

Plateforme

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE
PICARDIE

SOMMAIRE

EN RÉGION

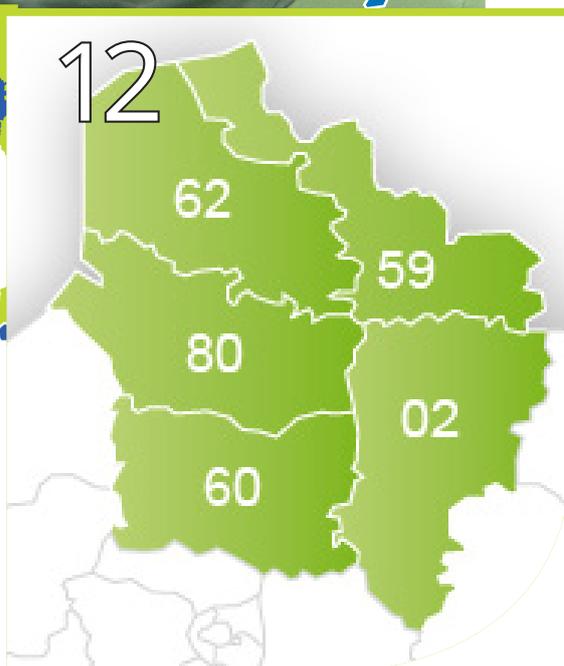
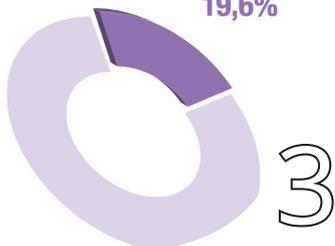
- 02 Observatoire des fragilités - Carsat
- 03 Journée mondiale du sida
- 04 Santé des personnes détenues
- 05 La France des régions 2016
- 06 JF2T : au cœur de la santé et du social

FOCUS

- 07 **Édito, Françoise Jabot, EHESP**
- 08 **L'évaluation à mi-parcours du PRS est finalisée**
- 09 **Les dispositifs évalués**
- 10 **Agence régionale de santé Picardie, cinq ans d'avancées pour la santé des Picards**
- 11 **L'organisation de l'ARS Nord - Pas-de-Calais - Picardie**
- 12 **Organisation de l'État en région**
- 13 **CESER : un projet pour la grande région**
- 14 **Tribune libre, Dominique Carpentier, Jean-Luc Dehaene**



France métropolitaine
19,6%



- 15 Effets de la CMU sur le recours aux soins
- 16 Loi de modernisation de notre système de santé
Pacte territoire santé 2
La santé en 2015

EUROPE

- 17 Agenda numérique pour l'Europe

LU POUR VOUS

- 18 Rapport annuel de l'ONDPS
L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures
Rapport d'activité de la Drees, 2014

DOC

- 19 Pauvreté : les chiffres clés

- 20 AGENDA

OBSERVATOIRE DES FRAGILITÉS - CARSAT

Afin d'assurer le maintien à domicile des seniors et permettre l'accompagnement et l'accès aux soins des plus fragiles, la Carsat Nord-Picardie déploie, avec dix autres Carsat, un système d'information géographique.

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) Nord-Picardie mène trois grandes missions :

- la préparation et le paiement de la retraite des salariés du régime général ;
- la prévention et la tarification des risques professionnels ;
- l'aide et l'accompagnement des assurés en difficulté.

Pour réaliser ces missions et améliorer l'efficacité de ces actions, la prévention revêt un caractère grandissant. D'où :

- un besoin d'identifier des territoires prioritaires d'intervention ;
- un besoin de comparer le positionnement des actions menées par rapport aux territoires où les besoins sont les plus importants.

Depuis 2010, La Carsat Nord-Picardie possède son propre observatoire. En 2013, elle est devenue pilote du projet "Observatoire des fragilités SIG Grand-Nord" composé de huit Carsat, d'une Cram et d'une CGSS et l'a ouvert au public en septembre 2015.

En quelques clics avec l'appui d'un système d'information géographique, outil cartographique dynamique, il permet à chaque utilisateur de cartographier des indicateurs de fragilité prédéfinies.

Divers critères caractérisent une fragilité de la personne par une limitation des capacités fonctionnelles d'une personne, rendue vulnérable, au delà

de l'état de santé par des facteurs sociaux, économiques, environnementaux...

L'analyse combinée de ces différents critères permet de repérer précisément les problématiques et ainsi de géolocaliser ses actions en matière d'action sociale vieillesse et de service social de façon optimale.

Des démarches pro-actives ont été amplifiées dans les dernières Conventions d'Objectifs et de Gestion "Maladie" et "Retraite", visant à aller au devant des assurés identifiés comme ayant potentiellement besoin de l'Institution pour leur proposer une offre de service adéquate.

La fragilisation de la population, phénomène en extension, nécessite également une action cumulée de tous les acteurs pour sa prise en charge.

C'est pourquoi une grande partie des indicateurs sont mis à la disposition du public.

Cet accès aux données facilitera les diagnostics locaux et la mise en place d'actions adéquates, le cas échéant, avec ses partenaires institutionnels.

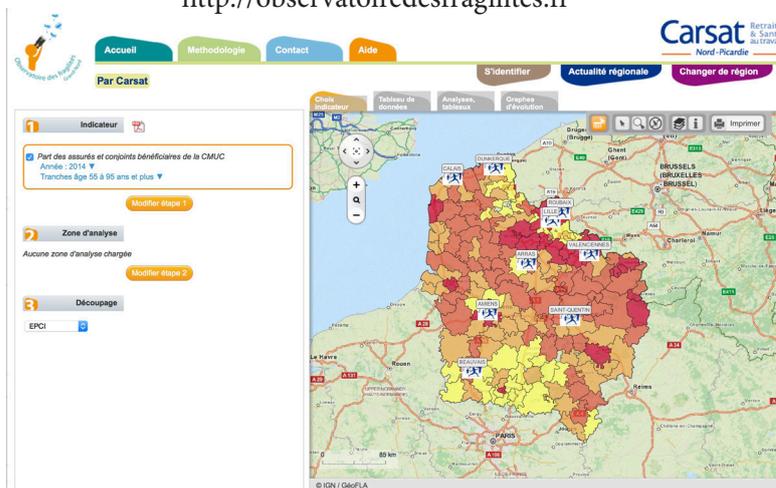
En outre, sur le site, les données suivantes sont mises à disposition :

- données institutionnelles sécurité sociale (relatives aux prestations, à l'activité) ;
- données de l'Insee (démographie, etc.) ;
- informations sur le tissu partenarial régional.

En 2016, il sera élargi aux données interrégimes (MSA et RSI). □

BRUNO GOETHALS
Carsat Nord-Picardie

<http://observatoiredesfragilites.fr>



JOURNÉE MONDIALE DU SIDA

À l'occasion de la journée mondiale du sida, la cellule de l'Institut de veille sanitaire en région (Cire Nord) et l'OR2S ont associé leurs moyens pour produire un état des lieux le plus complet possible sur l'infection par le VIH et le sida en Picardie, en comparaison avec l'ensemble du pays. Le Corevih de Picardie apporte également sa contribution pour les patients suivis dans les établissements hospitaliers de la région.

La plaquette de huit pages permet de visualiser la situation picarde, en regard de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du syndrome de l'immunodéficience acquise (sida). Les résultats portent sur la Picardie en regard de la situation nationale à travers une double focale proposant la dernière année disponible (2012 à 2014 en fonction de l'information présentée) et des données d'évolution remontant parfois jusqu'au départ de l'épidémie. Des cartes de l'ensemble des régions complètent le document et permettent de visualiser la situation picarde en regard des autres régions françaises de l'Hexagone et ultra-marines. Quelques résultats sont à mettre plus particulièrement en exergue. En 2014, le taux de sérologies VIH effectuées dans la région était de 56 pour 1 000 habitants. Il est stable depuis 2006 et très inférieur à celui observé au niveau national (80 pour 1 000 habitants) La proportion de sérologies positives pour 1 000 tests effectués. Estimée à 1,0 en 2014, elle varie de 0,8 à 1,2 depuis 2003 et demeure deux fois inférieure à celle du niveau national. Le taux de découvertes de séropositi-

tivité pour le VIH en Picardie est stable et deux fois inférieur à celui du national (51 par million d'habitants contre 95 au niveau national pour 2013). Le taux de diagnostics du sida en Picardie est trois fois inférieur à celui observé en France : 5 par million d'habitants contre 15 au niveau national pour 2013. En 2014, près de 1 300 personnes sont suivies pour une infection par le VIH dans les établissements hospitaliers de Picardie, dont la quasi-totalité est sous traitement antiviral. Pour la période 2011-2013, près de 130 Picards ont été nouvellement admis en affection de longue durée (ALD) pour infection par le VIH. Au 31 décembre 2013, 1 693 Picards au total sont pris en charge au titre d'une ALD pour infection par le VIH. Les taux d'ALD et de nouvelles admissions pour infection par le VIH sont inférieurs aux taux nationaux, tant pour les hommes que pour les femmes. Sept décès par sida ont été enregistrés en moyenne annuelle sur la période 2010-2012, avec une sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale chez les hommes. □

PASCAL CHAUD, Cire
ALAIN TRUGEON, OR2S



Téléchargez la plaquette : <http://or2s.fr/index.php/territoires/picardie/557-sida2015>

Cette plaquette a reçu le soutien financier du conseil régional de Picardie et de l'agence régionale de santé de Picardie. Elle souligne, s'il en était besoin, la complémentarité entre le réseau de l'InVS et celui de l'observation de la santé. Cette association entre Cire et ORS s'est déclinée dans plusieurs régions à l'occasion de la journée mondiale du sida le 1^{er} décembre. Une réflexion est d'ailleurs en cours au niveau national pour envisager de nouvelles collaborations au moment où l'InVS va devenir l'agence nationale de santé publique -Santé publique France-.

SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES

L'état de santé des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires de Picardie. Analyse des données issues de la visite médicale d'entrée en détention.



Dans le cadre du partenariat santé/justice sur la santé des personnes sous main de justice, l'OR2S a mis en place depuis 2009 un recueil d'information pérenne auprès de l'ensemble de cinq services de santé d'établissements pénitentiaires (Amiens, Beauvais, Compiègne, Laon et Liancourt) accueillant de nouveaux entrants de la région, hors centre pénitentiaire de Château-Thierry qui ne reçoit pas de primo-arrivants.

Le dispositif mis en place a pour objectif de disposer d'une photographie régulière de l'état de santé des personnes arrivant en milieu carcéral afin d'adapter au mieux leur prise en charge sanitaire. Ce travail est réalisé en partenariat étroit avec les unités de soins des établissements pénitentiaires de la région.

Le recueil des données se fait via une fiche épidémiologique disponible sur un serveur sécurisé à remplir par le personnel médical de l'unité de soins pour chaque nouvel entrant lors de la visite médicale suivant l'incarcération. Cette fiche aborde l'état de santé et la situation sociale des détenus autour de sept grandes thématiques :

- situation socio-économique ;

- antécédents médicaux ;
- addictions ;
- dépistages réalisés avant l'incarcération ;
- vaccinations antérieures à l'incarcération ;
- état de santé actuel du détenu ;
- prescriptions et dépistages réalisés à l'entrée.

Neuf personnes sur dix sont jugées en bonne santé

Depuis 2012, l'OR2S édite chaque année une plaquette présentant les résultats obtenus après l'analyse des fiches remplies l'année précédente. En décembre 2015, l'observatoire a publié l'état de santé et la situation sociale de 1 767 détenus.

Les résultats montrent qu'à leur entrée en milieu carcéral, neuf personnes détenues sur dix sont jugées en bonne santé, ce qui corrobore les études nationales de 1997 et 2003. Deux personnes détenues sur trois ont vu un médecin en consultation au cours des douze derniers mois précédant leur incarcération.

Les personnes détenues sont des usagers habituels de drogue (principalement du cannabis) avec un détenu sur quatre qui en consomme de manière régulière avant incarcération ; près d'un détenu sur quinze est poly-consommateur. Parmi les détenus, 16,6 % suivent un traitement psychiatrique à leur entrée, majoritairement à base d'anxiolytiques.

Les dépistages sérologiques concernent plus de la moitié de la population carcérale. Une personne détenue sur quatre dit présenter une pathologie somatique chronique à son entrée en milieu carcéral.

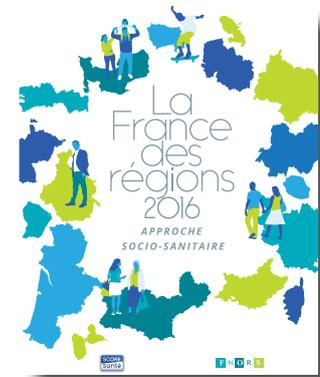
Sur le plan social, la situation des personnes détenues est difficile. Ainsi, 7,1 % des nouveaux entrants vivaient dans un logement précaire avant leur incarcération et plus de la moitié était au chômage ou sans profession. Une fiche supplémentaire, testée en 2015 permet de recueillir des données sur la santé psychiatrique. Depuis le 1^{er} janvier 2016, les établissements participants remplissent ainsi une fiche somatique et une fiche psychiatrique lors de la visite médicale d'entrée en détention. □

ÉMILIE FAUCHILLE
OR2S



LA FRANCE DES RÉGIONS 2016

La Fédération nationale des ORS (Fnors) publie un état socio-sanitaire des régions françaises, dans le nouveau découpage régional issu de la loi du 16 janvier 2015 et entré en vigueur au 1^{er} janvier 2016.



Ce document synthétise l'état de santé de la population et les déterminants sociaux de la santé à partir d'une sélection d'indicateurs disponibles dans la base SCORE-Santé (scoresante.org). Il s'articule autour de trois axes : un contexte général présentant les aspects socio-démographique, l'état de santé et l'offre de soins de proximité. Chacun des thèmes est décliné en autant d'indicateurs, dont les données varient entre 2010 et 2015.

Sans revenir sur chacun des thèmes, l'un des intérêts de cette publication est de pouvoir comparer les régions entre elles, et avec le niveau national. Le second intérêt réside dans la présentation de deux typologies permettant de regrouper les régions en classes.

La première de ces typologies regroupent les régions en cinq classes, deux concernent les régions hexagonales et trois les régions ultramarines. Pour la zone européenne de la France, la première classe concerne les régions méditerranéennes, la deuxième, les dix autres régions. Les régions ultramarines se distinguent très nette-

ment des autres régions. La seconde typologie permet d'apprécier les spécificités des régions de la France hexagonale. Elle permet de définir six classes regroupant les régions présentant des caractères proches. Trois classes sont composées d'au moins deux régions. Ainsi en est-il de la région Nord - Pas-de-Calais - Picardie.

Cette région présente la deuxième densité de population la plus élevée, avec une part des moins de 20 ans la plus importante et une part des personnes de 75 ans et plus parmi les plus faibles. Le taux de fécondité des

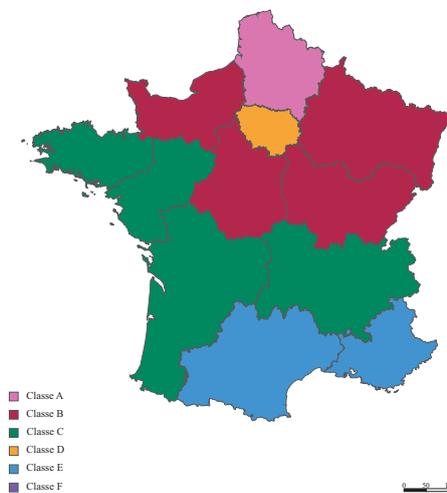
jeunes filles est le plus fort de l'Hexagone.

Cette région présente les indicateurs sociaux les plus défavorables, avec le taux plus important de chômage et le plus fort taux de revenus sociaux liés aux diverses allocations. La mortalité, quel que soit l'indicateur, est la plus élevée. Le même constat peut être dressé pour les maladies infectieuses et parasitaires, les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif et celles associées à la consommation d'alcool. Les taux de mortalité sont parmi les plus élevés en ce qui concerne le diabète chez les moins de 65 ans, le suicide et les chutes accidentelles chez les 75 ans et plus.

Pour cette classe d'âge, la mortalité est plus faible pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon pour les femmes, et pour les accidents de la circulation.

Pour l'offre de soins, les densités de chirurgiens dentistes et d'ophtalmologues sont parmi les plus faibles. □

Typologie des treize régions hexagonales



Source : La France des régions 2016, approche socio-sanitaire, Fnors, 2016



Téléchargez le document :

[HTTP://WWW.FNORS.ORG/UPLOADEDFILES/PUBLICATIONS FNORS /FRANCEDESREGIONS2016.PDF](http://www.fnors.org/uploadedfiles/publicationsfnors/francedesregions2016.pdf)

JF2T : AU CŒUR DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

La journée de formation transdisciplinaire et transfrontalière rassemble chaque année depuis 2009 quelque deux cents cinquante étudiants picards et hainuyers dans une réflexion sur l'éducation pour la santé et la promotion de la santé.

La journée transfrontalière et transdisciplinaire de formation (JF2T) a pour ambition de faire émerger l'idée que la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, et plus largement la prévention, sont des apports significatifs dans l'exercice professionnel futur des étudiants. Cette journée s'inscrit dans la politique régionale de santé et est organisée dans le cadre du pôle régional de compétence en éducation pour la santé de Picardie, animé par l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Picardie sur des financements de l'Institut national de prévention pour la santé (Inpes). Lancée en Picardie en 2003, elle s'est ouverte en 2009 aux étudiants wallons. Plus d'une douzaine d'établissements de formation de santé ou du social participent à la JF2T.

Concrètement, une plénière d'accueil, les étudiants sont répartis en groupes de travail d'une quinzaine de personnes maximum, mélangeant les filières de formation et les nationalités. Les ateliers sont encadrés par des formateurs des écoles, des experts thématiques et des professionnels de la promotion de la santé. Les étudiants travaillent à partir de leurs représentations sur la santé,

l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et sur le travail interdisciplinaire. Les échanges à partir d'une étude de cas forment la majeure partie de la journée, en essayant de comprendre comment, chacun dans sa discipline et en fonction de ses compétences, peut avoir un rôle à jouer en prévention ou en accompagnement des personnes et des patients, et comment un travail en réseau peut être effectif.

Comment un travail en réseau peut être effectif

Plusieurs thématiques sont mobilisées : accessibilité, addictions, alimentation, éducation thérapeutique du patient, qualité de l'air, maladies chroniques, rythmes de vie, santé mentale, vie affective et sexuelle...

Des évaluations menées année après année, il ressort que la très grande majorité des étudiants s'estime très satisfaite de ces échanges (85 % en 2014) et du travail en groupe transfrontalier et transdisciplinaire.



La formule actuelle de la JF2T atteint pourtant ses limites en nombre d'étudiants accueillis tandis que la zone couverte, Hainaut et Picardie, n'est plus opérante. En effet, du côté wallon, la province de Namur voudrait participer ainsi que le réseau des Hautes écoles provinciales. De plus, la création de la nouvelle région Nord – Pas-de-Calais – Picardie au 1^{er} janvier 2016, implique d'élargir l'accès à cette journée à ce nouvel espace régional. Plusieurs hypothèses sont évoquées pour faire évoluer le format de la JF2T, parmi lesquelles celle d'accoler à la journée annuelle un *Massive Open Online Course* (Mooc), ce qui permettrait d'offrir à un nombre illimité d'internautes francophones, le bénéfice d'un apport de connaissance et d'une certaine interactivité. Il restera à repenser le contenu de la journée elle-même. □

PHILIPPE LORENZO
Ireps Picardie

S'il est classique de rappeler que l'origine de l'évaluation remonte à 1789 avec la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen dont l'article 15 précise que « la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration », c'est l'année 1990 qui marque le début de l'évaluation des politiques publiques en France. Devoir de transparence, facilitation du débat avec les citoyens, recherche de performance, activité ponctuelle ou intégrée dans le processus de décision, la conception de l'évaluation porte les traces de son histoire et des courants qui l'ont traversée. Dans le secteur de la santé, l'exigence d'évaluation s'est progressivement accrue avec l'introduction de clauses évaluatives dans les textes législatifs et réglementaires. Ainsi, les travaux d'évaluation se sont multipliés aux différents échelons en réponse à ces obligations mais aussi à l'initiative des pouvoirs publics. Chargé depuis la loi de 2004 d'évaluer la politique nationale de santé, le Haut Conseil de la santé publique a réalisé plusieurs évaluations et apporte un soutien méthodologique à l'élaboration de programmes nationaux pour en favoriser l'évaluabilité. Au niveau régional, l'activité évaluative s'est développée avec la programmation en santé mais de façon hétérogène selon les régions. Les approches d'évaluation sont diversifiées, largement influencées par la tradition de contrôle et le paradigme épidémiologique et rarement fondées sur des modèles théoriques. Le bilan de la dernière décennie conduit à plusieurs constats : une demande qui s'intensifie avec en corollaire, une implication croissante des institutions, une fonction évaluative en voie de structuration, une frontière moins marquée entre évaluation interne et externe et la nécessité de renforcer les compétences et les ressources ; des politiques de plus en plus difficiles à appréhender dans un contexte frappé de réformes successives ; un déficit d'articulations entre les évaluations conduites aux différents échelons ; la nécessité de développer des approches adaptées tant à la complexité des politiques qu'à la volonté d'associer les citoyens à la réflexion. Aujourd'hui, l'évaluation constitue



FRANÇOISE JABOT
Professeur,
École des Hautes études
en santé publique (EHESP)

un chantier d'envergure pour les agences régionales de santé (ARS) qui s'appêtent à renouveler leur projet régional de santé (PRS) et à en produire l'évaluation. Cette évaluation pose des défis méthodologiques en raison de la complexité de l'objet : comment délimiter le périmètre de l'évaluation ? faut-il évaluer les sous-ensembles du PRS ou s'attaquer à des questions plus transversales (amélioration de l'efficacité et efficacité du système de santé, réduction des inégalités sociales et territoriales de santé etc.) ? Les ARS regroupées affrontent d'autres difficultés : comment articuler les travaux précédemment menés ? comment bâtir une évaluation prenant en compte les problématiques spécifiques aux anciennes régions ? Par ailleurs, d'autres questions se posent, s'agissant des choix à opérer entre les différentes formes d'exercice (suivi ou évaluation), leurs opérateurs (ARS ou prestataires externes) et de l'articulation à trouver avec d'autres travaux d'évaluation. En France, la reconnaissance de l'évaluation fluctue au gré des réformes, tantôt à l'honneur tantôt reléguée au rang des activités annexes. Elle semble aujourd'hui bénéficier d'un regain d'intérêt. L'année 2015 était déclarée « année de l'évaluation » par les Nations Unies. La conférence internationale organisée à cet effet en France en septembre dernier, réaffirmait l'évaluation comme exercice de démocratie, le rôle des parties prenantes, la nécessité de disposer de données probantes pour étayer la décision et la transparence du processus d'évaluation. Souhaitons que ces principes trouvent une traduction concrète en 2016 afin que l'évaluation puisse pleinement remplir ses fonctions en vue de l'élaboration de politiques plus efficaces !

L'ÉVALUATION À MI-PARCOURS DU PRS EST FINALISÉE

Prévue par le plan stratégique régional de santé (PSRS), l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du projet régional de santé 2012-2017 a été présentée lors de l'assemblée plénière de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) du 2 décembre 2015.

Le projet régional de santé (PRS) définit, pour cinq ans, les objectifs de l'agence régionale de santé (ARS) liés à ses domaines de compétences (prévention, sanitaire et médico-social) et les mesures à mettre en œuvre pour les atteindre.

Pour analyser les premiers résultats, l'évaluation à mi-parcours a ciblé des actions prioritaires en Picardie, analysées sous l'angle de la coordination des acteurs.

La coordination est alors définie comme un dispositif ou une forme d'organisation qui favorise la prise en charge du patient dans sa globalité et la collaboration entre professionnels de santé, du médico-social, du social et de la prévention.

L'évaluation à mi-parcours permet de donner plus de visibilité aux actions réalisées dans le cadre du PRS et de mieux connaître les stratégies d'action efficaces, dans une optique d'amélioration et de diffusion des bonnes pratiques.

Ainsi, douze actions (cf. tableau page ci-contre), comme la politique menée en matière de maison de santé pluri-

professionnelle (MSP), le programme Isipad 2 (chirurgie ambulatoire) et la convention ARS-Draaf-rectorat sur le programme de prévention nutrition, ont été évaluées grâce à l'enquête de terrain réalisée auprès des acteurs concernés (associations, établissements de santé et médico-sociaux, rectorat, conseil départemental...). Au total, soixante-quatre entretiens, douze *focus groups*, deux questionnaires et neuf observations d'instances de pilotage ont été réalisés.

Diffuser les bonnes pratiques

Un comité de pilotage, composé des responsables des actions évaluées et de membres représentant la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), collège des usagers des services de santé ou médico-sociaux, des offreurs de santé, des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé et des collectivités territoriales, a suivi les travaux d'évaluation en apportant un avis technique et méthodologique.

Le rapport d'évaluation présente les modes ou dispositifs de coordination utilisés par les structures interviewées, les freins et points positifs relatifs à leur mise en œuvre et les pistes d'amélioration, dont la faisabilité sera étudiée par l'ARS et ses partenaires. L'évaluation met l'accent sur les facteurs clés facilitant la coordination. Ils ont été regroupés en trois catégories : la concertation, le partage d'une culture commune et les démarches d'accompagnement et de coordination. Les résultats de l'évaluation intermédiaire seront utiles dans le cadre des réflexions pour le prochain PRS et pour l'amélioration des dispositifs de coordination. □

SYLVIA CARETTE
ARS Picardie

Pour télécharger le rapport d'évaluation : http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/PRS/PRS_Picardie_web.pdf

LES DISPOSITIFS ÉVALUÉS

Thème	Action
Maison de santé pluriprofessionnelle	La politique publique conduite en termes de MSP : impact sur les professionnels de santé et les populations
Réseaux de santé	La politique publique conduite en termes de réseaux de santé : impact sur les professionnels de santé (médecins généralistes) et les patients
Accident vasculaire cérébral (AVC)	Organisation de la prise en charge en urgence (en passant par le centre 15 ou le service d'accueil des urgences - SAU)
Chirurgie ambulatoire	Coordination des acteurs hôpital-ville pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre d'Isipad 2
Handicap psychique	Charte de partenariat entre le centre hospitalier interdépartemental de Clermont et les établissements et services médico-sociaux (ESMS)

Thème	Action
Veille sanitaire	Coordination des acteurs dans le signalement et la réponse aux alertes sanitaires
Nutrition	La convention ARS-Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (Draaf), rectorat de l'académie d'Amiens, sur le programme de prévention de la nutrition du primaire au lycée
Addictions chez les jeunes (prévention)	Conventions pluriannuelles ARS-Le Mail - Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) sur l'axe jeunes
Télémedecine	Développement de la télé-radiologie au bénéfice des services d'accueil d'urgence de la région (H 24)

Thème	Action
Accès aux droits	Mise en place d'outils dans le cadre de la déclinaison de l'objectif 1 du Praps « Favoriser l'accès aux droits pour éviter la renonciation aux soins »
La convention ARS/ DRJSCS sur l'axe de la prévention et l'accès aux soins des plus démunis	Actions communes ARS, direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) de la Somme pour la mise en œuvre du Praps
Télémedecine	Développement de la télé-radiologie au bénéfice des services d'accueil d'urgence de la région (H 24)



AGENCE REGIONALE DE SANTE PICARDIE
CINQ ANS D'AVANCEES POUR LA SANTE DES PICARDS



740 PROJETS SOUTENUS

dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé



PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN, soit quatre points de plus que la moyenne nationale



6 CONTRATS LOCAUX DE SANTE

SIGNES PAR L'ARS AU BENEFICE DE 300.000 PICARDS

114 ACTIONS PREVUES DANS LA FEUILLE DE ROUTE CANCER



2 parcours de santé "cancer" et "obésité", 1 filière AVC structurée

5 FOIS PLUS DE MSP qu'en 2010

27 ouvertes 15 à ouvrir 25 en projet

Les financements consacrés par l'ARS au développement des MSP ont été multipliés par dix en 5 ans : 83.000 € en 2010 / 860.000 € en 2015.



98% des externes en **STAGE DE MEDECINE GENERALE**

+44 points en 4 ans

5 INNOVATIONS CONTRE LA DEMEDICALISATION DES TERRITOIRES EN PICARDIE

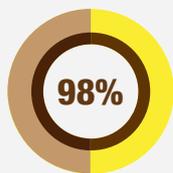
1 FILIERE D'EXCELLENCE SANTE pour favoriser la réussite des jeunes picards dans les études de santé

1 GUICHET UNIQUE pour faciliter l'installation des professionnels de santé dans l'Aisne

1 PAGE FACEBOOK pour donner aux futurs et jeunes médecins la bonne info au bon moment

1 SEMINAIRE D'ACCUEIL pour les internes en médecine accueillis chaque année en Picardie

1 FORUM DES CARRIERES pour présenter aux futurs médecins les opportunités professionnelles locales



de la population à - de 30 mn d'une **STRUCTURE DE SOINS D'URGENCE**

11 MAISONS MEDICALES DE GARDE créées et financées par l'Agence régionale de santé Picardie depuis 2010

21 M€ CONSACRES CHAQUE ANNEE au financement de la permanence des soins en établissement de santé



PREMIERE REGION A DEPASSER LA BARRE DES **100.000 DMP CREES**

50.000 PATIENTS PRIS EN CHARGE EN Teleradiologie

IRM AUTORISEES ENTRE 2012 ET 2017

18

2012

27

2015

30

2017

IRM : + 66% ENTRE 2012 ET 2017

Le délai de rendez-vous pour une IRM a été réduit de 33% entre 2013 et 2014

+ de 500

renouvellements ou demandes d'autorisation instruits dans le secteur hospitalier. L'Agence a suivi plus de 90% des avis émis dans ce cadre par la CSOS.



1 ACTE SUR 2

REALISE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE (1 SUR 3 EN 2010)

40 M€

PAR AN, EN MOYENNE, D'AIDES A L'INVESTISSEMENT DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

ISIPAD 2

L'AGENCE CREE ET DEPLOIE LE 1ER DISPOSITIF PERMETTANT DE SECURISER LE RETOUR A DOMICILE APRES UNE INTERVENTION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE



32 M€

+ 13 M€

PHARE : 32 M€ DE GAINS

réalisés sur les achats hospitaliers entre 2012 et 2014 soit 108% de l'objectif fixé initialement. L'objectif de gains a été porté à 45 M€ sur la période 2015-2017



900 POSTES

MEDICAUX OU PARAMEDICAUX CREES POUR RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL DANS LES EHPAD

ALZHEIMER

+ 42 PASA + 12 ESA + 3 UHR
Pôles d'activités et de soins adaptés
Equipes spécialisées Alzheimer
Unités d'hébergement renforcées
+ 5 PLATE-FORMES DE REPIT
+ 6 MAIA

AUTISME

+ 170 PLACES SPECIALISEES
+ 3 UNITES D'ENSEIGNEMENT
+ 1 PLAN REGIONAL

SERVICES

+ 12% DE PLACES EN SESSAD
+ 84% DE PLACES EN SAMSAH
+ 9% EN SSIAD



17 M€

D'AIDES A L'INVESTISSEMENT DANS LES EHPAD.

28 PROJETS SOUTENUS, DONT 15 CONSTRUCTIONS OU RENOVATIONS

L'ORGANISATION DE L'ARS NORD - PAS-DE-CALAIS - PICARDIE

Les agences régionales de santé (ARS) du Nord - Pas-de-Calais et de la Picardie fusionnent pour ne former qu'une seule Agence, l'ARS Nord - Pas-de-Calais - Picardie.

Dirigée par le Dr Jean-Yves Grall, par ailleurs président du collège des directeurs généraux d'ARS, l'agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais - Picardie est constituée d'environ sept cents professionnels mobilisés pour protéger et agir pour la santé des six millions d'habitants de la nouvelle région. Outre son siège de Lille, elle est présente dans l'ensemble des cinq départements de la région au travers de ses sites d'Amiens, d'Arras, de Beauvais, de Calais, de Laon et de Valenciennes.

L'ARS Nord - Pas-de-Calais - Picardie s'organise autour de quatre directions « métiers » et de quatre directions « appui-support », auxquelles s'ajoutent des délégations territoriales dans chaque département, qui ont vocation à décliner localement les politiques de l'agence, à servir d'interface entre le niveau régional et le niveau de proximité, et à accompagner les acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs projets.

Pour découvrir les missions de chaque direction et les parcours des membres de l'équipe dirigeante, suivre ce lien : http://www.ars.nord-pas-de-calais-picardie.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/A-NPCP-fichiers/Organisation/docpresARSnpdcp_VF_140116.pdf

Directions métier

Direction de l'offre de soins

Directeur : Serge Morais
Directrice adjointe : Christine Van Kemmelbeke
Directeur adjoint en charge du plan triennal « Ondam » : Raphaël Becker
Conseiller médical : Dr Mathieu Derancourt

Direction de l'offre médico-sociale

Directrice : Françoise Van Rechem
Directrice adjointe : Monique Wasselin
Directrice adjointe en charge de la coordination de l'animation territoriale : Aline Queverue

Direction de la sécurité sanitaire et environnementale

Directrice : Dr Carole Berthelot
Directeur adjoint : Éric Pollet

Direction de la prévention et de la promotion de la santé

Directrice : Sylviane Strynckx
Directrice adjointe : Hélène Taillandier

Un siège, six antennes

Si Lille est le siège de l'ARS, six villes vont accueillir une antenne de l'agence : Amiens, Arras, Beauvais, Calais, Laon, Valenciennes.

Directions « appui-support »

Direction des affaires générales

Directrice – Directrice générale adjointe de l'ARS : Evelyne Guigou
Directeur adjoint- Directeur de la communication : Pascal Poëtte

Direction des ressources humaines

Directeur : Sylvain Lequeux
Directeur adjoint : Philip Queval

Direction de la stratégie et des territoires

Directrice : Laurence Cado
Directeur adjoint : Christian Huart

Direction du pilotage interne

Directeur : Thierry Vejux
Directrice adjointe : Carole Lamorille

Délégations territoriales

Directrice territoriale de la Somme

Cécile Guerraud

Directrice territoriale du Nord

Hélène Toussaint

Directeur territorial de l'Aisne

Yves Duchange

Directeur territorial de l'Oise

Luc Rollet

Directeur territorial du Pas-de-Calais

Nicolas Brulé

ORGANISATION DE L'ÉTAT EN RÉGION

La construction de la nouvelle région Nord - Pas-de-Calais - Picardie va prendre du temps. Officielle à partir du 1^{er} janvier 2016, le chantier devrait s'étendre sur plusieurs années avant que ne soient stabilisées les nouvelles organisations régionales et infra-régionales.

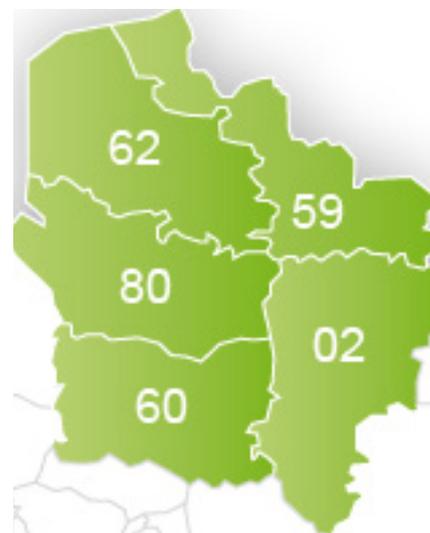
La future région Nord - Pas-de-Calais - Picardie naîtra officiellement le 1^{er} janvier 2016, mais l'élection des conseillers régionaux en décembre 2015 lui donne déjà une certaine réalité. Si l'assemblée régionale se réunira début 2016, notamment pour élire son exécutif, l'administration régionale n'est pas encore stabilisée, notamment parce qu'elle dépend de la couleur et des orientations politiques de la majorité régionale.

Du côté de l'État, en revanche, l'organisation des services a été programmée dès la mi-2015, avec la nomination en Conseil des ministres de préfigurateurs pour la nouvelle région. Jean-François Cordet a été nommé préfet préfigurateur, Luc Joham, recteur académique régional préfigurateur et Jean-Yves Grall préfigurateur de l'ARS. Les travaux de préfiguration ont permis de dessiner à grands traits l'organisation des services de l'État. Entre Amiens et Lille, les chefs-lieu des deux régions, c'est finalement Lille qui a été choisi provisoirement comme nouveau siège de l'administration régionale. Ce choix devra être confirmé en juillet 2016 après consultation du conseil régional. Lequel a fait savoir son intention de lancer une consultation populaire portant notamment sur le nom de la nouvelle région, moins sur sa capitale.

Même si Lille deviendra officiellement ce chef-lieu de région, quelques sièges de directions régionales seront basés à Amiens. Ainsi en sera-t-il de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et de la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (Draaf). L'académie d'Amiens restera aussi en place et les deux académies avec celle de Lille devront se coordonner, le recteur de région académique résidant à Lille. Amiens verra également s'implanter une plateforme nationale de validation des titres.

Une répartition 66-33

Lille accueillera les autres directions régionales : environnement, aménagement et logement (Dreal), entreprises, de la concurrence, consommation, travail et emploi (Direccte), affaires culturelles (Drac) finances publiques (DRFIP), Insee et l'agence régionale de santé (ARS). Pour chaque direction régionale, dans les villes de Lille et d'Amiens lorsqu'elles n'accueillent pas le siège, des services seront maintenus. Ainsi, si la Draaf a son siège à Amiens, le service régional de l'alimentation (Sral) sera basé à Lille, sans relais dans l'ancienne région picarde. Pour la préfecture de région, la spécialisation des sites se traduit par



des entités localisées sur un site unique, afin d'offrir une meilleure efficacité et lisibilité pour les acteurs comme pour les citoyens.

Mais l'accent est mis aussi sur la proximité. Les unités départementales seront renforcées avec une meilleure articulation avec le niveau départemental, notamment en matière d'environnement, de développement des territoires ou encore de sport, de la jeunesse et de la cohésion sociale, ou de l'action culturelle. L'une des règles qui a prévalu est aussi à la construction de l'administration publique d'État est celle de l'emploi public. Les mobilités géographiques ont été limitées et la répartition des 200 000 emplois publics sera donc de 66,5 % pour Lille et de 33,5 % pour Amiens. □

CESER : UN PROJET POUR LA GRANDE RÉGION

Les deux Ceser du Nord - Pas-de-Calais et de Picardie ont, dès octobre 2014, construit conjointement une réflexion sur l'avenir de la nouvelle région. Des conclusions présentées à Lille le 1^{er} juillet 2015.

Les conseils économiques, sociaux et environnementaux (Ceser) des deux régions ont mis dans leur démarche le développement durable au cœur de la construction de la nouvelle région, avec un projet respectueux de ses trois piliers : social, économie et environnement. Quatre principes en ont découlé : solidarité entre les territoires, recherche d'équilibre des lieux de décision et maillage du territoire par les politiques publiques, efficacité dans la maîtrise de la dépense publique et volonté de développer un sentiment d'identité régionale partagé et basé sur la promotion d'une image commune de la région.

Dès octobre 2014, cinq groupes de travail communs consacrés à cinq enjeux fondamentaux pour le présent et l'avenir de la nouvelle région ont été créés : voies de communication inter-régionales, agroalimentaire et agriculture, recherche et formation, culture et tourisme, santé, emploi et lien social, amélioration des indicateurs sanitaires et sociaux. Pour chacun des cinq domaines, les conseillers des Ceser du Nord - Pas-de-Calais et de Picardie ont identifié les atouts, forces et potentialités des territoires. C'est sur la base de ce diagnostic qu'ils ont proposé des axes de développement et des projets fédérateurs et structurants pour la nouvelle grande région.

Six membres des deux Ceser se sont attelés à la santé et au lien social autour de trois thématiques : la santé, l'économie et l'illettrisme. En ce qui concerne la santé,

quatre propositions ont été énoncées pour la prévention médicalisée : le renforcement des programmes d'éducation thérapeutique des patients, la formation des équipes éducatives pour améliorer les pratiques pluriprofessionnelles, une permanence des soins dans les maisons de santé et le développement des mesures de prévention et d'éducation buccodentaire.

Étendre au Nord - Pas-de-Calais La Plateforme sanitaire et sociale

Six propositions découlent de la démographie médicale. Elles portent sur les stages de longue durée chez les généralistes, la création d'un guichet unique pour les étudiants, géré par l'ARS, l'URPS et les collectivités territoriales pour informer, conseiller et orienter les étudiants, le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, l'encouragement des unions régionales des professionnels de santé (URPS) pour mobiliser les étudiants et les médecins généralistes installés, communiquer et coopérer pour répondre aux besoins des zones en difficulté. Il s'agit aussi de renforcer les apports financiers de l'ARS et du conseil régional.

Enfin, le groupe de travail propose d'étendre la *Plateforme sanitaire et sociale* existante en Picardie à l'ensemble de la nouvelle région, un dispositif iden-



Ils ont dit le 1^{er} juillet...

Jean-François Cordet, préfet du Nord - Pas-de-Calais et préfet préfigurateur estime que l'initiative des Ceser permet d'être tous ensemble acteurs dans le mouvement de la régionalisation.

Claude Gewerc (Picardie) et **Daniel Percheron** (Nord - Pas-de-Calais), ont insisté sur le fait que la grande région ne sera pas la région des politiques et des Ceser, mais la région de gens qui s'en emparent.

Pour **Vincent Ledoux***, (Lille Eurométropole), construire des choses et travailler ensemble, c'est la réussite.

Alain Gest, président d'Amiens métropole demande que soit imaginé un développement économique nouveau pour maintenir les équilibres entre les deux anciennes régions.

* Vincent Ledoux a été élu conseiller régional en décembre 2015.

tique n'ayant pas été créé dans la région nordiste.

Enfin, en ce qui concerne le lien social, les membres du groupe de travail estiment que la priorité est la prévention et la lutte contre l'illettrisme. Ils chiffrent une enveloppe financière annuelle de 30 millions d'euros sur cinq ans pour la formation des demandeurs d'emploi et salariés en situation d'illettrisme. □

TRIBUNE LIBRE

Dominique Carpentier

1^{er} Vice-Président Ceser



D^r Jean-Luc Dehaene

Représentant de l'UNAPL, Ceser



Le groupe de travail commun « santé, emploi, lien social » des deux conseils économiques, sociaux et environnementaux (Ceser) du Nord - Pas-de-Calais et de la Picardie, qui deviendra le 12 Janvier 2016 le Ceser Nord - Pas-de-Calais - Picardie, a retenu, pour le volet santé, trois thèmes principaux : la prévention et les dépistages, la démographie médicale et la *Plateforme sanitaire et sociale*.

Certes, le choix de la *Plateforme* peut paraître étonnant, mais la présentation du dispositif picard a impressionné le groupe de travail. En effet, on sait que la région ne dispose pas de la compétence santé. Mais ce domaine, caractérisé dans le Nord - Pas-de-Calais et la Picardie par des indicateurs parmi les plus mauvais au niveau national, justifie l'attention des décideurs régionaux et la mise en œuvre de moyens conséquents.

Or, il est communément admis que les liens entre les données sociales et les constats sanitaires sont étroits. Dès lors, il est apparu que l'existence d'une structure régionale traitant simultanément les données sanitaires et sociales constituait un atout de poids pour mettre à la disposition des décideurs et des acteurs régionaux les informations nécessaires à la mise en place d'une politique efficace.

À ce jour, dans le Nord - Pas-de-Calais, c'est l'observatoire régional de santé (ORS) qui publie régulièrement

des études de qualité sur la situation sanitaire et les données de santé publique de la région.

En Picardie, c'est l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S) qui assure cette mission en lui donnant une dimension sociale supplémentaire. Ce champ d'activité étendu est rendu possible par la *Plateforme sanitaire et sociale de Picardie*, dispositif financé par la DRJSCS, l'ARS et le conseil régional.

C'est l'OR2S qui assure l'animation générale de la *Plateforme*, co-présidée par le préfet de région, le directeur général de l'ARS et le président du conseil régional. Cette triple participation assure la pérennité de la structure et son financement, en lui donnant une dimension et des moyens sans doute supérieurs à ceux de l'ORS Nord - Pas-de-Calais.

Il est donc apparu au groupe de travail que, dans le cadre de notre nouvelle grande région, il convenait en toute logique de proposer un rapprochement et une mutualisation des deux observatoires existants. On pourrait ainsi bénéficier de l'expertise informatique de la *Plateforme sanitaire et sociale* picarde, de sa connaissance de l'acquisition et du traitement des données sociales et de leur utilisation dans les données médico-sociales régionales. C'est une démarche qui s'inscrit dans la logique de la région Nord - Pas-de-Calais - Picardie et qui sera indispensable à l'harmonisation, à l'efficacité et à l'évaluation au fil du temps de sa politique sanitaire et sociale.

EFFETS DE LA CMU SUR LE RECOURS AUX SOINS

Une étude publiée dans *Études et résultats* (Drees, décembre 2015) montre que la CMU-C protège ses bénéficiaires du renoncement aux soins pour raisons financières.

En 2015, 5,3 millions de personnes bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). En tenant compte des caractéristiques socio-économiques et des écarts entre les états de santé, la CMU-C favorise l'accès aux soins dans les mêmes proportions que les autres couvertures complémentaires. Lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, avec quelques différences cependant. À structure d'âge et de sexe équivalente, les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU-C sont nettement supérieures (+ 65 %) à celles des personnes sans couverture complémentaire et, dans une moindre mesure (+ 27 %), à celles des personnes bénéficiant d'une complémentaire santé autre que la CMU-C. L'écart de dépenses avec les autres assurés provient des soins de ville (+ 23 %). Ce résultat est comparable à d'autres travaux ayant montré que si la CMU-C ne joue pas sur la probabilité de recourir aux médecins, elle a un effet significatif sur le nombre de consultations de généralistes.

Bénéficiaire de la CMU-C divise par deux le renoncement aux soins pour raisons financières, au même titre qu'une couverture complémentaire standard (cf. tableau). Le rôle protecteur de la CMU-C est particulièrement marqué pour les soins dentaires, notamment prothétiques et l'optique. □

Créée en 2000, la couverture maladie universelle complémentaire a pour ambition de jouer un rôle protecteur en permettant aux personnes disposant de faibles ressources d'accéder aux soins.



Noémie Jess, Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins, Drees, *Études et Résultats*, n°944, décembre 2015

Effet de la complémentaire sur la probabilité de renoncer aux soins par rapport à la non-couverture

Poste de soins	Complémentaire hors CMU-C (en points de %)	CMU-C (en points de %)	Probabilité moyenne de renoncer à des soins pour les personnes sans couverture complémentaire (en %)
Tous soins confondus	-20	-28	53
Médecins	-4	-6	13
Généralistes	-3	-5	10
Spécialistes	-3	-5	8
Optique	-9	-11	25
Dentaire	-14	-21	40
Soins conservateurs	-3	-5	14
Soins prothétiques	-10	-16	26

Note • L'effet de la CMU-C n'est sur aucun poste statistiquement différent de celui des autres couvertures complémentaires. Les variables explicatives retenues sont les mêmes que dans le modèle Tobit généralisé de la dépense de santé (encadré 4). Le tableau reporte les effets marginaux de la couverture complémentaire sur la probabilité de renoncer aux soins pour raisons financières pour un individu moyen dans toutes les autres caractéristiques.

Lecture • Toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-C ont une probabilité de renoncer aux soins dentaires pour raisons financières inférieure de 21 points à celles des personnes sans complémentaire.

Champ • Personnes de 18 à 64 ans.

Sources • Appariement ESPS 2012, traitements DREES.



STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ **Loi de modernisation de notre système de santé**

De 57 articles lors de sa présentation au conseil des ministres du 15 octobre 2014,

la loi de modernisation de notre système de santé en contient finalement 227, définitivement adoptés le 17 décembre 2015 par l'Assemblée nationale. Le Conseil constitutionnel ayant été saisi, il faudra attendre l'avis des Sages avant que la loi ne soit promulguée vers la fin janvier 2016.

Quatre mesures phares sont déclinées dans la loi : généralisation du tiers-payant, paquet de cigarettes neutre, rétablissement du service public hospitalier, parcours de santé de l'enfant et de l'adolescent.

Le tiers-payant sera généralisé progressivement, dès le 1^{er} juillet 2016, pour les patients couverts à 100 % par l'Assurance maladie et fin 2017 pour tous les patients.

Le 20 mai 2016 verra la mise en place du paquet de cigarettes neutre chez les buralistes tandis que les cigarettes aromatisées seront interdites courant 2016 et les cigarettes mentholées le seront en 2020. La loi prévoit aussi l'interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'enfants de moins de 18 ans, l'obligation de présentation d'une preuve de majorité pour l'achat de tabac et l'interdiction d'installation de nouveaux débits de tabac à proximité des établissements accueillant la jeunesse. Les industriels du tabac devront être transparents sur leurs dépenses de lobbying.

La loi redéfinit le service public hospitalier et ses obligations. Le déploiement obligatoire de groupements hospitaliers de territoire (GHT) devrait permettre aux hôpitaux géographiquement proches de construire un projet médical commun et de partager des missions. La coordination renforcée entre professionnels vise à améliorer le parcours de santé des patients chroniques, des personnes en situation de précarité sociale, de handicap et de perte d'autonomie.

La loi organise le déploiement d'un parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée autour de la promotion de la santé et de la réduction des risques.

Parmi les autres articles de la loi, la loi Evin a été amendée par l'introduction de la distinction entre la publicité sur les boissons alcooliques et l'information œnologique, distinction proposée à l'origine par le gouvernement dans la loi Macron.

La loi adoptée instaure un projet territorial de santé mentale permettant à l'ensemble des acteurs de la santé mentale de travailler en partenariat. Elle crée de nouveaux droits pour les patients, avec l'action de groupe en santé (*class action*), le droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer ou de pathologies lourdes, la suppression du délai de réflexion pour l'IVG ou encore le renforcement de la transparence sur les liens d'intérêt entre industries et professionnels de santé.

La loi porte aussi sur la contraception d'urgence, le don d'organes, le dossier médical partagé, l'étiquetage nutritionnel, les pratiques avancées des paramédicaux, l'ouverture des données de santé, la création d'un plan d'accompagnement global pour les personnes handicapées...

Pacte territoire santé 2



PACTE TERRITOIRE SANTÉ²

Marisol Touraine a présenté le Pacte territoire santé 2 le 26 novembre à Dijon, lors du 15^e congrès annuel du Collège national des généralistes enseignants (CNGE). Ce plan doit inciter les médecins libéraux à exercer dans les territoires manquant de professionnels. Il se décline en dix engagements autour de deux axes :

- pérenniser et amplifier les actions menées depuis le Pacte territoire santé 1 ;
- innover par la formation.

Pour le premier axe, le Pacte propose d'amplifier le développement des stages en cabinets de ville, en les ouvrant aux étudiants d'autres spécialités comme l'ophtalmologie ou la pédiatrie, en plus de ceux de la médecine générale et de renforcer les aides à l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles (objectif de 1 000 généralistes ou autres spécialités installés d'ici 2017, grâce à des garanties de revenus ouvertes aux généralistes depuis 2012, mais désormais aux spécialistes également).

Il propose comme mesures innovantes une augmentation du nombre de médecins, un doublement du nombre de médecins généralistes chefs de clinique d'ici 2017 et une revalorisation de la rémunération versée aux maîtres de stage.

Un investissement de plus de 40 millions d'euros est débloqué pour développer la télémédecine en ville, en particulier pour les patients chroniques et les soins urgents et les cabinets médicaux seront accompagnés pour accueillir des patients sans rendez-vous afin d'éviter le recours aux services d'urgence.

OMS : la santé en 2015

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié le 8 décembre 2015 une analyse approfondie de l'évolution mondiale de la santé depuis 2000 et une évaluation des défis à relever au cours des quinze prochaines années. Intitulé *Health in 2015: from MDGs to SDGs (La santé en 2015 : des OMD aux ODD)*, le rapport recense les principaux progrès obtenus dans le domaine de la santé dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Il présente les mesures que les pays et la communauté internationale devraient considérer comme prioritaires pour atteindre les nouveaux objectifs de développement durable (ODD), qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Les dix-sept ODD illustrent un programme qui se soucie de toutes les populations, dans tous les pays, afin de garantir que « personne ne soit laissé sur le bord du chemin ».

AGENDA NUMÉRIQUE POUR L'EUROPE

La stratégie *Europe 2020* lancée par la Commission européenne en 2010 constitue un des éléments de réponse à la faiblesse structurelle de l'économie européenne. Dans ce contexte est née la Stratégie du numérique, dont fait partie la e-santé.

L'agenda numérique pour l'Europe est la déclinaison opérationnelle de la Stratégie du numérique qui veut conduire l'Europe vers la croissance intelligente, durable et intégratrice, mise en exergue par la stratégie *Europe 2020*. Cette stratégie, qui a été publiée par la Commission le 6 mai 2015, poursuit trois objectifs :

- améliorer l'accès aux biens et services numériques dans toute l'Europe pour les consommateurs et les entreprises ;
- améliorer les conditions propices à la croissance et au développement des réseaux et services numériques ;
- stimuler la croissance de l'économie numérique européenne.

L'agenda numérique européen se décline en sept objectifs dont celui de créer un marché unique du numérique.

En ce qui concerne la santé, l'agenda numérique pour l'Europe engagera des actions en faveur du déploiement des technologies liées à la santé en ligne en Europe pour permettre d'améliorer la qualité des soins, de réduire les coûts des prestations médicales et de favoriser l'autonomie, notamment dans les endroits isolés. Le déploiement des technologies de l'information et de la communi-



<https://ec.europa.eu/digital-agenda/en>

tion (TIC) dans le système de soins devrait développer la médecine personnalisée, préventive, centrée sur le patient, intégrée, interopérable et durable. L'un des objets de l'agenda numérique est que les personnes aient un pouvoir d'agir sur leur santé, leurs maladies et leur bien-être.

La Commission estime que l'agenda numérique appliqué à la santé pourrait offrir des services de santé meilleurs et moins chers. L'utilisation des TIC et de la télémédecine pourrait augmenter l'efficacité des soins de santé de 20 %, avec un marché de l'ordre de 17,6 milliards d'euros en 2017 contre 7,6 milliards aujourd'hui. □

DG Connect

La Direction générale des réseaux de communication, du contenu et des technologies (DG Connect) a succédé en juillet 2012 à la Direction générale pour la société de l'information (DG Info).

La DG Connect a pour objectif général de s'assurer que les technologies numériques peuvent aider à la croissance de l'Europe. Elle a quatre-vingt-huit priorités opérationnelles. Elle a dans ses attributions la gestion de l'agenda numérique pour l'Europe

La santé et le bien-être font partie de la direction Société numérique, confiance et sécurité.

Rapport annuel de l'ONDPS

Anne Golfusse, Bunna Pheng, ONDPS, octobre 2015



Dans son rapport 2015, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) poursuit son analyse de la régulation des professionnels de santé en France. Il suit notamment l'évolution des étudiants en médecine au moment des épreuves classantes nationales (ECN) et deux ans plus tard, au moment des inscriptions

définitives. Lors de la mise en place des ECN en 2004, 3 988 postes d'internes en médecine ont été ouverts. Si ce nombre avait été reconduit à l'identique chaque année de 2005 à 2014, près de 40 000 postes auraient été ouverts au total. Or, ce sont près de 65 000 postes d'internes qui auront été ouverts au cours de cette décennie, soit une augmentation annuelle moyenne de 5,0 %. Deux fois plus de postes d'internes sont ainsi ouverts en 2014 qu'en 2004. L'analyse régionale menée par les auteurs montre que les régions les plus surdotées en postes ouverts par rapport à leur *numerus clausus* sont la Basse-Normandie, la Picardie, Champagne-Ardenne et la Haute-Normandie.

Les pouvoirs publics ont favorisé quatre spécialités, avec une croissance supérieure à la moyenne : psychiatrie, médecine générale, médecine du travail et gynécologie médicale. En dix ans, le taux d'augmentation en postes pourvus en médecine générale a été supérieur à celui de ses postes ouverts. Ainsi, 58 % des 25 000 postes supplémentaires ouverts de 2005 à 2014 sont allés à la médecine générale.

L'analyse à deux ans montre des changements significatifs entre l'affectation des internes et les postes occupés deux ans après. Parmi les trente spécialités ouvertes, six subissent des changements significatifs. La spécialité d'anesthésie-réanimation accueille plus d'internes deux ans après les affectations aux ECN. En revanche, des spécialités sont en situation très dégradée, perdant des internes dans les deux ans : santé publique et médecine sociale, médecine du travail, endocrinologie, génétique médicale.

Enfin, parmi les cinquante internes quittant la médecine générale entre 2010 et 2012, 23 % se dirigent vers une spécialité médicale, 18 % vers la psychiatrie et *ex-æquo* à 14 % vers la biologie médicale, la médecine du travail et la pédiatrie. Parmi les 73 internes qui arrivent en médecine générale, 43 % viennent d'une spécialité médicale : 18 % de biologie médicale et 10 % d'une spécialité chirurgicale.

Rapport d'activité de la Drees, 2014

Drees, décembre 2015



La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) met en ligne son rapport d'activité 2014. Au titre de ses réalisations, la Drees met en exergue la création de l'espace *data.drees*, qui rassemble toutes les données diffusées par la direction. La Drees revient sur quatre autres faits marquants pour 2014 : deux enquêtes sur les ressources et les conditions de vie des jeunes, d'une part, des personnes âgées, d'autre part ; l'enquête sur les urgences hospitalières ; la création de la commission de l'*open data* et, enfin, la mise en place de l'observatoire national du suicide.

En mettant pour la première fois en ligne son rapport d'activité, la Drees espère ainsi mieux contribuer et éclairer le débat public sur les questions sanitaires et sociales.

L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures

Stéphanie Dupays, Catherine Hesse, Bruno Vincent, Igas, avril 2015

Dans ce rapport de l'Igas d'avril 2015 mais publié en décembre, les trois auteurs examinent la mise en œuvre de deux mesures des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Pour la LFSS 2013, celle de la gratuité de

la délivrance des contraceptifs remboursables pour les mineures de 15 à 17 ans, ainsi que le droit au secret pour toute personne mineure. Pour la LFSS 2014, le tiers payant pour la consultation et les analyses biologiques sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), pour les mineures de 15 à 17 ans.

Les auteurs notent que ces deux mesures sont méconnues et très peu appliquées. Moins de 1 % des délivrances de contraceptifs aux mineures entre dans le cadre des mesures de gratuité et de secret. Les besoins des mineures en matière de contraception sont difficiles à identifier, mais pour les auteurs, la confidentialité semble plus cruciale que la gratuité. La complexité de la procédure d'anonymation reposant sur l'utilisation d'un numéro d'inscription au répertoire (Nir) anonyme à la place des identifiants de la mineure rebute cependant les pharmaciens, qui ne la proposent et ne l'utilisent alors pas. Parmi les préconisations, le rapport insiste sur la nécessité d'informer les mineures sur les dispositifs existants, mais également les professionnels. Une campagne s'appuyant sur les organismes professionnels leur paraît plus souhaitable qu'un simple courrier d'information de l'Assurance maladie

PAUVRETÉ : LES CHIFFRES CLÉS

Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale a publié la première édition des chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

La brochure *Chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale*

recense les principales données statistiques disponibles pour caractériser la pauvreté selon différents domaines couverts par le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté en janvier 2013.

Elle aborde ainsi l'accès aux droits et aux biens essentiels, et le non-recours, les minima sociaux, l'emploi, le travail et la formation professionnelle, l'hébergement, le logement, la santé et l'accès aux soins, la famille, l'enfance et la réussite éducative, enfin l'inclusion bancaire et la lutte contre le surendettement. Les indicateurs sont éclairés par des informations sur les enjeux sociaux, les mesures politiques et les dispositifs mis en place.

En chapitre introductif, les auteurs reviennent sur la mesure de la pauvreté en France, selon que l'on s'intéresse au taux ou au seuil de pauvreté. Ainsi, en 2012, l'Insee, à partir du taux de pauvreté monétaire à 60 % du niveau de vie médian, comptabilise 8,5 millions de personnes en situation de pauvreté, soit à 13,9 % de la population, contre 14,3 % en 2011, et 14,0 % en 2010.

En 2012, le seuil de pauvreté monétaire à 60 % correspond à 987 € mensuels pour une personne seule. Le

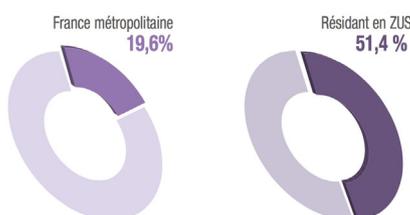
seuil de pauvreté monétaire à 50 % équivaut, lui, à 822 € mensuels, et le seuil de pauvreté à 40 % correspond à 622 € mensuels.

Avec 37,2 %, les chômeurs ont le taux de pauvreté le plus élevé, même s'il diminue depuis 2011 (38,9 %). Une baisse essentiellement due à la part croissante de chômeurs diplômés, relativement mieux indemnisés que les personnes en emploi précaire.

Les familles monoparentales comme les étudiants voient en revanche leur taux de pauvreté s'accroître. Les auteurs indiquent cependant que les prestations sociales et le système fiscal réduisent de 17,1 points (2011) l'intensité de la pauvreté.

Le taux moyen de chômage des jeunes de 15 à 24 ans est de 24,7 % (2014), très supérieur aux autres tranches d'âge. Près d'un million de ces jeunes (10,7 %) ne travaillent pas et ne suivent ni études, ni formation (désignés sous l'acryme anglais NEET). Selon l'Observatoire des zones urbaines sensibles (Onzus), en 2012,

Taux de pauvreté des moins de 18 ans résidant en Zus en 2012



51,4 % des moins de 18 ans résidant en zones urbaines sensibles (Zus) vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Dans le domaine de la santé, pour prendre un dernier exemple, près de 2,4 millions de personnes en décembre 2014 sont bénéficiaires de la CMU de base ; les effectifs ont progressé de 2,4 % en un an, pour l'ensemble du territoire, et de 68 % depuis 2007. En 2014, 430 permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont implantées dans les établissements de santé, mais seulement un quart d'entre elles satisfait aux critères d'exigence fixés, à savoir disposer d'un mi-temps de travailleur social, au moins 10 % de temps médical dédié, accéder aux consultations de médecine générale et à des médicaments sans frais, recourir à l'interprétariat, créer une signalétique au sein de l'établissement, et écrire des protocoles entre les services de l'établissement. □

3 FÉVRIER, PARIS
 Démocratie
 sanitaire,
 citoyenneté
 des usagers du
 secteur social et
 médico-social

**CENTRE DE RESSOURCES EN
 SCIENCES MÉDICO-SOCIALES
 D'ÎLE-DE-FRANCE**

Programme

3 FÉVRIER, PARIS
 Colloque TIC
 Santé
 - Le Big Data
 au service de la
 qualité des soins
 - Les MOOCs, une
 révolution dans la
 e-santé

FORMATICSANTÉ

Programme

8 FÉVRIER, PARIS
 Rendez-vous
 avec la e-santé

**SYNDICAT NATIONAL DE
 L'INDUSTRIE DES TECHNOLOGIES
 MÉDICALES**

Programme

17 MARS, PARIS
 Les femmes
 au cœur du risque
 cardiovasculaire

DGS, INPES

Programme

3 MARS, LILLE
 Les
 maladies cardio-
 neurovasculaires :
 Prévention,
 Symptômes et
 Accompagnement

**ARS NORD - PAS-DE-CALAIS -
 PICARDIE**

Programme

18 MARS, PARIS
 La santé
 au travail en
 temps de crises :
 les apports du
 dispositif Evrest

**ÉVOLUTIONS ET RELATIONS EN
 SANTÉ AU TRAVAIL (EVREST)**

Programme

**26-
 1er JUIN-JUILLET,
 BESANÇON**
 13^e Université
 d'été francophone
 en santé publique

**EHESP, ARS DE BOURGOGNE
 FRANCHE-COMTÉ, UNIVERSITÉ DE
 FRANCHE-COMTÉ**

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
 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 : Bertrand Boixeda (conseil départemental de l'oise), Anne-
 Claire Boucher (conseil départemental de la Somme), Sylvia Carette (ars), Rémy
 Caveng (université de picardie), Émilie Fauchille (or2s), Lugdivine Godin (msa),
 Bruno Gøethals (carsat nord-picardie), Juliette Halifax (apradis) Laurent Haegem-
 mann (msa), Marie-Véronique Labasque (apradis), Patrick Le Scouëzec (insee),
 Philippe Lorenzo (or2s), Laurence Moutiez (conseil régional de Picardie), Anna
 Ouattara (carsat nord-picardie), Aline Osman-Rogelet (or2s), Claude Thiaudière
 (université de picardie), Alain Trugeon (or2s), Cédric Van Gertruy (drjscs)

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X
 © OR2S décembre 2015

