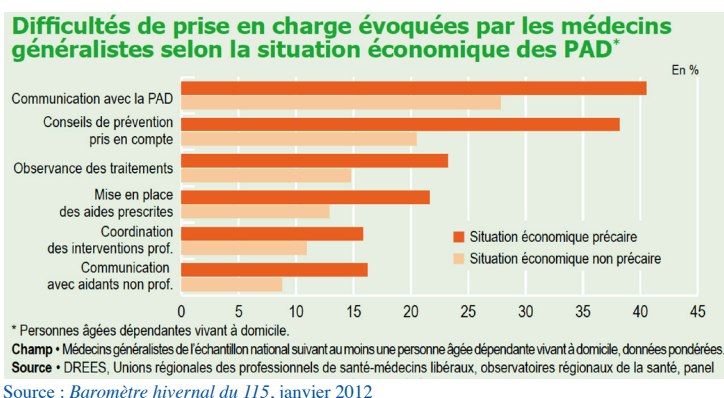
En ce qui concerne la prise en charge elle-même, les médecins disent intégrer une dimension sociale et environnementale. Huit médecins sur dix déclarent que cela consiste à s'impliquer dans la concertation entre les professionnels de l'aide et du soin, et à repérer les problèmes d'accessibilité au sein du logement. De plus, 12 % des médecins généralistes considèrent que cette prise en charge nécessiterait une coordination plus formelle des interventions autour de



Jean-François Buyck, Bénédicte Casteran-Sacreste, Marie Cavillon, Françoise Lelièvre, François Tuffreau, Fanny Mikol, La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile, *Études et résultats*, n° 869, Drees, février 2014

l'aide. Neuf médecins sur dix pensent qu'une meilleure coordination entre eux, les services hospitaliers et les intervenants à domicile serait même bénéfique. Près d'un médecin sur deux déclare renseigner un cahier de liaison à la suite d'une visite à domicile. Il est même à l'origine de l'instauration de ce cahier dans plus de la moitié des cas. Un médecin sur six déclare avoir participé à des réunions pour coordonner les interventions (aides ou soins) autour de la dernière personne âgée dépendante vivant à domicile vue et, parmi les médecins n'ayant participé à aucune réunion de coordination, 28 % pensent que ce type de rencontre serait utile. En outre, une majorité d'entre eux (59 %) déclare téléphoner aux aidants pour assurer la continuité des soins.

Six médecins sur dix pensent que leur rôle consiste à faciliter l'accès des familles aux aides publiques. Ces proportions tendent à augmenter avec l'âge des praticiens, toutes choses égales par ailleurs.



Année européenne 2014 de la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale



2014 Year of
Reconciling
Work and Family Life
in Europe

La Confédération des organisations familiales de la Communauté européenne (Coface) a lancé l'Année européenne 2014 de la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale avec

le soutien du Parlement européen et de la Commission européenne. Les deux grandes orientations de cette Année seront de mettre en adéquation les compétences des travailleurs et les emplois, d'une part, d'améliorer le bien-être et la vie des citoyens européens, d'autre part.

L'Année européenne 2014 a quatre thèmes centraux dont l'objectif général est de garantir l'équilibre famille/travail, d'améliorer l'intégration sociale, de lutter contre la pauvreté infantile et familiale et de proposer des emplois de qualité offrant services de garde d'enfants, salaires adéquats, sécurité de l'emploi et conditions de travail qui tiennent compte de la vie familiale. Elle cherche également à mieux faire connaître les politiques de conciliation au niveau européen et des États membres, à chercher à obtenir un nouvel engagement politique pour faire face aux défis familiaux, à stimuler l'engagement social et les bonnes pratiques en faveur de politiques de conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale et à évaluer et encourager des politiques favorables à la famille et leur mise en œuvre.

En savoir plus

eHealth Forum



« Le but de l'Europe, serait de créer un système patient-centré », telle est la conclusion majeure du *eHealth Forum* qui s'est tenu du 12 au 14 mai à Athènes (Grèce). Le Forum demande une réforme des soins de santé, met en avant la valeur de l'innovation et le développement du marché de la e-santé.

L'importance des services à distance, comme la prescription *via* internet (e-prescription), ou les données numérisées sur les patients, ont été des questions largement débattues.

La publication du Livre vert sur la santé mobile (après le Forum) et les *guidelines* sur la e-prescription ont été jugés comme des avancées notables, allant dans le sens d'une politique coordonnée pour développer la santé des citoyens et des patients à travers la e-santé.

En savoir plus

Inscrivez-vous sur pf2s.fr et retrouvez toutes les actualités et brèves au jour le jour



Je m'inscris sur pf2s.fr

Violence à l'égard des femmes en Europe

L'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) a mené une enquête sur



la violence envers les femmes, par entretiens auprès de 42 000 femmes âgées de 18 à 74 ans, vivant dans l'ensemble des vingt-huit États membres de l'Union. Cette enquête estime que treize millions de femmes vivant dans l'Union ont été victimes de violence physique au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, soit 7 % des femmes âgées de 18 à 74 ans.

La majorité des femmes victimes de violence ne le signale, ni à la police, ni à aucun organisme d'aide aux victimes. Elles ne prennent pas contact non plus avec le système judiciaire ni aucun autre service.

En savoir plus

Obésité : Plan d'action européen



Le Plan d'action sur l'obésité des jeunes entend arrêter la croissance du surpoids et de l'obésité chez les jeunes de 0 à 18 ans d'ici 2020. Il identifie trois types de partenaires majeurs : les vingt-huit États membres de l'Union, la Commission européenne et les organisations internationales (OMS...) et la société civile. Huit axes clés le structure :

- soutenir un bon départ dans la vie ;
- promouvoir des environnements sains ;
- faire en sorte que l'option santé devienne l'option facile ;
- restreindre la publicité et le marketing pour les enfants ;
- mieux informer les familles et leur donner la capacité d'agir (*empowerment*) ;
- encourager les activités physiques le plus tôt possible ;
- évaluer régulièrement l'alimentation et le niveau d'activité des jeunes ;
- développer la recherche.

En savoir plus

AGE Platform Europe lance AFE-INNOVNET

Réseau européen regroupant près de cent-soixante-dix organisations de personnes âgées de 50 ans et plus, **AGE Platform Europe** milite pour une prise en compte réelle et durable des intérêts des seniors. Il vient de lancer un réseau thématique pour encourager la création d'environnements adaptés aux personnes âgées.

AGE Platform Europe est un réseau européen qui a pour vocation de faire connaître et promouvoir les intérêts des 150 millions de seniors que compte l'Union européenne et de sensibiliser les décideurs politiques aux questions qui les préoccupent. AGE a ainsi délimité sept domaines d'intervention politique : la non-discrimination, l'emploi et le vieillissement actif, l'inclusion sociale, la protection sociale, la santé, l'accessibilité et la solidarité entre les générations.

En février 2014, AGE a créé AFE-INNOVNET, réseau thématique pour soutenir la créations d'environnements adaptés aux personnes âgées. Ce réseau a été lancé officiellement avec l'appui du programme européen de soutien à la politique en matière de technologies de l'information et des communications dans le contexte du programme-cadre pour l'innovation et la compétitivité (CIP ICT PSP). Une étroite coopération le lie au Bureau régional de l'Europe de l'OMS (OMS/Europe) qui participe à titre

consultatif à l'AFE-INNOVNET. Les travaux du réseau sont complémentaires de la proposition technique *Age-Friendly Environments in Europe* dirigée par l'OMS/Europe avec le soutien financier de la DG Emploi, Affaires sociales et Inclusion.

L'objectif premier du réseau est de soutenir le *Partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé* en constituant, à l'échelon européen, une vaste communauté regroupant les autorités locales et régionales, les industries, les centres de recherches et les universités. Il s'agit de rechercher des solutions innovantes fondées sur des données scientifiques pour favoriser le vieillissement actif et en bonne santé et créer des environnements adaptés aux personnes âgées. Des évaluations d'impact socio-économique des environnements pour tous les âges ainsi que les avantages liés à l'implication des personnes âgées dans la création de ces environne-

ments seront aussi menées. Il s'agira ainsi de faciliter le déploiement de solutions sociales et à base de TIC innovantes destinées à aider les personnes âgées à rester plus longtemps actives et en bonne santé. Cette mobilisation à grande échelle devrait également permettre le développement d'un marché unique européen des produits et services innovants utilisant les TIC à l'intention des personnes âgées.

Le réseau souhaite enfin lancer une Convention européenne sur le changement démographique afin de mettre en place le cadre politique et technique nécessaire pour regrouper les parties prenantes d'Europe au sein d'une structure durable et plus formelle.

<http://www.age-platform.eu/fr/>

Créer des environnements pour tous les âges signifie adapter l'environnement quotidien aux besoins des citoyens afin de leur donner les moyens de rester en bonne santé (physique et mentale) à mesure de leur vieillissement, de faciliter leur inclusion sociale et leur participation active à la société, et de les aider à conserver leur autonomie et à maintenir une bonne qualité de vie durant la vieillesse. Ces environnements permettent aussi aux travailleurs âgés de continuer de travailler plus longtemps.

Le réseau AFE-INNOVNET est composé de 27 partenaires issus de 16 pays de l'Union européenne. Il couvre douze villes et cinq régions. Le projet est dirigé par un groupe de pilotage composé d'AGE Platform Europe, du Conseil des communes et régions d'Europe, du Centre de recherche néerlandaise (TNO), de l'Institut de recherche Polibienestar de l'Université de Valence, de PAU Education et du Louth County Council (Irlande).

Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. Rapport remis au Premier ministre.

Le Défenseur des droits, mars 2014

Le Défenseur des droits s'est saisi du refus de l'accès au système de soins exercé par les professionnels de santé à l'encontre de certaines catégories de populations parmi les plus précarisées. S'agissant du droit à la santé, le Défenseur des droits rappelle que la complexité d'accès aux divers dispositifs visant à garantir un accès universel aux soins à ces populations, comme la couverture maladie universelle (CMU), la CMU-Complémentaire (CMU-C), l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS) et l'Aide médicale d'État (AME), comme le maintien de l'ouverture des droits, se traduisent par un phénomène croissant de « non recours aux droits ». En second lieu, il établit que certains professionnels de santé refusent de manière récurrente l'accès au système de soins à des bénéficiaires de ces dispositifs.

Les travaux du Défenseur des droits le conduisent à constater que l'accès au droit à la santé des personnes en situation de précarité ou vulnérables n'est pas encore acquis. Il formule douze recommandations, découlant de l'analyse des obstacles rencontrés par les plus précaires dans l'accès aux soins, et de la nécessité de mieux piloter et de restructurer le dispositif juridique de lutte contre les refus de soins illégaux.



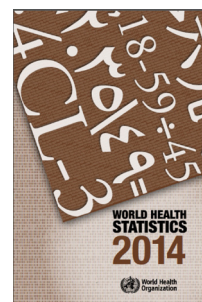
Rapport mondial sur la consommation d'alcool et la santé, OMS, 2014

L'Europe est la région OMS où la consommation d'alcool est la plus importante au monde, tel est l'un des constats de l'OMS dans ce rapport qui relie la consommation et les pratiques de consommation d'alcool à l'état de santé des populations. Mais depuis quelque cinq ans, cette consommation stagne, comme en Amérique ou en Afrique, alors qu'elle croît dans les pays du sud-est asiatique ou du Pacifique occidental. Pour l'OMS, les conséquences de cette consommation sont importantes : près de 3,3 millions de décès seraient dus à une consommation excessive d'alcool, et près deux cents maladies lui seraient attribuées, hors les actes de violence et les accidents. Les auteurs du rapport regrettent cependant le peu de débats sur ces questions. Soixante-six pays ont pris des mesures pour protéger leur population, en augmentant les taxes sur l'alcool, limitant l'âge d'accès aux boissons alcoolisées et réglementant le marché. Les actions de prévention et de soins pour les patients et leur famille sont de plus en plus nombreuses. Les initiatives développant des systèmes d'information, d'une part, et prônant pour les médecins généralistes des guides d'interventions brèves auprès de leurs patients sont de plus en plus soutenus par les pouvoirs publics.

Consultez en temps réel les rapports sur le site du pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie



www.educsantepicardie.org



World Health Statistics 2014, OMS, 2014

L'OMS vient de publier le rapport sur les statistiques mondiales de santé 2014. La donnée phare que les auteurs du rapport mettent en avant, est que l'espérance de vie a augmenté dans tous les pays de la planète. En moyenne, une fille née en 2012 peut espérer vivre 73 ans, un garçon 68 ans. Cela est six années de plus que pour un enfant né en 1990.

Le rapport met aussi en lumière que les pays à bas revenus ont fait les plus grands progrès et ont gagné en moyenne neuf années d'espérance de vie entre 1990 et 2012. Parmi ceux-ci, le Libéria, qui gagne vingt années, l'Éthiopie, les Maldives, le Cambodge ou encore le Timor-Leste et le Rwanda. La moindre mortalité des enfants avant leur cinquième anniversaire en est l'explication retenu par l'OMS. Pour les pays les plus pauvres, tous situés en Afrique occidentale, l'espérance de vie reste inférieure à 55 ans. Dans cette région, au moins 70 % des années de vie perdues sont dus aux maladies infectieuses et aux conditions de vie. Dans les pays à hauts revenus, les maladies chroniques et les accidents sont la cause de plus de 90 % des années de vie perdues.

Mais le fossé est encore grand avec les pays à hauts revenus. Seize années d'espérance de vie séparent en effet les garçons de ces deux groupes de pays (76 ans vs 60 ans), dix-neuf ans pour les filles (82 ans vs 63 ans).

À l'intérieur même des pays, les femmes vivent partout plus longtemps que les hommes : six ans de plus dans les pays à hauts revenus, trois ans dans ceux à bas revenus. L'OMS estime que la baisse de la consommation de tabac est un des facteurs essentiels qui permet aux personnes de vivre plus longtemps. Avec une espérance de vie de 84,9 ans, les femmes françaises occupent le 6^e rang mondial le plus élevé, derrière, entre autres, le Japon, l'Islande ou la Suisse. Avec tout juste 79 ans, les hommes ne sont pas dans le top-10.

Logement adapté

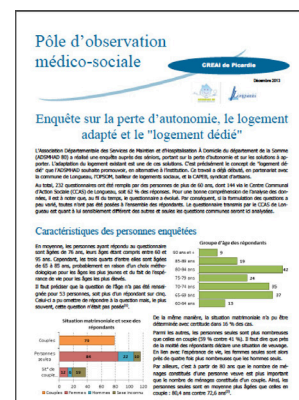
Le Creai de Picardie a édité les résultats d'une consultation réalisée par l'ADSMHAD sur le logement adapté auprès de seniors de la ville de Longueau. Pour l'occasion, le CCAS de la ville a été mobilisé.

Lorsque le choix est possible, près d'une personne sur neuf (88 %) souhaite rester dans son logement actuel jusqu'à sa fin de vie. Les propriétaires sont un peu plus attachés à leur logement que les locataires : 92 % des premiers souhaitent rester dans leur logement actuel contre 81 % des seconds. De même, 90 % des personnes qui résident dans une maison souhaitent y rester contre seulement 74 % de celles qui habitent en appartement. La vie en couple n'a en revanche pas d'effet sur le choix de rester ou non dans son logement. Une grande majorité des répondants (87 %) pense que les seniors doivent avoir une réflexion sur leur devenir avant qu'ils ne perdent leur autonomie. La solution à laquelle songent 92 % des seniors pour pouvoir rester à domicile serait le recours aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Toutes les autres solutions de logement seraient envisagées dans des proportions bien moindres que le maintien à domicile avec recours à un SSIAD. Ainsi, seule une personne sur deux envisagerait de choisir un logement intermédiaire de type foyer logement, famille d'accueil, béguinage ou encore logement domino. L'accueil en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), tout comme l'hébergement par un enfant seraient envisageables par 43 % des personnes âgées. Un quart des répondants pourrait envisager de vivre en collocation. Plusieurs éléments semblent importants, pour le choix du logement d'une personne âgée dépendante, notamment la présence de services à proximité, que ce soit des services à la personne (98 %) ou un Ssiad (90 %). De plus,

les personnes âgées sont 96 % à estimer qu'il est important que les interventions de ces deux types de services soient coordonnées afin que les services rendus soient de meilleure qualité.

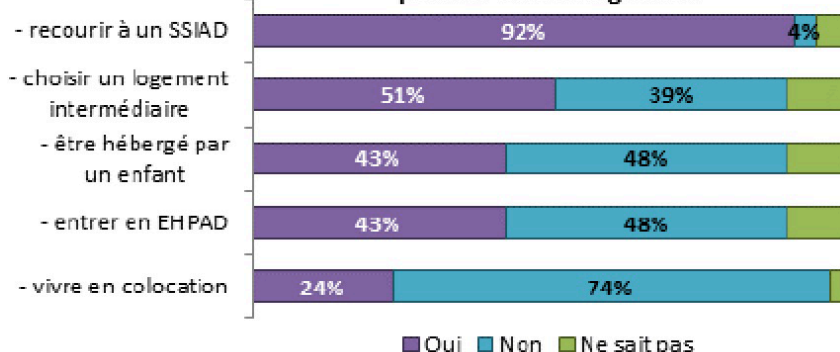
Pour faciliter l'autonomie de la personne âgée, la proximité d'un lieu d'activités pour faire ses courses est important pour 89 %, de même que l'organisation de transports adaptés permettrait la mobilité (89 % des personnes interrogées).

Cependant, 79 % estiment que le choix du logement adapté et dédié aux personnes âgées apparaît comme la bonne réponse en ce qui concerne le logement des personnes âgées. La moitié accepterait de participer à la réalisation d'un diagnostic destiné à préciser si leur logement pourrait être adaptable, accessible et sécurisé afin de pouvoir accueillir les services coordonnés du maintien à domicile en cas de perte d'autonomie. Les deux-cinquièmes d'entre eux accepteraient de participer à l'élaboration d'un projet concernant le logement adapté.



En cas de perte d'autonomie, 63 % des locataires déclarent qu'ils envisageraient un changement de logement au profit d'un logement adapté, même si celui-ci devait être plus petit que leur logement actuel. Cette proportion est plus importante chez les couples que chez les personnes seules (79 % vs 56 %), chez les personnes résidant en appartement plutôt qu'en maison (70 % vs 59 %) et chez les personnes de moins de 80 ans par rapport aux personnes plus âgées (69 % vs 50 %). L'idée d'accéder à un logement adapté varie ainsi selon l'âge et les conditions de vie, la mobilité vers un logement adapté.

En cas de perte d'autonomie, les personnes âgées pourraient envisager de...



3-5 juin 2014, Paris

9^e journées de la prévention
Organisé par l'Inpes

Informations : <http://journées-prevention.inpes.fr/programme>

12 juin 2014, Amiens

Les Assises régionales du sanitaire et du médico-social
APF-Fehap, 2^e édition. Quelle coordination des acteurs
dans les parcours de vie ?

Organisé par l'APF et la Fehap

Informations : marie.gastonraoul@apf.asso.fr /
clemence.duval@fehapp.fr

16-17 juin 2014, Amiens

6^e rencontre régionale Santé-Justice Picardie « Mineurs et
jeunes adultes en difficulté : quels partenariats ? »

Organisé par l'Ireps, l'ARS Picardie, la Disp Nord

Informations : ireps@ireps-picardie.fr

20 juin 2014, Amiens

1^{re} journée régionale du diabète et de l'obésité

Organisé par le Réseau picard pour la prévention et
l'éducation thérapeutique du patient, centre spécialisé de
l'obésité

Informations : chretien.severine@chu-amiens.fr

20 juin 2014, Amiens

Conférence débat de Laurent Cambon, La métamorphose
de l'identité professionnelle des directeurs : une question
de langage

Organisé par le Creai de Picardie

Informations : louise.meraoumia@creai-picardie.fr

20 juin 2014, Amiens

Concilier vie privée, vie professionnelle, une question
d'organisation, de santé, d'égalité

Organisé par le CESTP-Aract et la DRDFE

Informations : l.thery@anact.fr

30 juin-4 juillet 2014, Besançon

11^e Université d'été francophone en santé publique

Organisé par l'ARS Franche-Comté, la faculté de médecine
et de pharmacie de Besançon

Informations : [http://www.ars.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/MiniSiteUniversites/1_](http://www.ars.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/MiniSiteUniversites/1_UnivEteBesancon/docs/2014-1ere_annonce.pdf)
[UnivEteBesancon/docs/2014-1ere_annonce.pdf](http://www.ars.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/MiniSiteUniversites/1_UnivEteBesancon/docs/2014-1ere_annonce.pdf)

21 juillet 2014, Rennes

Les systèmes de promotion de la santé locaux/territoriaux
en faveur de l'équité

Organisé par l'EHESP

Informations : [http://www.ehesp.fr/2014/04/08/les-](http://www.ehesp.fr/2014/04/08/les-systemes-de-promotion-de-la-sante-locaux-territoriaux-en-faveur-de-lequite-21-juillet-2014/)
[systemes-de-promotion-de-la-sante-locaux-territoriaux-en-](http://www.ehesp.fr/2014/04/08/les-systemes-de-promotion-de-la-sante-locaux-territoriaux-en-faveur-de-lequite-21-juillet-2014/)
[faveur-de-lequite-21-juillet-2014/](http://www.ehesp.fr/2014/04/08/les-systemes-de-promotion-de-la-sante-locaux-territoriaux-en-faveur-de-lequite-21-juillet-2014/)

24 octobre 2014, Bagnolet

Les projets de territoire, une réponse à la précarité en
milieu rural ?

Organisé par l'Unccas

Contact : <http://www.localtis.fr/cs/>

Nathalie Frigul,
Sociologue, Curapp ESS-UMR 7319
université de Picardie Jules Verne

Travail et santé des seniors

En statistique publique, certains résultats majeurs établissent que les contraintes d'organisation du travail, les pénibilités – physiques ou psychiques – vécues tout au long de la vie professionnelle jouent un rôle dans les différences d'espérance de vie entre catégories sociales. L'enquête Santé et itinéraires professionnels (Sip), mise en œuvre conjointement par la Dares et la Drees, s'intéresse en particulier à l'emploi et à la santé des seniors (11 000 individus, hommes et femmes, âgés de 24 à 78 ans interrogés en 2006 puis en 2010). En 2007, plus d'un tiers des personnes de 50 à 59 ans, ayant connu au moins dix ans d'emploi, déclare avoir été exposé pendant cette période à l'une au moins des quatre pénibilités suivantes : produits nocifs ou toxiques, travail physiquement exigeant, travail répétitif, travail de nuit (*Dares Analyses*, n° 20-2011). Les seniors qui ont été exposés durant plus de quinze ans sont moins

souvent en emploi (66 % sont en emploi en 2007, contre 75 % de ceux qui n'ont pas été exposés ou qui l'ont été moins de quinze ans). Ils sont aussi en moins bonne santé. Le cumul d'expositions professionnelles accroît les risques d'usure prématurée, de sortie précoce d'emploi, de chômage ou d'inactivité. Ces situations s'accompagnent souvent d'une reconnaissance administrative d'incapacité médicale. Les catégories ouvrières restent les plus touchées par ces différents phénomènes. Dans et hors emploi, à 35 ans comme à 60 ans, elles sont frappées, plus que toute autre catégorie professionnelle, par une « double peine » du travail (Cambois et al.), subissant « plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte »¹.

¹ Cambois E, Laborde C, Robine J.-M., La « double peine » des ouvriers : plus d'année d'incapacité au sein d'une vie plus courte, *Population et sociétés*, n°441, pp.1-4, 2008

Pour continuer à recevoir
Plateforme sanitaire et sociale,
Inscrivez-vous sur pf2s.fr et retrouvez
toutes les actualités et brèves au jour le jour



Cliquez sur l'image

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

Directrice de publication : Dr Élisabeth Lewandowski (or2s)
Comité de rédaction : Anne-Claire Boucher (conseil général de la Somme), Danièle Bourgery (conseil régional de picardie), Læticia Cecchini (gestion du risque assurance maladie), Yassine Chaïb (drjcs), Rémy Caveng (université de picardie), Émilie Fauchille (or2s), Bruno Goethals (carsat nord-picardie), Marie-Véronique Labasque (creai), Lugdivine Godin (msa), Laurent Haegemann (msa), Philippe Lorenzo (or2s), Éric Moreau (conseil général de l'oise), Anna Ouattara (carsat nord-picardie), Aline Osman-Rogélet (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 mai 2014

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE