

Plateforme

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE
HAUTE-NORMANDIE

FOCUS JEUNESSES UNE RESSOURCE POUR LA RÉGION

diversifier la
européenne et in-
nale par une société
nges et de transferts
ériences, est un enjeu à
er pour la région.
blisation d'un diagnostic
gé de la mobilité euro-
ne et internationale des
es en Haute-Normandie
ne étape pour la co-
struction d'une stratégie
nale.

stratégie sera élaborée
rtenariat avec l'ensemble
cteurs de la mobilité dans
gion, oeuvrant dans le



Problématique et objectifs

lontariat. Elle implique des enseignants,
formateurs, des animateurs et des bénévoles
le territoire.

07



02

BONNE SANTÉ
ET BIEN-ÊTRE

12



15

SOMMAIRE

EN RÉGION

- 02 Jeunesse : journée de la *Plateforme*
- 03 *Indiss*
- 04 Benzodiazépines
- 05 Famille et parentalité : un programme à l'essai
- 06 Indicateurs de cohésion sociale

FOCUS

JEUNESSES

- 07 Édito
- 08 Le pari de l'avenir
- 09 Coremob, mobilité internationale des jeunes
- 10 Pass Région Santé

ACTUALITÉS

- 11 États généraux du travail social
- 12 Sommet du développement durable
- Grande conférence de la santé
- Forum alcool et santé

EUROPE

- 13 Villes en santé : Acte VI 2014-2018

À LIRE

- 14 Rapport sur la santé en Europe - 2015
Les niveaux de vie en 2013
Articuler recherche et pratiques en protection de l'enfance

DOC

- 15 Calais : rapport sur la situation sanitaire

- 16 AGENDA

JEUNESSE : JOURNÉE DE LA PLATEFORME

La journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Haute-Normandie se tiendra le 15 décembre 2015 à Rouen sur le thème de la jeunesse.

La jeunesse est devenue une priorité pour l'Europe avec la mise en place pour 2009-2018 de la Stratégie européenne pour la jeunesse. En France, le comité interministériel de la jeunesse (février 2013) a été consacré à deux objectifs majeurs : privilégier le droit commun pour tout ce qui concerne l'accès des jeunes aux droits sociaux pour en finir avec l'empilement des dispositifs dérogatoires et illisibles, d'une part, favoriser l'engagement des jeunes et la sécurisation de leurs parcours dans leur globalité (formation, logement, santé, mobilité...), d'autre part.

La jeunesse est une richesse et une ressource pour le territoire : c'est par ces mots encourageants que s'ouvrent le rapport et l'avis du Ceser de mars 2015 sur la jeunesse. En matinée, après une conférence introductive, ce travail réalisé par le Ceser ainsi que le plan territorial jeunesse (PTJ) et sur les modalités de son suivi seront présentés.

Quelques-unes des thématiques analysées par le Ceser seront au cœur des discussions de l'après-midi : mobilités, accès aux droits, décrochage scolaire, engagement, citoyenneté et insertion professionnelle. Il s'agira de présenter les dispositifs et réalisations mis en perspective selon l'axe *Éviter les ruptures, favoriser les passerelles possibles*. Sur le principe du *speed meeting*, les participants seront invités à assister à trois des cinq ateliers thématiques proposés, animés par des acteurs régionaux (rectorat, association régionale des



missions locales, ARS, Crij, DRJSCS, etc.). La journée s'adresse aux institutions, associations et acteurs de terrain qui mettent en place ou déclinent en actions les différentes politiques publiques s'adressant aux jeunes (14-30 ans).

La Journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Haute-Normandie se veut être un lieu de rencontre annuelle et intersectoriel des acteurs de santé publique et du social de la région, qu'ils soient institutionnels, associatifs ou politiques. Le thème des débats a été choisi en comité de pilotage de la *Plateforme*. Cette journée est un point d'étape pour des travaux en cours ou une réflexion prospective pour des travaux à venir. □

Les cinq ateliers thématiques

Atelier 1 : Mobilités internationales et européennes

Atelier 2 : Accès aux droits (droits sociaux, santé, logement...)

Atelier 3 : Décrochage scolaire

Atelier 4 : Insertion professionnelle (emplois aidés, garantie jeunes...)

Atelier 5 : Engagement des jeunes, citoyenneté



INDISS

En partenariat avec l'académie de Rouen, l'ARS et la région, l'OR2S a publié l'intégralité des résultats de l'enquête en milieu scolaire contribuant ainsi à une meilleure connaissance de la santé des jeunes scolarisés en Haute-Normandie.

Menée au cours de l'année 2012-2013, l'enquête *Indiss* permet d'apporter des connaissances sur la santé des élèves scolarisés en classes de cinquième et de seconde en Haute-Normandie.

Pour une approche globale de la santé, plusieurs thématiques sont abordées et les résultats sont présentés par le biais de six documents thématiques déclinés par classe : santé mentale, consommation de substances psychoactives, nutrition, santé et prévention (uniquement en classe de cinquième) et sexualité et contraception (uniquement en classe de seconde).

Il ressort de ces analyses de nombreuses différences entre les élèves de cinquième et de seconde. En effet, les indicateurs de santé mentale ressortent comme plus détériorés en seconde qu'en cinquième. L'expérimentation de substances psychoactives en classe de cinquième se transforme en consommation problématique voire régulière en classe de seconde. Les indicateurs relatifs à la nutrition témoignent de moins bonnes pratiques alimentaires des élèves de seconde que de cinquième.

Des différences quasi-systématiques entre les élèves de seconde générale et technologique et ceux de seconde professionnelle sont également mises en évidence.



Pour synthétiser les informations fournies par les résultats thématiques et dégager des spécificités géographiques par bassin d'éducation et de formation (Bef), une analyse multivariée, présentée dans un document de synthèse, vient compléter l'ensemble des résultats de cette enquête. Pour chacune des classes, cette approche permet de regrouper les Bef en fonction des liens entre différents indicateurs de santé abordés dans les documents thématiques.

De nombreuses différences entre les élèves de cinquième et de seconde

Cette analyse met, par exemple, en évidence que les Bef d'Évreux – Verneuil et de Louviers – Vernon sont ceux qui rassemblent des élèves de cinquième majoritairement en situation sociale

défavorisée, en moins bonne santé physique et mentale et pratiquant peu d'activités sportives extrascolaires. Pour les élèves de seconde, il est mis en évidence, entre autre, que le Bef de Bernay – Pont-Audemer se démarque par une part importante d'élèves de filière générale et technologique présentant une situation sociale favorisée, davantage avec un état dépressif et à avoir expérimenté des substances psychoactives.

L'ensemble de ces résultats permet de contribuer à l'élaboration de la définition des politiques publiques de prévention aux plans régional, départemental mais aussi infra-départemental, offrant une vision des diversités territoriales de la région. □

OLIVIA GUÉRIN
OR2S

Les documents thématiques et le document de synthèse sont disponibles sur le site internet de l'OR2S : www.or2s.fr/index.php/publications

BENZODIAZÉPINES

Un bilan positif du plan d'action régional mis en œuvre en 2014 par l'Assurance maladie et ses partenaires (Omedit et URPS médecins, pharmaciens et infirmiers) pour sensibiliser les patients, les prescripteurs et les autres professionnels de santé à la pertinence de la prescription et de la consommation des anxiolytiques.

Les benzodiazépines : des médicaments utiles dans certaines indications, mais utilisés de façon inappropriée dans un certain nombre de situations.

La durée moyenne de traitement aux anxiolytiques est souvent trop longue : elle est proche de cinq mois par an, alors que la durée maximale de prescription recommandée est limitée à douze semaines.

Une baisse de la consommation plus importante qu'en France

Les effets indésirables de ces médicaments sont connus, notamment lorsqu'ils sont utilisés trop longtemps : risques neuro-psychiques, risques d'abus et de dépendance, risque accru d'accidents de la route, accoutumance (diminution progressive de l'effet thérapeutique, conduisant à une augmentation des doses pour obtenir l'effet recherché). Par ailleurs, les risques de chutes et de perturbation de la mémoire ont été mis en évidence chez le sujet âgé et certaines études font état d'un lien potentiel entre ces substances et certaines démences.

C'est dans ce cadre, et afin d'alerter les patients sur les risques, d'accompagner les professionnels de santé sur la pertinence de la prescription et l'importance de la réévaluation des traitements, que l'Assurance maladie et ses partenaires ont mis en place un plan d'action régional en 2014. Celui-ci comportait une campagne d'information grand public (conférence de presse, campagne radio, encarts presse) et une campagne d'information conséquente auprès des professionnels de santé de la région (plus de neuf cents médecins généralistes ont été rencontrés par l'Assurance maladie, mais également des pharmaciens et infirmiers) en ville et dans les Ehpad.

Un bilan de la consommation d'anxiolytiques encourageant qui incite l'Assurance maladie et ses part-

naires à poursuivre les actions menées. La consommation d'anxiolytiques a diminué de 2 % en nombre de boîtes et de 400 000 € en montants de remboursement entre fin 2013 et fin 2014 (entre avant et après la mise en œuvre du plan d'action régional). Cette baisse est plus importante en Haute-Normandie qu'en France en 2013/2014 : le niveau de boîtes d'anxiolytiques passe ainsi de 93,5 à 93,2 en base 100 année 2010 en France et de 97,4 à 95,7 en base 100 année 2010 en Haute-Normandie.

Les indicateurs relatifs à la durée des traitements s'améliorent : la part des patients sous anxiolytiques avec un traitement de plus de 12 semaines est passée de 17 % en 2013 à 15 % à fin mars 2015.

Enfin, la part des personnes de plus de 65 ans ayant consommé des benzodiazépines à demi-vie longue se réduit : de 10 % en 2013 à moins de 9 % à fin mars 2015.

Le plan d'action régional a contribué à améliorer les indicateurs de pertinence de la prescription. Un nouveau programme de communication et d'information des professionnels de santé est donc mis en œuvre pour la fin d'année 2015 par l'Assurance maladie et ses partenaires. □



DCGDR de Haute-Normandie
Assurance maladie

FAMILLES ET PARENTALITÉ : UN PROGRAMME À L'ESSAI

Initié aux USA, mené dans divers pays puis déployé en région Paca, le projet *Strengthening Families Program* (SFP) arrive en Haute-Normandie. Ce programme de soutien aux familles et à la parentalité vise à améliorer la communication, les liens et la cohésion au sein des familles.

Le concept « Que les parents d'enfants de 6 à 11 ans acquièrent des compétences familiales et adoptent un comportement plus positif en fonction des situations » : voici l'objectif du programme expliqué par Corinne Leroy, responsable adjointe du pôle prévention et promotion de la santé. En deux mots : la « parentalité positive ».

Des temps pour parents et enfants

Le programme s'adresse à la fois aux parents et aux enfants, tous volontaires. « L'idée consiste à avoir une mixité dans les profils de famille : le projet ne s'adresse pas uniquement aux familles en difficulté sociale », précise Corinne Leroy.

Il se décline en quatorze sessions de deux heures, une fois par semaine, en groupes de dix personnes. La première heure, parents et enfants sont séparés puis ils se retrouvent pour une heure commune d'échange et de mise en situation.

Des objectifs pour chacun

L'objectif pour les parents ? Améliorer leurs connaissances en éducation, accroître leur sentiment d'efficacité parentale et leur estime de soi. Comment ? En leur apprenant à augmenter l'attention positive portée à leurs

enfants, à valoriser la pratique des encouragements relationnels et à réduire leur stress.

Pour les enfants, il s'agit de développer leurs compétences psychosociales : communication, capacité à dire non, gestion des émotions, ou encore stratégie de résolution de problèmes.

Financement

L'Inpes a financé la région Paca pour qu'elle déploie le programme dans d'autres régions volontaires. C'est ainsi que la Haute-Normandie s'est positionnée pour le mettre en place : une convention a été passée entre le comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) des Alpes-Maritimes et l'Ireps Haute-Normandie. Charge au comité de pilotage régional, composé de représentants des conseils départementaux, de la caisse d'allocations familiales et de l'ARS, de le proposer aux politiques. Les villes de Rouen, d'Évreux et de Pont-Audemer se sont déjà engagées à former des animateurs et à mettre en place le programme.



« Nous avons saisi l'opportunité de travailler sur ce programme car la parentalité entre dans le cadre des contrats locaux de santé », conclut Corinne Leroy. □

Planning de déploiement

Second semestre 2015 : formation des animateurs

Janvier 2016 : mise en place

2016 - 2017 : expérimentation puis évaluation par l'Inpes pour un éventuel développement national

INDICATEURS DE COHÉSION SOCIALE

L'OR2S publie *Les indicateurs de cohésion sociale en Haute-Normandie*. En une dizaine de thèmes, ce document permet une vision globale de la situation sociale de la population de la région, mais aussi une vue à l'échelle des départements et arrondissements.

Inspirés d'initiatives développées en Centre - Val de Loire et en Picardie, cet ouvrage a mis à contribution des organismes fournisseurs de données (Insee, Direccte, Éducation nationale, conseils départementaux, Carsat, Cnam, MSA, RSI, Caf, Dreal), dont la quasi totalité est signataire de la convention de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* de Haute-Normandie.

Les indicateurs de cohésion sociale permettent d'approcher la situation sociale de la Haute-Normandie à travers différentes thématiques : la démographie, l'éducation et la scolarité, l'emploi, la fragilité professionnelle et les revenus, les allocations et autres prestations, le logement, les personnes en situation de handicap, l'enfance et les familles, et des personnes âgées. Les projections démographiques à l'horizon 2040 sont également abordées dans certains de leurs aspects. L'ensemble de ces indicateurs est disponible pour la région, les deux départements ; la plupart le sont pour les six arrondissements haut-normands. Ces indicateurs sont comparés pour la quasi totalité d'entre eux à la moyenne de l'Hexagone ainsi qu'à la future grande région Normandie.

Accompagnés d'un texte de commentaire, les indicateurs composant chacune des thématiques traitées sont

présentés sous différentes formes à travers une cartographie par arrondissement ou des tableaux situant chacun des départements haut-normands par rapport aux valeurs départementales extrêmes observées dans l'Hexagone. Ils reposent pour la grande majorité d'entre eux sur des données collectées entre 2012 et la mi-2015.

Une déclinaison infra-régionale des indicateurs

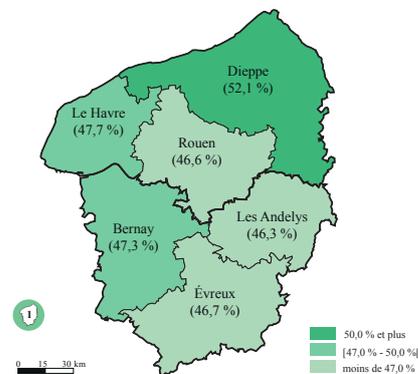
Ce document contribue à la priorisation des actions destinées à la population dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Bon nombre de ces indicateurs de cohésion sociale présentés au niveau des arrondissements seront prochainement disponibles dans la base territoriale des indicateurs à d'autres niveaux infra-départementaux. □

FRANÇOIS MICHELOT
OR2S

Téléchargez prochainement ce document à partir de pf2s.fr



Foyers fiscaux non imposés sur le revenu en 2012



Source : ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP

JEUNESSES, UNE RESSOURCE POUR LA RÉGION



GÉRARD LISSOT

Président du conseil économique,
social et environnemental régional
de Haute-Normandie

En matière de politique publique, la « jeunesse » n'est pas à proprement parler une compétence. Elle nécessite la mise en œuvre d'actions relevant de la formation, de l'enseignement, des transports, de la culture, de la santé, du sport, des loisirs, etc. Saisi par le président de région en février 2014, le Ceser avait pour mission de réaliser des propositions dans la perspective de construire une stratégie globale.

Cette ambition devra épouser demain les contours de la Normandie fusionnée, pour laquelle les jeunes constituent une richesse formidable. Les politiques publiques ont le devoir de les accompagner pour les aider à franchir toutes les étapes nécessaires à la construction de leur autonomie.

Le Ceser a multiplié les rencontres sur le terrain pour présenter ses propositions : l'accueil positif reçu témoigne de la bonne volonté de chacun, mais nous a aussi permis de mesurer l'ampleur de la tâche à accomplir. Ne perdons pas de temps, car l'avenir se joue à travers notre jeunesse.

LE PARI DE L'AVENIR

En février 2014, le président du conseil régional de Haute-Normandie a saisi le conseil économique et social pour émettre des propositions dans la perspective d'un futur schéma régional pour la jeunesse.

Changer le regard que porte la société sur les jeunes, c'est faire le pari de l'avenir et d'un retour sur investissement qui contribuera à renforcer l'attractivité d'un territoire. Tel est la conviction développée par le Ceser dans son travail intitulé *Jeunesses : une ressource pour la région*. Focus sur quelques-unes des propositions formulées.

L'autonomisation

Le financement de l'autonomie des jeunes en France repose surtout sur l'entraide familiale, situation de semi-dépendance qui tend à s'allonger sous l'effet de la crise. La région doit porter une attention particulière aux facteurs qui permettent l'autonomisation des jeunes pour leur développement personnel : accès aux aides sociales, au logement et à la santé notamment. Notons que les pratiques culturelles, sportives, associatives et citoyennes sont des éléments clés de l'insertion sociale, de l'éducation et de l'épanouissement des jeunes.

La mobilité

Souvent sans moyen de transport individuel, les jeunes sont particulièrement concernés par les faiblesses des moyens de transports collectifs. L'action doit porter en priorité sur les outils indispensables tant sur le plan

local (liaisons vers les lieux fréquentés des jeunes) qu'international (mobilité et langues étrangères).

Le numérique

Les investissements des collectivités portent sur le déploiement des réseaux mais encore peu sur leur utilisation, notamment auprès des jeunes nés avec le numérique qui en font un usage avant tout ludique. Le Ceser estime important de dégager des financements sur les outils virtuels d'apprentissage.

tribuer à une meilleure préparation des jeunes, par exemple *via* une relance des internats dans lesquels sont inscrits des projets de vie sociale. Le Ceser recommande que la région veille, aux côtés de ses partenaires, au partage des priorités sur la carte des formations, au renforcement du lien école-entreprise, à l'aide aux entreprises pour l'apprentissage et au soutien à la pratique des stages. □

Ceser Haute-Normandie

Permettre l'autonomisation des jeunes

Les qualifications

La région a mis en place des animations territoriales régulières pour entretenir un dialogue localement autour de la qualification des populations. Le Ceser l'encourage à poursuivre ce rôle et à entamer avec les acteurs des territoires prioritaires un dialogue plus étroit pour limiter les risques d'échec.

La formation et l'insertion

La région et la communauté éducative doivent conjuguer leurs efforts pour pousser et tirer les jeunes vers le haut. Au lycée, la région peut con-



COREMOB, MOBILITÉ INTERNATIONALE DES JEUNES

La mobilité européenne et internationale n'est pas uniquement un facteur d'épanouissement personnel, d'apprentissage de la citoyenneté et de l'autonomie. Elle est aussi un atout important pour leur insertion professionnelle.

A l'occasion du Comité interministériel de la jeunesse (Cij), la volonté nationale de permettre l'accès de tous les jeunes à l'offre de mobilité a été réaffirmée. Dans le même esprit, l'un des treize chantiers du plan territorial pour la Jeunesse en Haute-Normandie vise à accroître et à diversifier la mobilité européenne et internationale des jeunes.

Face aux inégalités d'accès à une expérience de mobilité, le comité régional de la mobilité européenne et internationale (Coremob), qui a été installé en juin 2015 en Haute-Normandie, a pour objectif d'augmenter le nombre de jeunes qui effectuent une mobilité européenne ou internationale et ainsi favoriser la mixité. Il doit aussi permettre une coordination permanente et une coopération régulière entre les acteurs de la mobilité pour faciliter l'accès aux programmes et élaborer de manière partenariale un plan de développement régional de la mobilité.

Présidé par le préfet de région, le recteur et le président du conseil régional, le Coremob réunit des acteurs institutionnels (services de l'État, collectivités locales, universités, rectorat,

pôle emploi...), associatifs (Crij, missions locales, MJC...), des représentants du monde de l'entreprise et des jeunes.

Un diagnostic régional de la mobilité a été réalisé cet été. Présenté le 30 septembre 2015, il permet un état des lieux actualisé de la mobilité des jeunes à l'échelle de la région et formule plusieurs préconisations.

Permettre l'accès de tous les jeunes aux offres de mobilité

La direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale a la mission d'animer et de coordonner le Coremob. Elle a ainsi mis en place cinq groupes de travail qui se sont réunis en octobre sur différentes thématiques : « informer et communiquer sur la mobilité des jeunes (notamment par les pairs) » ; « sensibiliser et former les acteurs sur la mobilité des jeunes » ; « toucher les jeunes les plus éloignés de la mobi-



lité » et enfin, « connaître et valoriser les expériences de mobilité ».

Très prochainement, des actions seront mises en œuvre pour permettre d'augmenter et de diversifier la mobilité internationale des jeunes tout en la rendant plus visible et accessible. □

DAVID DURAND
DRJSCS Haute-Normandie

PASS RÉGION SANTÉ

La région Haute-Normandie a souhaité favoriser l'accès gratuit et confidentiel des soins pour les jeunes titulaires de La carte Région, grâce à la mise en place du Pass Région Santé.

Ce dispositif s'appuie sur un réseau de partenaires de santé (médecins, gynécologues, sages-femmes, pédiatres, laboratoires d'analyses biologiques, pharmaciens) et ouvre droit aux prestations médicales suivantes :

- trois consultations médicales (remboursées sur la base des tarifs conventionnels sans dépassement d'honoraires), permettant entre autre la prescription d'analyses médicales et d'un moyen de contraception adapté mais également l'information du jeune sur les différents moyens de contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST)... L'une de ces consultations pourra permettre la pose d'un contraceptif, de style implant, ou d'un stérilet ;
 - deux analyses biologiques (dépistage des IST, du VIH ou bilans sanguins complets ;
 - l'achat d'un implant, d'un stérilet, de contraceptifs oraux ou de tout autres moyens contraceptifs, sur présentation d'une ordonnance médicale.
- Préalablement à sa première consultation médicale, le jeune devra faire sa demande de Pass sur son espace personnel dans le site www.lacarteregion.com. S'il se présente sans avoir fait cette demande au préalable, ses droits ne seront pas ouverts et aucun acte

ne pourra être décompté. Les droits sont valables pour une année scolaire et peuvent être demandés chaque année.

Mieux suivre la contraception et prévenir les IST

Le professionnel de santé souhaitant devenir partenaire du Pass Région Santé devra également s'inscrire sur le site www.lacarteregion.com. Lors de sa visite chez un professionnel de santé partenaire, le jeune aura deux possibilités :

- présenter uniquement La carte région. La région prendra en charge l'intégralité des frais dans la limite des

tarifs conventionnels sans dépassement d'honoraires ;

- présenter sa carte vitale, ou un justificatif d'affiliation, et sa carte Région. Le professionnel de santé appliquera le tiers-payant. La région interviendra de manière complémentaire en prenant en charge le ticket modérateur dans la limite des tarifs conventionnels.

Pour les jeunes filles mineures d'au moins 15 ans : sur demande de la jeune, le professionnel de santé devra utiliser le numéro d'inscription au répertoire de la sécurité sociale (Nir) anonyme mis en place par l'Assurance maladie. Il garantit la confidentialité pour les actes liés à la prescription et au suivi de la contraception.

Si un jeune homme souhaite une confidentialité complète, il doit utiliser La carte Région. □

AVEC LE PASS RÉGION SANTÉ, JE PRENDS SOIN DE MOI !

Quand on est jeune, on ne pense pas toujours à la santé. Ça coûte trop cher. C'est compliqué. Et puis on n'est pas toujours prêt de contraception, de stérilet, de pilule... C'est un enjeu essentiel. C'est pourquoi la Région a décidé d'agir.

NICOLAS HAYER-ROSSIGNOL
Médico - La Région

LE SAVIEZ-VOUS ?
En Haute-Normandie, chaque année :

- plus de 100 jeunes filles meurent, accidentellement, à un enfant.
- près de 400 mineures subissent une interruption volontaire de grossesse (IVG).

POUR QUI ?
Le Pass Région Santé s'adresse à tous les titulaires de la carte Région et de la carte Région Santé. **Spécialement, adolescents et 1^{er} année d'études supérieures.** Objectif : les aider à faire leurs choix et à être suivis en matière de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles.

POUR QUOI ?
Le Pass Région Santé permet de bénéficier de manière confidentielle, de 3 consultations gratuites auprès de médecins ou de sages-femmes, d'avoir en accès gratuit des examens biologiques nécessaires et aux produits contraceptifs adaptés.

Parce que la contraception et la sexualité sont des sujets trop sérieux pour être tabous, parce que malgré les dispositifs existants*, on compte encore trop de grossesses non désirées et de jeunes victimes d'infections sexuellement transmissibles, la Région a créé le Pass Région Santé. **Objectif** : aider les jeunes à mieux prendre soin d'eux.

QUELS PROFESSIONNELS PARTENAIRES ?
Les professionnels concernés sont les **médecins généralistes, les gynécologues, les sages-femmes, les pédiatres, les laboratoires d'analyses biologiques et les pharmaciens.**

COMMENT FAIRE ?
Pour obtenir le Pass Région Santé, il suffit de se connecter sur www.lacarteregion.com et de cliquer sur « Jeunes ». À gauche de l'écran, il faut cliquer sur le bouton « Pass Région Santé » et suivre les instructions. Cette demande préalable est obligatoire pour activer la carte.

BON À SAVOIR
*Le Pass Région Santé vient en complément d'autres dispositifs déjà existants : consultations et dépistage gratuits dans les Centres d'éducation et de planification familiale (CEPF) ou auprès d'associations spécialisées, prise en charge avec la carte Vitale pour les jeunes filles de 15 ans de visites confidentielles chez le médecin traitant et délivrance gratuite de contraceptif.

ÉTATS GÉNÉRAUX DU TRAVAIL SOCIAL

La députée Brigitte Bourguignon a remis début septembre au Premier ministre son rapport *Reconnaître et valoriser le travail social*. Fort de 23 propositions, il clôt les États généraux du travail social ouverts en 2014.

Les États généraux du travail social ont donné lieu à de nombreux échanges en région comme au niveau national au cours de l'année 2014. Cinq groupes de travail nationaux furent alors chargés de synthétiser les travaux des assises régionales et de formuler des propositions sur cinq thèmes : coordination des acteurs, formation initiale et formation continue, métiers et complémentarités, place des usagers, développement social et travail social collectif. Plus de cinq mille personnes auront participé aux rencontres territoriales et seize mille répondu au questionnaire en ligne. Nommée par le Premier ministre, la députée du Pas-de-Calais Brigitte Bourguignon a été chargée d'élaborer un plan d'action. Le cœur des propositions est de faire converger la définition du travail social vers celle de l'*International Association of Schools of Social Work* (IASSW) prise le 10 juillet 2014 à Melbourne. Le travail social y est défini comme « une pratique professionnelle et une discipline. Il promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de

droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respect des diversités, sont au cœur du travail social (...) »

La mission Bourguignon s'est ainsi employée à faire émerger un consensus en opérant un glissement du principe « un diplôme par niveau » vers le principe d'un « socle commun identitaire », contenu dans la définition de l'IASSW. Ce socle serait ainsi le soubassement des diplômes d'État de travail social et pourrait inspirer en tout ou partie les diplômes qui en reconnaissent ses valeurs.

La mission propose la reconnaissance du grade de licence aux formations de niveaux III (Accords de Bologne) ainsi que la mise en œuvre d'un développement professionnel continu (DPC) social et médico-social. Une délégation interministérielle du travail social et de l'intervention sociale serait chargée dès sa création de coordonner les actions et évaluer les incidences des politiques conduites par l'État. □

Six rapports

Les cinq rapports thématiques ont été remis par les rapporteurs en mars 2014.

Formation initiale et continue,
Florence Perrin

Métiers et complémentarité,
Jean-Baptiste Plarier

Place des usagers
Marcel Jaeger

Développement social et travail social collectif, Michel Dagbert

Coordination des acteurs
Philippe Metezeau

Le rapport Reconnaître et valoriser le travail social, Brigitte Bourguignon

Cliquez sur les intitulés pour accéder à la synthèse des rapports





STRATÉGIE
NATIONALE
DE SANTÉ



Sommet du développement durable

Le Sommet du développement durable (25 au 27 septembre 2015, New-York) a adopté le programme de développement durable à l'horizon 2030 et de ses 17 Objectifs de développement durable (ODD). Ce programme poursuit celui des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui s'achève en 2015. L'éradication de la pauvreté, la santé, l'éducation et la sécurité alimentaire et la nutrition restent des priorités.

L'objectif 3 *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge*, fait de la santé un résultat à atteindre en tant que tel. Il comporte de nouvelles cibles sur des problèmes importants pour lesquels des progrès majeurs ont été accomplis dans le cadre des OMD. Les épidémies mondiales de VIH, de tuberculose et de paludisme ont régressé. À l'échelle mondiale, la mortalité de l'enfant et la mortalité maternelle ont fortement reculé depuis 1990, avec des baisses respectives de 53 % et de plus de 40 %.

Il s'agit aussi de réduire le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol. Parmi les autres mesures qui composent cet objectif, on trouve la baisse du taux mondial de mortalité maternelle, l'élimination des décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, la réduction d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être, la diminution de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route.

L'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte anti-tabac est une volonté affichée, tout comme le renforcement de la prévention et du traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool.

Enfin, l'objectif entend assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.

Le Sommet du développement durable (25 au 27 septembre 2015, New-York) a adopté le programme de développement durable à l'horizon 2030 et de ses 17 Objectifs de développement durable (ODD). Ce programme poursuit celui des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui s'achève en 2015. L'éradication de la pauvreté, la santé, l'éducation et la sécurité alimentaire et la nutrition restent des priorités.

Forum alcool et santé

Les organisations non gouvernementales européennes ont démissionné le 3 juin dernier du Forum sur l'alcool et la santé.

L'annonce faite par le commissaire V. Andriukaitis qu'il n'y aurait pas de nouvelle stratégie de l'alcool de l'Union a motivé cet acte. Dans une lettre ouverte adressée au commissaire Andriukaitis, les ONG argumentent leur démission en quatre points :

1. Le refus de l'Europe de développer une nouvelle stratégie alcool ignorant les appels du Parlement européen et des États membres.
2. La décision de vouloir intégrer la politique alcool dans le cadre général des maladies chroniques, ce qui occultera la lutte contre les méfaits de l'alcool tels que l'alcool au volant, la violence domestique, la maltraitance des enfants, les accidents et les blessures.
3. L'impact nul du Forum sur les politiques de santé publique.
4. En l'absence de stratégie et d'une réorientation susceptibles d'aider réellement les États membres à réduire les dommages liés à la consommation d'alcool, le forum n'a pas de sens.

Grande conférence de la santé

Najat Vallaud-Belkacem, ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et Thierry Mandon, secrétaire d'État chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ont installé le comité de pilotage chargé de la préparation de la Grande conférence de la santé, conformément à l'engagement du Premier ministre.

Annoncée le 11 mars dernier et organisée en janvier 2016, sous la forme d'une ou de deux journées, la Grande conférence de la santé viendra clôturer la deuxième phase de la Stratégie nationale de santé. Elle sera un nouveau temps fort d'échanges entre les acteurs du système de santé autour de trois thématiques :

- la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- les métiers et compétences ;
- les parcours professionnels et les modes d'exercice.

À la suite de la Grande conférence de la santé, le Gouvernement rendra publique une nouvelle feuille de route pluriannuelle.

Le Premier ministre a confié la préparation de la Grande conférence de la santé à Anne-Marie Brocas, présidente du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, et à Lionel Collet, conseiller d'État, professeur de médecine. Un comité de pilotage de seize personnes secondera les pilotes, appuyés par une équipe de trois haut fonctionnaires.



VILLES EN SANTÉ : ACTE VI 2014-2018

Après son lancement il y a vingt-cinq ans, le réseau des Villes-Santé OMS de la région Europe prend une nouvelle dimension avec l'implantation de la phase VI dans le cadre du programme de l'OMS-Europe Santé 2020.

La phase VI constitue un cadre à la fois adaptable et concret pour la mise en œuvre de Santé 2020 au niveau local. Elle est un instrument unique pour un apprentissage collectif et un échange de compétences et d'expériences entre les villes, les instances infra-nationales et les pays. Elle reconnaît que chaque ville est unique et poursuivra les objectifs globaux et les thèmes principaux de la phase VI en fonction de sa situation propre. Dans le cadre de la mise en œuvre de Santé 2020, la phase VI apportera un soutien aux villes et les encouragera à intensifier leurs efforts en vue d'amener les principales parties prenantes à œuvrer de concert en faveur de la santé et du bien-être, en tirant parti de leur potentiel d'innovation et de changement et en surmontant les défis locaux en matière de santé publique. D'après l'OMS-Europe, la prospérité future des populations urbaines dépend de la volonté et de la capacité à saisir de nouvelles occasions d'améliorer la santé et le bien-être de la population actuelle et des générations futures.

Les quatre priorités de Santé 2020 sont adaptables aux Villes-Santé :

- investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et responsabiliser (*empowering*) les citoyens ;
- relever les principaux défis sanitaires de la Région en matière de maladies (non) transmissibles ;
- renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne et les capacités de santé publique, y compris la capacité à se préparer et à réagir aux situations d'urgence ;
- créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien.

Enfin, au cours des cinq années de la phase VI, les villes doivent mettre en œuvre certaines stratégies et activités. Elles doivent auparavant obtenir le soutien politique et les ressources requises et mettre en place les structures nécessaires à la réalisation des objectifs liés aux Villes-Santé. Pour adhérer au Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS, elles doivent aussi être prêtes à collaborer avec d'autres villes d'Europe, notamment dans le cadre de réseaux. Douze exigences ou conditions spécifiques sont par ailleurs requises pour participer à la phase VI. □

Objectifs généraux du Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS

- Promouvoir l'action visant à mettre la santé en bonne place parmi les préoccupations sociales et politiques des villes.
- Promouvoir les politiques et les interventions pour la santé et le développement durable au niveau local, en mettant l'accent sur les déterminants de la santé, l'équité en santé et les principes des politiques européennes Santé pour tous et Santé 2020.
- Promouvoir une gouvernance inter-sectorielle et participative pour la santé, le principe de santé et d'équité en santé dans l'ensemble des politiques locales, et une planification intégrée pour la santé.
- Générer des compétences en matière de politiques et de pratiques, des informations factuelles, des connaissances et des méthodes efficaces pouvant servir à la promotion de la santé dans toutes les villes de la Région européenne.
- Promouvoir la solidarité et la coopération entre les villes et les réseaux d'autorités locales en Europe, ainsi que les partenariats avec des institutions s'intéressant aux problèmes urbains.
- Accroître l'accessibilité du Réseau européen de l'OMS à l'ensemble des États membres de la Région européenne.



Rapport sur la santé en Europe - 2015
OMS-Europe, octobre 2015



D'après l'OMS-Europe, la Région européenne est en passe d'atteindre la cible de réduction de la mortalité prématurée imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques. Les avancées accomplies sont dues en grande partie aux améliorations réalisées dans les pays qui présentaient les taux les plus élevés de mortalité prématurée. Cependant, d'après les auteurs du rapport, les niveaux de consommation d'alcool, de tabagisme et de surpoids et d'obésité, qui figurent parmi les principaux facteurs de risque de mortalité prématurée, atteignent toujours des niveaux alarmants. Ainsi, les Européens consomment en moyenne 11 litres d'alcool pur par an tandis que le surpoids et l'obésité touchent 59 % d'entre eux et que 30 % sont des fumeurs. La France se situe à la dixième place pour les pays où l'épidémie de surpoids et d'obésité est la plus marquée.

La Région européenne enregistre les taux les plus élevés au monde pour les consommations d'alcool et de tabac et se situe juste derrière la Région des Amériques pour le surpoids et l'obésité. L'OMS reconnaît cependant que les politiques publiques se sont traduites par une tendance à la baisse du tabagisme et de la consommation d'alcool en Europe. Cependant, l'objectif de réduction de 30 % fixé par le cadre mondial de suivi pour la lutte contre les maladies non transmissibles ne sera pas atteint d'ici 2025.

En ce qui concerne les inégalités de santé, la proportion de pays ayant adopté des politiques ciblées et spécifiques pour agir contre les inégalités de santé est passée de 58 % en 2010 à 67 % en 2013. La portée de ces politiques s'est élargie : alors qu'en 2010, elles étaient le plus souvent axées sur l'amélioration de la santé des groupes défavorisés et la bonne santé dans la petite enfance, en 2013, elles étaient plus nombreuses à tenir compte de questions telles que la lutte contre la pauvreté et l'amélioration de l'environnement physique.

Enfin, l'OMS entend mettre davantage en avant la santé et le bien-être que la mortalité et les maladies pour décrire l'état de santé à partir de données subjectives et qualitatives. Un groupe d'experts réuni en janvier 2015 doit en définir le format.

Articuler recherche et pratiques en protection de l'enfance
Observatoire de l'enfance en danger, septembre 2015

À l'occasion de son dixième anniversaire, l'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned) s'est penché lors d'un colloque sur les liens entre la recherche scientifique et la diffusion des pratiques dont les résultats ont été jugés probants, et ainsi articuler recherche et pratiques. Entre *Evidence-base medicine* et recherche-action collaborative, ce dossier de l'Oned étudie les apports et les limites de ces démarches, à partir de situations nationales concrètes dans le champ de la protection de l'enfance.

Des chercheurs français et étrangers ont été mis à contribution pour présenter les résultats de leurs travaux, sur les processus d'implantation d'outil, ou de prise de décision, de co-construction de programmes d'intervention, ou encore sur la participation des enfants et des familles.



Les niveaux de vie en 2013

Antoine Boiron et al., Insee Première, n°1566, septembre 2015

À partir de l'enquête *Revenus fiscaux et sociaux* 2013, l'Insee a établi le niveau de vie en France métropolitaine pour 2013.



Le niveau de vie médian de la population s'élève à 20 000 € annuels (1 667 € mensuels), identique à 2012 en euros constants.

Enregistrée dès 2012, la réduction des inégalités se poursuit en 2013, Elle est due à la baisse des revenus liés au patrimoine et à la hausse des impôts pour les ménages les plus aisés, mais aussi à l'augmentation des revenus salariaux liée à l'augmentation des heures travaillées pour les personnes les plus modestes. Les 10 % des personnes les plus modestes ont un niveau de vie inférieur à 10 730 euros, les 10 % les plus aisées ont un niveau de vie supérieur à 37 200 euros, soit 3,5 fois plus.

En 2013, 8,6 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire s'élevant à 1 000 € mensuels (60 % du niveau de vie médian de la population). 14,0 % de la population sont déclarés comme étant pauvre. Près des deux-tiers des ménages bénéficiaires du RSA socle vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le taux de pauvreté des retraités est stable à 7,9 % (7,7 % en 2012).

C'est parmi les chômeurs et les adultes de moins de 30 ans que la pauvreté recule le plus (-1,4 point depuis 2012). Le niveau de vie des chômeurs a augmenté de 2,3 %, leur taux de pauvreté est de 37,3 % en 2013. Enfin, les enfants de moins de 18 ans ont bénéficié de la baisse du taux de pauvreté des actifs, notamment chez les enfants vivant dans une famille monoparentale, dont le taux de pauvreté passe sous la barre des 40 %.

CALAIS : RAPPORT SUR LA SITUATION SANITAIRE

L'état sanitaire des réfugiés de Calais a fait l'objet d'un rapport commandé dans l'urgence par Marisol Touraine. Si la situation est sous contrôle, une amélioration du dispositif est cependant nécessaire à court terme.

À la demande de Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et de Bernard Cazeneuve, ministre de l'Intérieur, une mission d'évaluation de la situation sanitaire des migrants de Calais a été confiée à six médecins, avec l'exigence de remettre des préconisations sous huit jours. Les objectifs de cette mission d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire des migrants à Calais sont de trois ordres :

- dresser un bilan quantitatif et qualitatif de la situation sanitaire des migrants ;
- évaluer le dispositif sanitaire mis en place en réponse aux besoins de santé actuels et aux évolutions futures ;
- formuler des propositions d'amélioration.

Le rapport définitif et ses annexes, a été remis le 29 octobre. Ses auteurs notent que s'il n'y a pas de vraie crise sanitaire, ni d'éléments pouvant faire craindre une menace épidémique majeure, à court terme, la situation comporte des risques, y compris sanitaires, à maîtriser et anticiper : la veille sanitaire doit être renforcée, en s'appuyant notamment sur les acteurs locaux, y compris associatifs, et sur une politique de prévention pragmatique qui doit être développée. Les urgences vitales, et les pathologies



les plus graves nécessitant l'appui d'un plateau technique ou une hospitalisation, sont correctement prises en charge et il n'y a pas dans ce domaine de problème majeur, ni aucune discrimination. Les conditions particulières correspondent aux exigences de sécurité en la matière, eu égard aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Certains besoins spécifiques ont été pris en compte et la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dentaire du centre hospitalier est fonctionnelle. Les auteurs insistent sur le renforcement ciblé de l'offre de soins, en privilégiant la proximité et l'offre ambulatoire (« l'hôpital hors les murs »). Le deuxième besoin est celui de « structures de suite » en sortie d'hospitalisation mais adaptées au contexte, et concentrées sur le site du centre hospitalier Jules Ferry. En dehors d'une coordination sanitaire et médicosociale, une médiation professionnelle, médicale, avec des temps de rencontre fixes et réguliers, doit rapidement voir le jour pour que l'ensemble des intervenants sani-

taires échangent leurs informations, leurs expériences pour aller progressivement vers une vraie coordination. Le schéma cible des soins primaires pourrait partir des maraudes dans la Lande, absolument nécessaires, pour se prolonger sur le site de Jules Ferry en y concentrant le maximum de services ambulatoires, y compris des services de prévention et une possibilité de prise en charge médico-psychologique. Ce dispositif doit être complété, pour les rédacteurs du rapport, de lits de soins de suite sous la forme de lits halte soins santé (LHSS) sur le site du centre Jules Ferry. Ce schéma correspondant à la demande principale de soins, curatifs et préventifs, physiques et psychiques, est doublé en parallèle par deux dispositifs :

- celui assurant les urgences vitales dès le site de la Lande jusqu'au service d'urgences, au bloc opératoire ou au service de réanimation ;
- le dispositif renforcé de veille sanitaire. □

24 NOVEMBRE, PARIS

Les rencontres de statistiques appliquées - utiliser les données administratives dans le cadre de la recherche en sciences sociales

INED
Programme

30 NOVEMBRE, PARIS

1^{er} Forum de l'Institut pour la démocratie en santé - Dessiner les nouvelles frontières de la démocratie en santé

INSTITUT POUR LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ
Programme

5 DÉCEMBRE, PARIS

Sommet 2015 du Climat et de la Santé

THE GLOBAL CLIMATE AND HEALTH ALLIANCE
Programme

10-11 DÉCEMBRE, PARIS

Respire ta ville

ADEME, RÉSEAU FRANÇAIS VILLES SANTÉ-OMS, FONDATION INTERNET NOUVELLE GÉNÉRATION
Programme

15 DÉCEMBRE, ROUEN

Jeunesses. Journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Haute-Normandie

OR2S, PLATEFORME SANITAIRE ET SOCIALE DE HAUTE-NORMANDIE
Programme

21 JANVIER 2015, ROUEN

2^e rencontre rouennaise de la santé et 7^e rencontre des acteurs de l'éducation et promotion de la santé du PRC : Jeunes, actifs, personnes vulnérables, séniors : Quels parcours de santé en addiction sur les territoires ?

IREPS HAUTE-NORMANDIE
Programme

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

Je m'inscris sur pf2s.fr



Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3 rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1
Antenne haut-normande : Pôle régional des Savoirs, 115 boulevard de l'Europe, 76100 Rouen
Tél : 03 22 82 77 24, 07 71 13 79 32, 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 : Gérard Bouvais (drjcs), Catherine Gay (région haute-normandie), Christelle Gougeon (ars), Corinne Leroy (ars), François Michelot (or2s), Cyrille Tellart (drjcs), Alain Trugeon (or2s), Nathalie Viard (ars)
Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo

