

Plateforme



SOMMAIRE

EN RÉGION

- 02 L'observation en Haute-Normandie
- 03 La Plateforme sanitaire et sociale
- 04 Santé au travail : le dispositif Evrest
- 05 Panorama des travailleurs sociaux
- 06 *Indiss* : indicateurs de suivi en santé

FOCUS LA PLATEFORME SANITAIRE ET SOCIALE

- 07 Éditos
- 08 DRJSCS : d'abord coordonner
- 09 ARS : lutter contre les inégalités
- 10 Région Haute-Normandie :

NATIONAL

- 11 L'Open data
- 12 Brèves

EUROPE

- 13 Inégalités de santé

DOC

- 14 À lire
- 15 Rapport sur la sécurité sociale
- 16 AGENDA

L'OBSERVATION EN HAUTE-NORMANDIE

L'OR2S a installé en début d'année 2014 une antenne régionale d'observation à la demande de l'ARS, la DRJSCS et la Région Haute-Normandie. Entretien avec François Michelot, responsable de l'antenne.

ENTRETIEN COMPLET SUR PF2S.FR

PF2S : *François Michelot, pouvez-vous nous décrire le fonctionnement de cette antenne ?*

François Michelot : Ses missions s'inscrivent dans l'amélioration de la connaissance de la population dans les domaines sanitaire et social aux plans régional et infra-régional. L'antenne est constituée d'une équipe de trois salariés qui travaillent en complémentarité avec l'équipe de l'OR2S située à Amiens. Elle s'appuie notamment sur son pôle administratif, son pôle informatique et travaille en relations très étroites avec son pôle études. Elle a pour vocation d'être à proximité des acteurs de la région et d'assurer des relations fortes avec eux tout en disposant d'un spectre de compétences indispensables et facilement mobilisables pour mener une observation régionale de la santé et du social efficiente et efficace.

PF2S : *Quels sont les principaux projets de l'équipe ?*

F. M. : Ils sont de trois ordres : le traitement d'enquêtes, l'accompagnement des décideurs et la mise en place de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale*. L'OR2S analyse actuellement plusieurs enquêtes en santé scolaire (cf. article p. 6) ou en santé au travail (cf. article p. 4). En partenariat avec l'ARS, l'OR2S mène des



De gauche à droite : Angélique Lefebvre, Olivia Guerin, François Michelot
© OR2S - 2014

travaux sur différentes thématiques : tableau de bord santé environnement, évaluation d'actions financées dans le cadre santé-nutrition-précarité, mise en place d'une méthodologie d'évaluation des contrats locaux de santé (en partenariat avec l'Ireps), etc. Enfin la mise en place elle-même de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* fait l'objet de rencontres avec les principaux producteurs et utilisateurs de données de la région.

PF2S : *Justement, quelles sont les attentes de vos partenaires en matière de développement de l'observation ?*

Leur principale attente est de pouvoir disposer en région d'une expertise indépendante et pérenne sur les données des champs d'observation de la

santé, du social et du médico-social, en s'appuyant sur un plateau technique relativement complet. Dans un contexte de *l'open data*, il faut désormais pouvoir sélectionner les données qui ont du sens, les fiabiliser, les interpréter, les analyser et les rendre intelligibles en les partageant avec l'ensemble des utilisateurs. Mais les données de santé sont « sensibles » et leurs conditions d'accès croissent avec leur complexité. Ce n'est qu'au travers d'une expertise partagée qu'une utilisation pertinente des données de santé est envisageable. La *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* contribue ainsi à cet objectif et constitue un véritable pôle d'expertise régionale de l'information dans les secteurs sanitaire, social et médico-social. □

LA PLATEFORME SANITAIRE ET SOCIALE

La *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* de Haute-Normandie a été installée le 7 novembre 2014 à l'initiative du Préfet de région, du Directeur général de l'ARS et du Président de la Région.

Une trentaine de structures la composent.

[ACCÉDER AU SITE PF2S.FR](#)

La mise en place de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* a débuté dès le printemps 2014.

À la demande des trois financeurs et co-présidents de la *Plateforme* - la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, l'agence régionale de santé et la Région Haute-Normandie - des rencontres ont eu lieu avec les organisations parties prenantes de l'observation sanitaire et sociale dans la région.

Avec la quinzaine de structures participant aux travaux de la *Plateforme* dès 2011, une quinzaine d'autres a été consultées : services de l'État et établissements publics, collectivités locales, associations sanitaires ou sociales. Par la suite, d'autres organismes seront amenés à faire partie du dispositif, en fonction des champs d'observation étudiés.

Deux instances font fonctionner la

Plateforme. Le Comité de pilotage (*Copil*) rassemble tous les partenaires. Il se réunit une fois par an et dresse la feuille de route annuelle. À ses côtés, le Comité de suivi, rassemblant une quinzaine de personnes, assure le suivi quotidien des travaux de la *Plateforme* décidés par le *Copil*.

Fédérer les acteurs, mutualiser les données pour aider à la décision

Les objectifs de la *Plateforme* sont de plusieurs natures. Il s'agit tout d'abord de rassembler les acteurs fournisseurs et les utilisateurs de données couvrant le champ de la santé, du médico-social, de la cohésion sociale et de la jeunesse et des sports. L'idée est de pouvoir travailler ensemble, tant à la définition d'indicateurs

pertinents pour décrire les situations sanitaires, sociales et médico-sociales de la population régionale, qu'à leur interprétation en vue de les rendre opérationnels, facilitant la définition ou l'évaluation des politiques publiques. Quatre objectifs principaux sont pour-

suivis par la *Plateforme* : coopération régionale en matière d'information, recensement, valorisation et diffusion des données, analyse des besoins en matière de données, mise en œuvre d'une méthodologie assurant la cohérence des informations élaborées et leur fiabilité, création d'un lieu de veille pour améliorer la connaissance de l'évolution des populations de la région. Si les politiques publiques ne vont pas s'élaborer en son sein, du moins la *Plateforme* devrait-elle réunir les outils nécessaires à l'organisation d'une intelligence collective permettant un travail en complémentarité pour éviter toute redondance inutile, d'une part, pour mieux appréhender les phénomènes sociaux et répondre aux besoins des populations dans les territoires, d'autre part.

La visibilité de la *Plateforme* est assurée par l'ouverture d'un site internet, la diffusion d'une revue trimestrielle et la mise à disposition des partenaires de la *Plateforme* d'une base d'indicateurs leur permettant de calculer les données sur différentes entités géographiques. Des publications mettront à disposition les principaux résultats des divers travaux menés dans le cadre de la *Plateforme*. □

Philippe LORENZO OR2S



SANTÉ AU TRAVAIL : LE DISPOSITIF EVREST

Le dispositif national de veille et de recherche en santé au travail, Evrest, s'est fixé pour mission d'analyser et de suivre différents aspects du travail et de la santé de salariés par un recueil permanent d'informations chiffrées obtenues à l'occasion du suivi médical en santé au travail. Il est porté en Haute-Normandie par le CHU.

Initié au début des années deux mille par des médecins du travail au sein du groupe EADS, en coopération avec le Centre de recherche et d'études sur l'âge et les populations au travail (Créapt), le dispositif Evrest (Évolutions et relations en santé au travail), permet de rendre visible des enjeux de santé au travail, de suivre les évolutions de la santé et du travail et de fournir de nouveaux repères pour la réflexion accompagnant les changements dans l'entreprise.

Observer le vécu et le ressenti des salariés au travail

Ce dispositif vise à améliorer les connaissances relatives aux enjeux de santé au travail en apportant des informations précieuses sur le « vécu » et le ressenti des salariés. Se retrouvant dans un groupe du Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (Cisme), les médecins du travail de services interentreprises ont mené une réflexion sur sa généralisation dans les services de santé au travail. En 2009, le groupement d'intérêt scientifique (Gis) Evrest a été constitué entre l'Université Lille 2, le Centre d'études

de l'emploi, l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, l'Institut santé travail du Nord de la France, le Cisme et EADS.

Le dispositif Evrest s'articule autour de trois grands niveaux de fonctionnement : la mise en œuvre nationale et l'évolution du dispositif, l'animation du réseau régional et la gestion de la base de données. Les médecins du travail volontaires et leurs équipes santé-travail s'engagent au minimum à alimenter l'échantillon national de base de salariés interrogés. Ils peuvent, s'ils le souhaitent, élargir leur collecte d'information selon les besoins : interroger tous les salariés d'une même entreprise, d'un même secteur d'activité, etc., constituant les échantillons « Evrest entreprises ».

Sous le pilotage du CHU - Hôpitaux de Rouen (cf. encadrés), un groupe de

En Haute-Normandie, Evrest est porté par le service de médecine du travail et pathologie professionnelle du CHU - Hôpitaux de Rouen, en particulier par le Dr Laetitia Rollin, médecin référent régional Evrest depuis 2008. Sa mission est de promouvoir, développer et pérenniser ce dispositif.



suivi régional pluri-partenarial a été mis en place. Afin de l'accompagner dans sa mission, l'OR2S a été sollicité pour valoriser les données régionales et accompagner les médecins du travail selon leurs besoins dans l'exploitation des données qu'ils collectent dans le cadre d'« Evrest entreprises ». En particulier, dans le cadre d'une convention avec le CHU de Rouen, l'OR2S s'est vu confié l'analyse et la valorisation des données recueillies en région ainsi qu'un appui technique dans le cadre de l'analyse en Haute-Normandie. Les résultats issus de l'analyse des données régionales seront publiés courant 2015. □

Angélique LEFEBVRE, OR2S

Un groupe de suivi régional Evrest a été mis en place en 2014, composé de médecins et d'infirmiers de santé au travail, de l'agence régionale de santé, de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi...

PANORAMA DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Réalisé dans le cadre des états généraux du travail social, et plus particulièrement des assises interrégionales Grand nord du travail social du 8 juillet 2014, la DRJSCS de Haute-Normandie publie un panorama sur les quatorze formations préparant aux diplômes du travail social.

La Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale qui s'est tenue au début de l'année 2013 a mis en lumière les difficultés auxquelles les professionnels du travail social sont confrontés. Les évolutions des politiques sociales de ces quinze dernières années questionnent et bousculent les pratiques du travail social et de l'intervention sociale, et notamment les pratiques professionnelles, la coordination entre les travailleurs sociaux et les intervenants sociaux, la multiplication des attentes vis-à-vis de leur travail et le risque d'isolement de ces travailleurs.

24 600 travailleurs sociaux recensés en Haute-Normandie

Au vu de ces constats, le Gouvernement a engagé en 2014 une démarche de réflexion nationale qui aboutira à l'organisation des états généraux du travail social (EGTS) en 2015.

Les régions Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Haute et Basse-Normandie ont été regroupées au sein de l'Inter région Grand Nord. La DRJSCS du Nord - Pas-de-Calais a piloté le projet

territorial pour cette Interrégion. Les assises interrégionales Grand Nord du travail social ont réuni, le 8 juillet 2014 à Loos, environ 600 personnes, travailleurs et intervenants sociaux, responsables des administrations chargées des questions sanitaires et sociales.

Dans ce cadre, la DRJSCS de Haute-Normandie, en complément du travail de présentation statistique réalisée en commun avec les trois autres régions concernées par les assises du 8 juillet, a souhaité partager quelques données chiffrées avec ses partenaires à travers la rédaction du *Panorama des travailleurs sociaux* en Haute-Normandie.

Ce panorama porte sur quatorze formations préparant aux diplômes du travail social visés au titre V du Code de l'action sociale et des familles, regroupées en neuf professions et catégories socioprofessionnelles (PCS), qui interviennent dans trois principaux domaines : l'aide sociale, l'éducation spécialisée et le travail à domicile. Les sources statistiques utilisées sont les déclarations annuelles des données sociales (DADS) de l'année 2010.

Il présente principalement les professions sociales, le profil des intervenants sociaux salariés haut-normands, les formations préparant aux diplômes du travail social en Haute-Normandie, et fait état de l'insertion professionnelle des diplômés du travail social dans la région.



[Cliquez sur l'image pour télécharger le document](#)

En 2010, sont dénombrés 24 600 travailleurs sociaux en Haute-Normandie. Les femmes sont largement majoritaires au sein de ces professions puisqu'elles représentent 87 % des salariés du social. L'âge médian est de 43 ans et environ 15 % des salariés haut-normands du social sont âgés de 55 ans ou plus. Le contrat à durée indéterminée, à temps complet, est en général la règle sauf en ce qui concerne la profession d'aide à domicile. Le salaire horaire net médian des travailleurs sociaux haut-normands s'établit entre 18 euros pour un cadre et 7,6 euros pour un aide à domicile. Le *Panorama des travailleurs sociaux* est disponible sur le site internet de la DRJSCS de Haute-Normandie, dans la partie consacrée aux études et publications dans l'emploi et la formation du champ sanitaire et social. □

Cyrille TELLART, DRJSCS

INDISS : INDICATEURS DE SUIVI EN SANTÉ

Réalisée en partenariat avec le rectorat de l'académie de Rouen, l'ARS et la région, l'OR2S publie les premiers résultats de l'enquête en milieu scolaire contribuant ainsi à une meilleure connaissance de la santé des jeunes scolarisés en Haute-Normandie.

Les adolescents sont souvent considérés comme une population en bonne santé. Cependant, ils vivent une période où s'opèrent de nombreux changements aussi bien physiques que psychologiques qui peuvent entraîner des comportements et modes de vie à risque, impactant négativement la santé.



Cliquez sur les images pour télécharger les documents

Des publications thématiques sur la santé en milieu scolaire et missions locales

De nombreuses maladies graves à l'âge adulte trouvent leur origine à l'adolescence : tabagisme, infections sexuellement transmissibles, mauvaises habitudes alimentaires ou sédentarité, par exemple. En Haute-Normandie, l'observatoire régional de la santé a mené une enquête en milieu scolaire pour mieux connaître l'état de santé, les comportements à risque et les modes de vie des jeunes. Intitulée *Indiss* (Indicateurs de suivi en santé). Elle a été réalisée auprès des élèves de cinquième et de seconde, scolarisés dans les établissements publics d'enseignement général, technologique ou professionnel

entre novembre 2012 et avril 2013. Le recueil des données a été mené par auto-questionnaire, complété pour les élèves de cinquième par une fiche d'examen clinique remplie par l'infirmière scolaire. Les thématiques abordées ont trait à la santé mentale, à la consommation de substances psychoactives, à la nutrition et à la relation aux soins. Pour les élèves de seconde et les jeunes des missions locales, des questions portaient également sur la sexualité et la contraception ; sur la santé, notamment la vaccination et les troubles sensoriels (vision, audition) pour les élèves de cinquième. En 2013, la saisie de l'ensemble des questionnaires collectés et la préparation des données ont été effectuées par l'OR2S. Les résultats de l'enquête ont été restitués aux infirmières scolaires à l'automne 2014.

Ils feront l'objet de publications thématiques qui s'étaleront jusqu'à la fin de l'année. Elles mettront à la disposition des acteurs de prévention des éléments nécessaires à l'orientation et la conduite de politiques de santé publique auprès des jeunes de la région. □

Olivia GUÉRIN, OR2S

En partenariat avec l'association régionale des missions locales de Haute-Normandie, une déclinaison de cette enquête a été ré-a-lisée auprès des jeunes accueillis dans les missions locales de la région. Les résultats seront publiés en 2015.

LA PLATEFORME SANITAIRE ET SOCIALE



Après deux ans d'absence, la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* de Haute-Normandie est à nouveau active. Nul doute qu'elle saura retrouver toute sa place pour venir éclairer les choix des personnes responsables de la mise en place des politiques publiques en la matière.

La conduite des politiques publiques nécessite en effet de disposer d'indicateurs et de données fiables, sur plusieurs années. Ces indicateurs doivent être partagés avec les différents acteurs, qu'ils représentent l'État, les collectivités locales, les organismes de protection sociale ou bien les associations de professionnels du secteur de la santé et du social.

C'est dans cet état d'esprit, d'ouverture et de partenariat, que la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* avait été créée en Haute-Normandie, au début des années 2000. La *Plateforme* ainsi rénovée a pour objectif de renforcer cette concertation entre les politiques de l'État et les politiques territoriales et devra permettre d'avoir une vision unifiée des deux grands secteurs que sont le social et le sanitaire.

L'aptitude à organiser des passerelles entre les politiques publiques à l'aide d'une observation intersectorielle est essentielle. La *Plateforme* constituera un appui aux acteurs de terrain. Elle a vocation à apporter une aide méthodologique, à mobiliser des opérateurs qualifiés afin de leur permettre d'être fédérateur de pratiques et de réflexions pour construire avec l'ensemble des partenaires.

Sylvie MOUYON-PORTE
Directrice régionale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale
de Haute-Normandie



L'observatoire régional de la santé et du social dont la nouvelle antenne a ouvert au Pôle Régional des Savoirs en septembre dernier avec le soutien de la Région, est un outil indispensable à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé. Alors que ce domaine ne relève pas de ses compétences, notre collectivité régionale a engagé une série de mesures ambitieuses pour permettre un meilleur accès à la santé en Haute-Normandie : soutien au regroupement des professionnels de santé au sein de maisons pluridisciplinaires et accompagnement à la modernisation des Ehpad (dans le cadre du Contrat 276 avec les Départements de l'Eure et de la Seine-Maritime), aides aux étudiants de 3^e cycle pour les inciter à exercer en zone rurale, télémédecine pour améliorer la prise en charge et la continuité des soins notamment dans les zones à faible densité médicale... financement de robots chirurgicaux de dernière génération, du Centre d'entraînement médical d'excellence...

L'ambition de la Région, avec ses partenaires, les Départements de l'Eure et de la Seine-Maritime en particulier, est d'agir de la manière la plus efficace contre « la fracture médicale ». Ensemble, nous contribuons à un meilleur accès à la santé pour tous, partout.

Chaleureusement à vous,

Nicolas MAYER-ROSSIGNOL
Président de la Région Haute-Normandie



La connaissance de l'état de santé de la population est un élément essentiel d'aide à la décision pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer la politique régionale de santé.

Si l'observation de la santé doit bien sûr porter sur l'état de santé de la population et ses déterminants, l'intrication des problématiques sanitaires et sociales nécessite également la prise en compte de données relevant d'autres champs que le champ strictement sanitaire (social, éducation, économie, emploi, environnement...).

Dispositif ouvert et partenarial, la *Plateforme régionale d'observation sanitaire et sociale* de Haute-Normandie associant les services de l'État, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les associations et l'agence régionale de santé vient répondre à cet enjeu de partage de l'information et d'analyse commune des données nécessaires à l'objectivation des choix politiques de chacun et à un pilotage coordonné et cohérent des politiques publiques sanitaires et sociales.

Maury de SAINT-QUENTIN
Directeur général de l'ARS
de Haute-Normandie

DRJSCS : D'ABORD COORDONNER

La *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* de Haute-Normandie doit mettre son expertise au service des politiques publiques, grâce à une démarche concertée, structurée et coordonnée.

L'évolution de la société, la nécessité d'offrir des perspectives pour les jeunes, l'augmentation des phénomènes de pauvreté ou bien encore d'exclusion ont conduit l'État à engager des politiques interministérielles structurantes déclinées en plans pluri-annuels. La mise en œuvre de ces politiques s'appuie sur la mobilisation des services de l'État, des collectivités locales, des associations mais aussi des organismes de sécurité sociale.

Rassembler les compétences et les moyens

Les interventions de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Haute-Normandie s'inscrivent dans une logique d'égalité des chances notamment entre les hommes et les femmes, de promotion sociale, d'éducation populaire, de lutte contre les discriminations et d'équité territoriale dans le milieu urbain et rural.

Les plans pluriannuels et interministériels jeunesse, la lutte contre l'exclusion et la pauvreté, égalité hommes et femmes, les concertations engagées dans le cadre de la

préparation des états généraux du travail social et prochainement le schéma de développement du sport reposent sur un travail interservices et de partenariat avec les collectivités locales et les acteurs locaux. La concertation entre les acteurs est nécessaire, notamment pour définir les axes prioritaires pour l'accès aux droits, à la santé, à la pratique d'activités physiques et sportives en Haute-Normandie et rassembler les compétences et les moyens pour une action plus efficace et plus lisible en direction des publics concernés.

La *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* en Haute-Normandie doit contribuer à répondre à ces différents enjeux en dotant les acteurs d'un outil pour le pilotage des politiques publiques.

L'État, les collectivités locales, les organismes de protection sociale et le monde associatif disposent déjà de très nombreuses données qui font l'objet d'études et d'analyses. Cependant, leur utilisation est limitée par une dispersion des informations et des moyens mis en œuvre. La *Plateforme* a vocation à mutualiser l'observation existante, à partager les analyses et promouvoir les démarches d'observation pour produire une connaissance partagée des domaines sanitaire et social.

En ce qui concerne les champs de la jeunesse, des sports et de la

cohésion sociale, l'expertise de la *Plateforme* doit permettre dans un premier temps de suivre les plans régionaux suivants :

- le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ;
- le plan territorial de la jeunesse ;
- le schéma de développement du sport avec notamment le plan Sport, Santé, Bien-être.

Dans un deuxième temps, le *Plateforme* interviendra dans l'élaboration de diagnostics et des schémas suivants :

- le diagnostic territorial à 360° ;
- le schéma de deuxième génération des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ;
- le schéma régional du développement du sport avec la prise en compte de l'accès aux activités physiques aux publics qui en sont le plus éloignés.

La direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, l'agence régionale de santé et la Région Haute-Normandie partagent la volonté commune de mettre en place une démarche d'observation de la santé et du social structurée, concertée et coordonnée au bénéfice de l'ensemble des acteurs intervenant dans le champs sanitaire et social. L'expertise et l'expérience de l'OR2S contribueront au succès de la *Plateforme*. □

ARS : LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS

Le partage de l'information et l'analyse commune des données constituent un enjeu majeur au niveau régional pour l'objectivation des choix politiques et le pilotage coordonné et cohérent des politiques publiques sanitaires et sociales.

Les fortes interactions entre la politique de santé et les autres politiques publiques, notamment sociales, militent en faveur du renforcement des instances et des outils communs d'observation partagée au niveau régional.

Par exemple, la lutte contre les inégalités sociales de santé est une priorité de la stratégie nationale de santé et du projet régional de santé mais elle ne peut relever exclusivement des institutions en charge de la politique de santé, notamment l'agence régionale de santé. En effet, les inégalités sociales de santé sont étroitement liées à l'environnement, aux conditions de vie et au contexte économique général et interpellent donc l'ensemble des acteurs (État, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, professionnels, associations et représentants des usagers...).

Développer des profils de territoires

Cette logique interministérielle et partenariale préside également à la mise en œuvre des grands plans de santé publique (plan national nutrition santé, plan national Sport,



Santé, Bien-être, plan cancer, plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, plan national santé environnement, plan national santé travail...).

En rassemblant l'ensemble des acteurs, la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* de Haute-Normandie doit contribuer à :

- permettre une meilleure mutualisation de l'observation existante dans ces domaines ;
- faciliter les démarches d'observation partagée pour anticiper l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la région ;
- produire une connaissance partagée et utile aux acteurs régionaux, départementaux et locaux des phénomènes sanitaires et sociaux dans

la région, favorisant ainsi une plus grande cohérence et complémentarité des actions de l'ensemble des partenaires.

Pour l'agence régionale de santé, la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* de Haute-Normandie permettra ainsi de développer les travaux sur les profils sanitaires et sociaux des territoires, l'observation des inégalités sociales et territoriales de santé, le suivi des plans et programmes nationaux et régionaux...

L'expérience reconnue de l'observatoire régional de la santé et du social sera un atout majeur pour l'animation de ce dispositif partenarial. □

CONSEIL RÉGIONAL : FORMER, INNOVER

Afin de contribuer à réduire les retards du territoire en matière de situation sanitaire, la Région Haute-Normandie, au côté de tous les acteurs concernés, met en place différentes actions, au plus proche de ses compétences

La démographie médicale

Le défi est de maintenir sur notre territoire les étudiants formés dans nos établissements en leur ouvrant des perspectives de carrière attractives. La Région y participe en développant des politiques d'aménagement qui contribuent à une meilleure attractivité de nos territoires. Elle soutient par exemple le développement de l'offre de santé de proximité en finançant la création de maisons de santé pluridisciplinaires avec les Départements de l'Eure et de la Seine-Maritime (dans le cadre du Contrat 276). Elle encourage également les futures installations dans les zones sous médicalisées grâce à l'attribution d'une aide au déplacement et au logement à destination des étudiants de 3^e cycle de médecine générale qui effectuent leur stage de six mois en zone rurale ou semi-rurale déficiente en offre de soins.

Télesanté et équipements innovants

L'amélioration un parcours de santé des patients passe aujourd'hui par le développement des usages de la télésanté, par l'innovation, les nouveaux traitements ou encore les équipements lourds d'imagerie et de radio diagnostic. Le développement des usages et services des technologies de l'information et de la communication doit lui aussi permettre

d'améliorer la prise en charge des patients et faciliter la coordination et la continuité des soins entre les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. La Région finance ainsi l'achat d'équipements innovants tels que des robots chirurgicaux, petscan... notamment au côté de la Fondation Charles Nicolle, ainsi que l'émergence de la recherche clinique.

Agir en faveur de la formation des professionnels de santé

La formation des professionnels de santé

Au titre de sa compétence en matière de formation, la Région finance le fonctionnement des écoles paramédicales et de sages-femmes, et accompagne financièrement les enseignements universitaires de ces formations dans le cadre de l'« universitarisation ». Elle investit de façon conséquente sur la modernisation de l'appareil de formation, l'ouverture de nouvelles formations ou encore l'augmentation des places (dans les métiers de la rééducation notamment avec l'ouverture de

vingt places de formation de psychomotriciens au CHU à la rentrée 2015 après la création de places supplémentaires de masseurs kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes en 2013 et 2014 sur les sites du CHU et de la Musse). Elle accompagne en outre un certain nombre de grands investissements dans le domaine de la formation médicale de haut niveau et soutient en particulier le *Medical training center* sur la Zac Aubette Martainville à Rouen dont l'ouverture est prévue en 2016, ou encore l'aménagement d'un véritable « campus » paramédical à l'hôpital de la Musse dans l'Eure. Elle a par ailleurs financé la construction de la faculté de médecine de Rouen.

Soucieuse de veiller à l'amélioration de la qualité de vie de ses habitants, la Région Haute-Normandie intervient significativement dans le domaine de la santé et investit massivement en faveur de la formation des professionnels de santé, la recherche et l'innovation ou encore la lutte contre les inégalités territoriales d'accès à la prévention et aux soins, alors même que ce domaine ne relève pas de ses compétences. □

L'OPEN DATA

La commission dite « *Open data* en santé », réunie de novembre 2013 à mai 2014, avait pour mission de débattre des enjeux et des propositions en matière d'accès aux données de santé dans un contexte d'efficience de l'action publique et de démocratie sanitaire.

Bien que baptisée « *Open data* », la commission animée par Philippe Burnel, délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé, et Franck von Lennep, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, avait un champ d'intervention plus large. Il comprenait l'ensemble des données de santé anonymes des patients et les données nominatives des professionnels et établissements de santé.



le partage et la mise en ligne des données dans des formats ouverts, en autorisant leur réutilisation libre et gratuite. Il s'agit pour l'État de rendre des comptes sur son action en transformant sa relation avec les citoyens et de renforcer l'efficacité de l'action publique. Il en attend le renforcement de l'autonomie des patients, le développement de la recherche et de l'innovation, l'efficacité de l'action publique et l'amélioration des pratiques professionnelles. La principale limite est la nécessité de garantir la protection de la vie privée des patients.

Pour la commission, cette protection est d'autant plus importante que les données de santé sont particulièrement sensibles. Elle a mesuré les niveaux de risque de réidentifier des personnes à partir des données, justifiant différentes procédures d'accès. Pour les données à risque nul d'identification, la commission prône le principe d'ouverture par défaut des données publiques, sauf exception motivée. Les données issues d'enquêtes et de recherches menées sur fonds publics devront dès leur conception prévoir l'ouverture des données anonymées, sous couvert de solutions au niveau législatif, tech-



[Cliquez sur l'image pour télécharger le document](#)

Ouvrir l'accès aux données publiques mais garantir la vie privée

Dans son rapport, la commission examine notamment :

- la définition des concepts, l'accès aux données du Sniiram et du PMSI ;
- les enjeux ;
- les actions à mener et les orientations en matière de données réidentifiantes.

L'*Open data* est défini par l'ouverture,

nique et économique et dès lors que la Cnil, après avis d'un comité technique, en aura validé les caractéristiques. Enfin, pour les données détaillées, comportant un risque important de réidentification, la commission propose de simplifier le circuit des demandes d'accès des organismes privés ou publics en créant un canal unique d'autorisation délivrée par la Cnil. Deux comités, l'un technique, l'autre d'orientation, seraient chargés de la gouvernance générale de l'*Open data* en santé. □

Loi de santé

Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a présenté en Conseil des ministres le 15 octobre 2014 le projet de loi de santé. Il s'inscrit dans le prolongement de la stratégie nationale de santé lancée par le gouvernement en 2013, notamment dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, et pour garantir l'accès aux soins de tous et un accès à des soins de qualité.

Le projet de loi se veut être une réforme durable qui renforce l'information, les droits des patients et le parcours de soins dans le système de santé. Il sera débattu à l'Assemblée nationale au début de l'année 2015. Par ailleurs, et comme annoncé par la ministre le 25 septembre dernier, les mesures d'ordre législatif du « Programme national de réduction du tabagisme » (PNRT) seront intégrées dans le projet de loi de santé, par amendements, à l'occasion de son examen au Parlement.

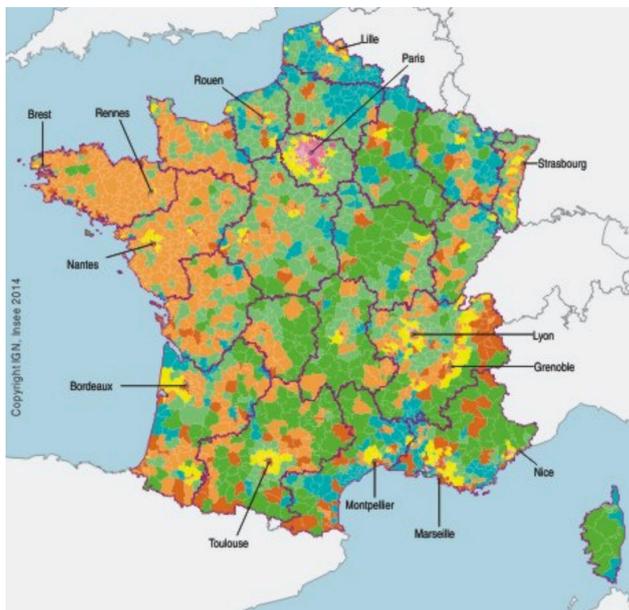
Trois axes d'intervention prioritaires et quatorze mesures forment la loi :

- Axe 1 Prévenir avant d'avoir à guérir
- Axe 2 Faciliter la santé au quotidien
- Axe 3 Innover pour consolider l'excellence de notre système de santé.

Parmi les mesures de la loi, figurent :

- la création de l'Institut national de la prévention, de veille et d'intervention en santé publique, né de la fusion de l'Inpes, de l'InVS et de l'Eprus ;
- la médecine de parcours, soit une prise en charge dans la proximité et la continuité ;
- la création du service territorial de santé au public (STSP), afin de rendre accessible et de structurer le système de santé dans les territoires. Il concerne *a minima* cinq domaines : soins de proximité, permanence des soins, prévention, santé mentale, accès aux soins des personnes handicapées.

En savoir plus



OCDE : Données de santé



D'après l'OCDE, Les dépenses de santé ont recommencé à augmenter, après avoir stagné, voire reculé, dans de nombreux pays de l'OCDE pendant la crise, mais à un rythme qui reste bien inférieur au taux avant la crise, notamment en Europe. En 2012, les dépenses de santé représentaient 9,3 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE. Elles ont peu évolué par rapport à 2011 (9,2 %) mais ont augmenté par rapport à leur niveau d'avant la crise, qui s'établissait à 8,6 %.

En Europe, les dépenses de santé ont continué de reculer en 2012 en Grèce, en Italie, au Portugal et en Espagne, ainsi qu'en République Tchèque et en Hongrie. En Grèce, elles étaient en 2012 inférieures de 25 % à leur niveau de 2009, principalement en raison des coupes dans les dépenses publiques.

Dans d'autres régions du monde en revanche, le Chili et le Mexique ont enregistré une forte hausse de leurs dépenses de santé en 2012, de respectivement 6,5 % et 8,5 %, en grande partie liée à la poursuite des efforts en vue d'assurer une couverture d'assurance maladie universelle et l'accès de tous aux soins. Les dépenses de santé en Corée du Sud ont continué de progresser à un taux annuel de 6 % depuis 2009, notamment en raison de la hausse des dépenses privées. Aux États-Unis, les dépenses de santé se sont accrues de 2,1 % en 2012, soit plus que la moyenne de l'OCDE, mais à des niveaux similaires à ceux de 2010 et 2011.

En savoir plus

Qualité de vie dans les territoires

Insee, octobre 2014

À partir d'une trentaine d'indicateurs, l'Insee a mesuré la qualité de vie dans les différents territoires français, définis comme le découpage des bassins de vie de plus de 50 000 habitants autour des pôles de services. La France métropolitaine est ainsi constituée de 2 677 territoires de vie, les bassins de vie de moins de 50 000 habitants restant intacts.

Huit grands types de territoires se distinguent, deux en régions parisiennes, un autour des grandes capitales régionales, 44 % des territoires haut-normands sont formés de bourgs et petites villes, en situation intermédiaire (classe 6, en vert clair). Deux fois plus de territoires de l'Eure (65 %) sont dans cette situation que de la Seine-Maritime.

Par ailleurs, 22 % se trouvent dans des territoires isolés plutôt denses, en situation peu favorable (classe 5, en bleu), davantage en Seine -Maritime (25 %) que dans l'Eure (15 %).

En savoir plus

INÉGALITÉS DE SANTÉ

Deux initiatives permettent d'avoir accès aujourd'hui aux travaux et réflexions sur les inégalités de santé. L'une est européenne et est gérée par le *think tank EuroHealthNet*; la seconde est francophone et est issue d'un partenariat québécois entre le Réfips, l'INSPQ et l'université de Montréal.

Dans le cadre du programme européen *Equity Action* financé par l'Union européenne, *EuroHealthNet* a développé le portail internet *Health Inequalities* sur les inégalités de santé, les déterminants sociaux de santé et les politiques de santé aux niveaux européen, national et régional. Il contient également une base de données de projets européens. Vingt-trois pays et régions participent à ce programme dont les objectifs sont de développer les connaissances pour agir sur les inégalités de santé et de soutenir l'engagement des États membres, régions et autres partenaires pour s'atteler aux inégalités sociales et économiques de santé. Il permet de partager les enseignements entre les États membres et leurs acteurs et de soutenir le développement d'actions pour aborder les inégalités de santé au niveau européen.

Health Inequalities donne accès à un large éventail d'informations sur les inégalités de santé, outils et ressources et fournit trois cents exemples de politiques et projets abordant les inégalités de santé. La base de données de bonnes pratiques développée dans le portail inclut des exemples de projets et initiatives sur les inégalités sociales aux niveaux européen, national, régional et local. L'information peut être recherchée par pays, champs de travail (éducation, violence domestique...),



<http://www.health-inequalities.eu>

<http://www.tribuneiss.com>



public cible (enfants, personnes âgées, migrants), milieux de vie (école, ville, hôpital) ou mot-clé.

Base de connaissances francophone sur les inégalités de santé

La seconde base de données est issue d'un travail partenarial entre l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (université de Montréal). Elle est hébergée par la *Tribune sur les inégalités sociales*

de santé, initiative de la section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips). C'est une ressource en matière d'inégalités sociales de santé à travers le monde. Divers événements, publications, initiatives et ressources y sont répertoriés dans le but de partager l'information existante. Elle vise essentiellement à favoriser le partage de connaissances et la mise en œuvre de stratégies de réduction des inégalités sociales de santé. La base de connaissances comprend quatre thématiques :

- inégalités sociales de santé ;
- déterminants sociaux de la santé ;
- stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé ;
- politiques publiques favorables à l'équité. □



Lutter contre les stéréotypes

Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, octobre 2014

La ministre aux droits des femmes a chargé le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh) d'analyser les « stéréotypes de genre » et leurs effets, notamment en ce qui concerne l'éducation, les médias et la communication institutionnelle. Les auteurs font la distinction entre sexe et genre, le sexe renvoyant à des caractéristiques données à des personnes catégorisées selon un critère particulier, le genre à un système de normes hiérarchisées et hiérarchisant de masculinité/féminité. Selon cette définition, seule la notion de stéréotype de sexe est légitime. Les stéréotypes de sexe sont des représentations schématisées et globalisantes sur ce que sont et ne sont pas les filles et les garçons, les femmes et les hommes. Selon le HCEfh, la présence des stéréotypes de sexe se manifeste à la fois par un fort déséquilibre quantitatif entre le nombre de femmes et d'hommes représentés et par un enfermement des femmes dans certains rôles et situations dévalorisés et dévalorisants. Les auteurs soulignent que ces stéréotypes font obstacle à l'égalité en légitimant les discriminations et les inégalités. Le HCEfh recommande d'amplifier la lutte contre les stéréotypes de sexe et de concentrer l'action sur les financements publics. Il formule trente-quatre recommandations autour de plusieurs axes : conditionner les financements publics à l'égalité entre les femmes et les hommes, dans le cadre d'une démarche générale de budgétisation sensible à l'égalité femmes-hommes ; outiller les acteurs et fixer des obligations de résultats prioritairement dans les champs des médias, de la communication institutionnelle et de l'éducation ; renforcer la sensibilisation et la formation aux inégalités femmes-hommes et à la présence des stéréotypes de sexe. Il recommande aussi la commande d'un rapport bisannuel sur l'état du sexisme en France et d'accélérer la production de données sexuées dans l'ensemble de la statistique publique, y compris au niveau territorial.



Les comportements de santé des 55-85 ans Analyse du Baromètre santé 2010

Inpes, octobre 2014

L'Inpes publie une photographie des différents comportements de santé des 55-85 ans par l'analyse des données du Baromètre santé Inpes 2010. Ces résultats dévoilent une population hétérogène vivant plutôt bien son avancée en âge. À travers les différents thèmes étudiés, le lien social apparaît comme un déterminant de santé important. Ainsi, le fait de vivre seul multiplie par quatre chez les hommes et par deux chez les femmes la probabilité de survenue d'un épisode dépressif au cours des douze derniers mois, alors que la participation sociale a un effet positif sur l'état et les comportements de santé des 55-85 ans.

L'éloignement durable du marché du travail

Conseil d'orientation pour l'emploi, octobre 2014

L'éloignement durable du marché du travail concerne environ deux millions de personnes, soit près de 5 % de la population en âge de travailler : personnes qui ont connu une interruption de carrière due au chômage, personnes qui ne sont jamais entrées sur le marché du travail, personnes qui ont interrompu leur activité pour s'occuper de leurs enfants et qui voudraient retravailler, personnes en situation de handicap ou ayant connu des problèmes de santé. L'éloignement est profondément dépressif et il fragilise les personnes, sans même parler des discriminations à l'égard des chômeurs de longue durée. Les leviers pour retrouver un emploi sont d'articuler les accompagnements social et professionnel, renforcer la coordination des acteurs et mieux définir le rôle de chacun, orienter vers des métiers qui recrutent et s'inscrire dans un parcours d'accompagnement réfléchi, mieux valoriser les compétences extra-professionnelles, développer l'alternance pour adultes.

Les enfants de la récession : l'impact de la crise économique sur le bien-être des enfants dans les pays riches

Innocenti 12, Unicef, octobre 2014.

Ce rapport de l'Unicef estime que 2,6 millions d'enfants vivent en dessous du seuil de pauvreté dans les pays les plus riches du monde depuis 2008. Il classe quarante-et-un pays de l'OCDE et de l'Union européenne notamment en fonction de la hausse ou de la baisse des niveaux de pauvreté de leurs enfants depuis 2008. La France se situe au 12^e rang des quarante-et-un pays étudiés. Chez les 15-24 ans, 11,2 % ne sont pas scolarisés, n'ont pas de travail ou ne suivent pas de formation en 2013. La pauvreté des enfants a augmenté de trois points entre 2008 et 2012. Le chômage des jeunes a augmenté de cinq points avec 23,9 % des 15-24 ans demandeurs d'emploi en 2013.



RAPPORT SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Depuis 1996, la Cour des comptes publie un rapport annuel. L'édition 2014 revient notamment sur le financement de la politique régionale de santé, sa pertinence et son financement.

La Cour des comptes a rendu public son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. La Cour estime que la France s'est engagée tardivement dans une trajectoire de rétablissement de l'équilibre de ses comptes publics à laquelle l'ensemble des administrations - État, collectivités territoriales et sécurité sociale - doivent concourir.

Concentrer la production des données et mutualiser les ressources

Le déficit de la sécurité sociale a continué à se réduire, mais à un rythme plus faible qu'attendu. D'autant, souligne la Cour, que la résorption du déficit n'a été possible que par des prélèvements sociaux supplémentaires plus que par des économies sur la dépense. Ainsi l'augmentation de la dette sociale est estimée au 31 décembre 2013 à 162 milliard d'euros. Sur la base de ces constats, la Cour présente des pistes d'économies structurelles dans différents champs de la dépense sociale. À l'approche des dix ans de la loi orga-

nique du 2 août 2005 sur le financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes critique cet outil devenu obsolète avec le temps et préconise une loi de protection sociale obligatoire de même qu'elle imagine une loi de résultats portant sur l'exécution de la loi de financement. Des points d'efficience seraient à gagner tant en médecine de ville qu'à l'hôpital ainsi que sur l'achat de médicaments génériques. Le rapport souligne aussi le manque de fluidité des parcours de soins entre l'offre de soins et le secteur médico-social. Dans le chapitre XI de son rapport, la Cour considère que les projets régionaux de santé forment un cadre peu opérationnel dans une démarche insuffisamment intégrée et sans réels priorités ou chiffrage financier, sauf en ce qui concerne la prévention. Elle regrette le faible financement de la santé publique (0,32 % des dépenses sa-

nitaires et médico-sociales en région), dont seuls 39 % sont à la main des ARS, le solde étant directement géré par le régime général de l'Assurance maladie. La Cour propose par ailleurs de refonder l'observation régionale en santé. Parmi les deux cent quinze observatoires recensés, elle revient sur le rôle central des observatoires régionaux de la santé au cœur de la production de données sur la santé en région et ses déterminants. Elle met particulièrement en exergue le fonctionnement de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie. Sur cet exemple, elle propose de consolider le dispositif d'observation en confiant le pilotage aux ARS. L'objectif est de concentrer la production des données et la mutualisation des ressources « indispensables pour atteindre une taille critique en matière d'expertise ».

Dépenses régionales 2012 par poste (en millions d'€)

Dépenses de santé publique	563 M€
Dépenses de soins de ville	78 327 M€
Dépenses des établissements de santé	74 232 M€
Versements aux établissements et services médico-sociaux (hors conseils généraux)	19 653 M€
Autres prestations AT-MP, invalidité, décès	9 995 M€
Autres dépenses sanitaires et médico-sociales	1 750 M€
Total	184 520 M€

Source : États financiers définitifs 2012 des ARS et données direction générale de la santé

21-22 NOVEMBRE 2014, PARIS

8^{es} Rencontres de l'Institut Renaudot "Construire ensemble, un défi pour vivre mieux"

INSTITUT RENAUDOT

Contact : contact@institut-renaudot.fr

[Programme](#)



28 NOVEMBRE 2014, PARIS

Éducation thérapeutique du patient en situation de précarité : regards croisés

FÉDÉRATION NATIONALE D'HÉBERGEMENTS VIH ET AUTRES PATHOLOGIES (FNH-VIH)

www.siteinternet.com

21 NOVEMBRE 2014, PARIS

L'accès à la santé et aux soins en Europe : quels enjeux, quelles articulations entre le sanitaire et le social et l'utilisateur ?

AEPDPSF

Contact : aepdpsf@gmail.fr

25 NOVEMBRE 2014, AMIENS

Des lois de 1975 à aujourd'hui, 40 ans d'action sociale et médico-sociale... et demain ?

EPSOMS, GESPO, CREA DE PICARDIE

Contact : kdequene@epsoms80.fr

[Programme](#)

05 DÉCEMBRE 2014, PARIS

Alimentation, santé précarité : État des lieux, actions, perspectives

CONSEIL RÉGIONAL D'ÎLE-DE-FRANCE

Contact : mipes@iledefrance.fr

[Programme](#)

26 NOVEMBRE 2014, ROUEN

Parcours de soins, parcours de vie : vers un nouveau défi ?

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE DE HAUTE-NORMANDIE

Contact : fhf-hn@chu-rouen.fr

[Programme](#)



Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3 rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1
 Antenne haut-normande : Pôle des savoirs, 115 boulevard de l'Europe, 76000 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 : Catherine Gay (region 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
 n° ISSN : en cours

