

# Plateforme

Plateforme  
SANITAIRE & SOCIALE  
HAUTE-NORMANDIE

## SOMMAIRE

### EN RÉGION

- 02 Les jeunes à bas niveau de formation
- 03 1<sup>re</sup> journée de la Plateforme
- 04 Evrest en Haute-Normandie
- 05 Offre de soins de proximité à l'horizon 2022
- 06 Carsat : système d'information

### FOCUS

# VIEILLISSEMENT DE LA SOCIÉTÉ



### FOCUS

## LOI D'ADAPTION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

- 07 Édito, Émile Groult
- 08 Adapter la société... une priorité inscrite dans la loi
- 09 Des enjeux forts : anticipation, adaptation et accompagnement
- 10 Quels impacts pour les établissements ?

### ACTUALITÉS

- 11 Effets de la CMU sur le recours aux soins
- 12 Loi de modernisation de notre système de santé  
Pacte territoire santé 2  
L'ARS Normandie est (presque) née

### EUROPE

- 13 Agenda numérique pour l'Europe

### LU POUR VOUS

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

### DOC

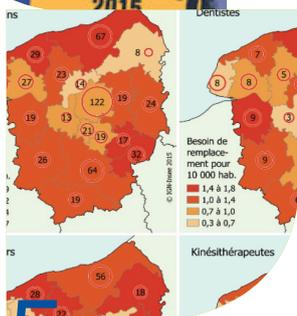
- 15 Pauvreté : les chiffres clés
- 16 AGENDA

1<sup>re</sup> JOURNÉE DE LA PLATEFORME  
D'OBSERVATION SANITAIRE ET SOCIAL

jeunesse en  
te-Normandi

ÉVITER LES RUPTURES,  
PRIORISER LES PASSERELLES

Mardi  
15 décembre  
2015



Résident en ZUS  
51,4 %



5

# LES JEUNES À BAS NIVEAU DE FORMATION

Les jeunes à bas niveau de formation présentent une insertion dans l'emploi plus difficile que les autres jeunes.

Les Haut-Normands qui en 2011 ont un bas niveau de formation, se chiffrent à 518 000. Ils possèdent le brevet des collèges, le certificat d'étude primaire ou n'ont aucun diplôme du tout. La majorité d'entre eux est à la retraite, reflet d'une scolarisation plus courte pour les anciennes générations. Pour autant, les jeunes sont aussi concernés : 35 000 jeunes de moins de 30 ans actifs sur le marché du travail ont un bas niveau de formation, soit 18 % des jeunes actifs de la région. Cela situe la Haute-Normandie à la sixième place des régions françaises. Alors que le niveau de diplôme n'était pas indispensable à l'insertion dans l'emploi pour les anciennes générations, l'absence de diplôme chez les jeunes semble être un réel handicap pour une insertion réussie et durable sur le marché du travail. D'une part, la moitié des jeunes actifs à bas niveau de formation ne trouve pas d'emploi et se retrouve au chômage (contre un diplômé sur cinq). D'autre part, parmi ceux ayant trouvé un emploi, les postes occupés sont essentiellement ouvriers ou employés, pour moitié non qualifiés. Les métiers les plus courants sont serveurs, ouvriers non qualifiés du bâtiment, manutentionnaires ou encore caissiers. Les contrats de travail de ces jeunes sont moins favorables, avec des contrats courts et des temps partiels plus fréquents que chez les jeunes diplômés ou que

chez les bas niveaux de formation plus âgés. Ainsi, 63 % des jeunes de bas niveau de formation sont en CDI, c'est 10 points de moins que les jeunes diplômés ; par ailleurs, 76 % sont à temps complet, soit 6 points de moins que les jeunes diplômés.

**Situation sur le marché du travail des jeunes, selon leur niveau de formation en Haute-Normandie (%)**

	Actifs de moins de 30 ans	
	Bas niveaux de formation	Diplômés
Emploi	53	79
Chômage	47	21
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source : Insee, Recensement de la population 2011

La difficulté pour les jeunes à bas niveau de formation à s'insérer dans l'emploi rend leur parcours professionnel plus erratique que les jeunes diplômés, avec des épisodes de chômage plus fréquents. Du fait d'un probable découragement à trouver un emploi, les passages vers l'inactivité ne sont pas rares pour les jeunes de bas niveau de formation,

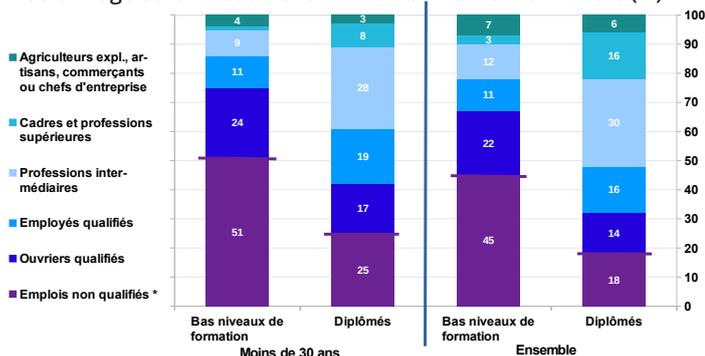
notamment pour les jeunes femmes qui sont plus nombreuses que les jeunes hommes à se retirer du marché du travail.

Cette plus grande difficulté sur le marché de l'emploi des jeunes non diplômés rend leur situation sociale plus fragile, avec des risques accrus de pauvreté et de précarité. La mise en place des emplois d'avenir en 2012 semble toutefois avoir contribué à enrayer la hausse du taux de chômage pour cette population. Des données plus complètes sur les bas niveaux de formation sont disponibles dans *Dossier Haute-Normandie* n° 9 de l'Insee paru en octobre dernier. Ce travail est le fruit d'un partenariat entre l'Insee et le Crefor de Haute-Normandie, désireux de mieux connaître cette population. □

VINCIANE BAYARDIN  
Insee Haute-Normandie

GUILLAUME FOLLÉA  
Crefor Haute-Normandie

**Qualification de l'emploi occupé, selon l'âge et le niveau de formation en Haute-Normandie (%)**



\* Ouvriers non qualifiés ou employés non qualifiés Source : Insee, Recensement de la population 2011

# 1<sup>re</sup> JOURNÉE DE LA PLATEFORME

La *Plateforme sanitaire et sociale* de Haute-Normandie a organisé sa première journée annuelle avec pour thématique la jeunesse en Haute-Normandie : éviter les ruptures, favoriser les passerelles.

La journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Haute-Normandie s'est déroulée le 15 décembre dernier à la faculté de médecine et de pharmacie de Rouen devant 150 personnes. Elle a été introduite par Alain Trugeon, directeur de l'OR2S, Nathalie Viard, directrice de la santé publique à l'ARS et par Sylvie Mouyon-Porte, directrice de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

La matinée s'est poursuivie par une conférence d'Olivier Sirost, sociologue à l'Université de Rouen, consacrée à *La jeunesse dans la post-modernité : entre peurs et espoirs*, au cours de laquelle il a été question du caractère attirant, fascinant et inquiétant de la jeunesse et du fait que les jeunes permettent à leurs aînés de leur faire revivre leur propre jeunesse. Le sociologue a notamment rappelé que la jeunesse est un fait social instable, en perpétuelle mutation avec une césure entre enfance et âge adulte loin d'être nette.

Dans la foulée, une table ronde a réuni Sylvie Mouyon-Porte (DRJSCS), Marc Granier, Gérard Granier et Jean-Luc Léger (Ceser Haute-Normandie) autour du plan territorial pour la jeunesse et du rapport *Jeunesses, une ressource pour la région*. David Durand (DRJSCS)

et François Michelot (OR2S) ont conclu la matinée avec des éléments relatifs aux modalités de suivi du plan territorial jeunesse.

## Des sessions en speed meeting

L'après-midi s'est déroulé sous forme de sessions en *speed meeting* autour d'acteurs œuvrant dans le champ de la jeunesse. Ces sessions portaient notamment sur l'engagement de jeunes et la citoyenneté, les mobilités européennes et internationales, l'accès aux droits, le décrochage scolaire et l'insertion professionnelle. Leur animation a été assurée par la DRJSCS, l'Association régionale des missions locales de Haute-Normandie, le centre régional d'information pour la jeunesse, la caisse d'allocations familiales de Seine-Maritime, l'ARS et le rectorat. D'une durée de quarante minutes, ces échanges ont permis de détailler les

actions et dispositifs « passerelles » permettant de minimiser certaines ruptures dans le parcours de vie des jeunes.

Une synthèse des ateliers va très prochainement mise en ligne sur le site internet de la PF2S. L'intégralité des actes de cette journée sera mise en ligne au cours du premier trimestre 2016. □

**FRANÇOIS MICHELOT**  
OR2S



# EVREST EN HAUTE-NORMANDIE

En partenariat avec le service de médecine du travail et pathologie professionnelle du CHU de Rouen et le groupe de suivi régional constitué des ARS, Carsat, Direccte et des services de santé au travail, l'OR2S a publié fin 2015 les résultats de l'enquête Evrest en Haute-Normandie.

**D**eux lettres d'information sur la synthèse du rapport régional et sur les troubles musculo-squelettiques (TMS) et leurs liens avec les conditions de travail constituent les documents finaux de ce travail. Initié au début des années deux mille par des médecins du travail, le dispositif Évolutions et relations en santé au travail (Evrest) 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. Il repose sur la participation de médecins du travail et de leurs équipes santé-travail qui alimentent un échantillon national de salariés interrogés. Les conditions de travail, la formation, le mode de vie et l'état de santé sont les thématiques abordées dans le questionnaire d'enquête. En 2015, l'OR2S a été sollicité afin d'accompagner le groupe de suivi régional dans le traitement, l'exploitation et la valorisation des données Evrest en Haute-Normandie. Les résultats reposent sur un échantillon de 1 893 salariés interrogés par les professionnels des services de santé au travail dans le cadre des visites périodiques. Ils permettent de situer le ressenti des conditions de travail et la santé perçue des salariés dans différentes situations (selon l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle, le secteur d'activité...)

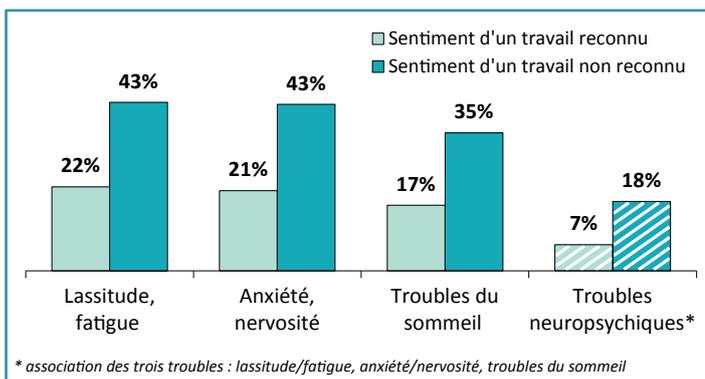


Les analyses montrent ainsi que les femmes sont les salariées les plus touchées à la fois par les TMS du rachis et les troubles neuropsychiques. En particulier, celles du secteur industriel souffrent le plus souvent de TMS du rachis et celles exerçant une profession intermédiaire déclarent plus fréquemment des troubles neuropsychiques. À l'inverse, les hommes, les cadres et professions intellectuelles supérieures ou encore le secteur de la construction sont les moins concernés par les TMS du rachis et les troubles neuropsychiques. Les résultats montrent par ailleurs que les indicateurs de santé

sont souvent liés aux conditions et à l'appréciation du travail. Pour exemple, les troubles neuropsychiques sont plus fréquemment rencontrés chez les salariés ayant des appréciations négatives sur leur travail. De même, la survenue de TMS dépend fortement des conditions et de l'appréciation du travail. Les résultats issus de l'analyse des données Evrest en Haute-Normandie seront très prochainement accessibles en ligne sur le site internet de l'OR2S ([www.or2s.fr](http://www.or2s.fr)). □

ANGÉLIQUE LEFEBVRE  
OR2S

**Troubles neuropsychiques selon le sentiment de reconnaissance du travail par l'entourage professionnel**



# OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ À L'HORIZON 2022

La Haute-Normandie, qui manque déjà de professionnels de soins de proximité va devoir faire face d'ici 2022 à des besoins accrus. Combien de médecins, de dentistes, d'infirmiers et de kinésithérapeutes pour remplacer ceux qui partent en retraite ? Quels territoires haut-normands sont les plus en alerte ? Comment faire face à la demande de soins à l'horizon 2022 ?

C'est pour répondre à ces questions, et ainsi mieux orienter son action en direction du premier recours, que l'agence régionale de santé a fait appel à l'expertise de l'Insee pour réaliser une étude conjointe. Comparativement au niveau national, la région Haute-Normandie présente une situation défavorable en ce qui concerne la démographie des médecins généralistes, des chirurgiens dentistes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux. On observe des profonds déséquilibres à l'intérieur du territoire régional, entre l'Eure et la Seine-Maritime et entre les territoires ruraux, périurbains ou urbains.

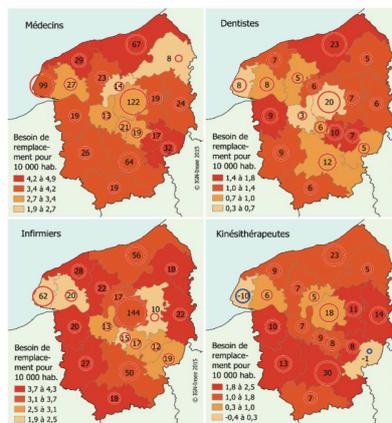
## Préparer l'avenir en anticipant les évolutions

Afin de renforcer l'accès aux soins dans les territoires les plus fragiles, l'ARS, avec ses partenaires - représentants des professionnels de santé, ordres professionnels, facultés, élus -, décline plusieurs mesures (dont le Pacte Territoire Santé) :

- financement de la formation des maîtres de stage universitaire ;

- installation d'un guichet unique d'installation des professionnels de santé afin de faciliter leurs démarches ;
- accompagnement des professionnels de santé souhaitant se regrouper en maison de santé pluri-disciplinaire ;
- soutien des médecins « jeunes installés » avec les contrats de praticien territorial de médecine générale ;
- ouverture de fauteuils dentaires (avec la faculté de Lille) ;
- formation : cent onze postes d'internes en médecine générale ouverts en 2015 (70 % exerceront une

### Besoins de remplacement des départements pour fin d'activité (2013-2022)



Source : ARS, caisses d'assurance maladie, extraction C@rtoSanté - traitement Insee  
 Note de lecture : dans le territoire de Bernay, il faudrait 26 nouveaux médecins pour remplacer les départs pour fin d'activité et pour atteindre en 2022 la densité moyenne régionale de 2013.



activité libérale, dont les trois quarts en région) et accroissement du quota de formation en masseurs-kinésithérapeutes.

Ces actions, pour être efficaces et préparer l'avenir, doivent reposer sur une connaissance précise de la situation démographique professionnelle et sur une capacité à anticiper les évolutions à partir des tendances lourdes observées. C'est tout l'enjeu de l'observation et c'est l'objet de cette étude, réalisée par l'Insee avec les pôles observation et soins de ville de l'ARS. Par son abord pluri-professionnel, elle apporte un éclairage important, contribuant à la réflexion plus générale sur l'organisation des professionnels de proximité, l'attractivité des territoires et l'évolution de la demande de soins. □

EMMANUEL BEUCHER  
 ARS HAUTE-NORMANDIE

# CARSAT : SYSTÈME D'INFORMATION

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

Véritable outil de diagnostic, de partage et de pilotage des territoires, ce système d'information géographique (Sig) permet de repérer les territoires d'intervention prioritaires pour les publics concernés et de déterminer le taux de couverture de ces territoires par les offres de services et/ou les actions de prévention.

À partir de données issues de l'Insee, des systèmes d'information des caisses retraite et maladie du régime

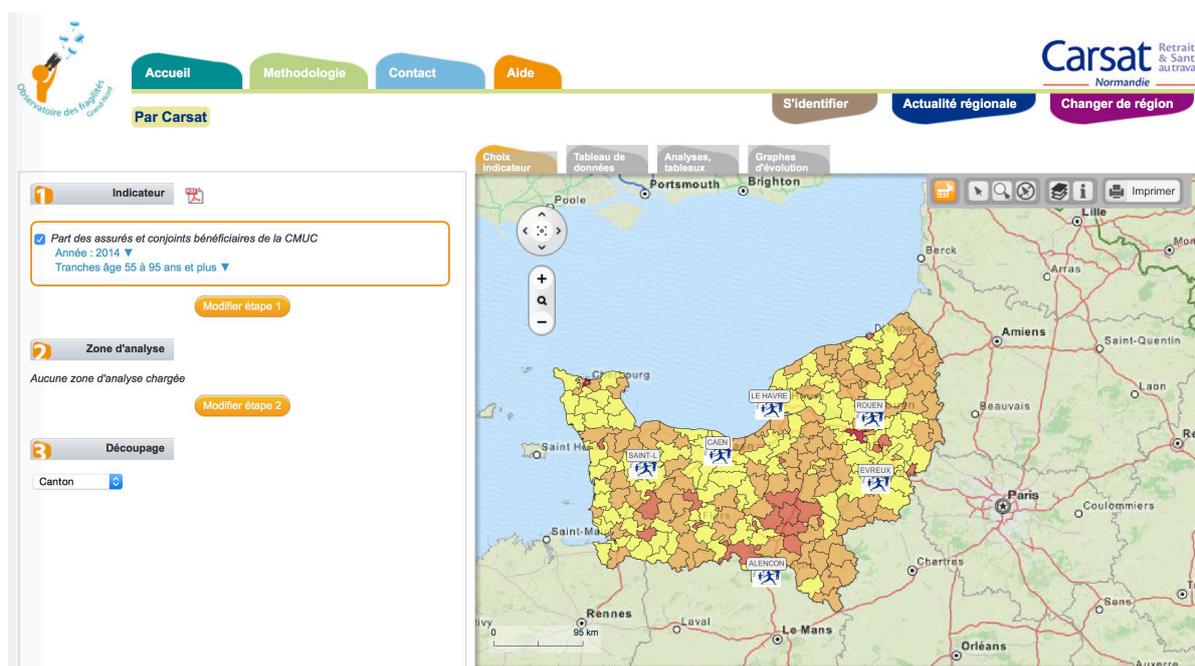
général, de la direction générale des impôts, ce SIG permet d'obtenir en quelques clics des diagnostics territoriaux effectués sous forme de cartes paramétrées, de rapports comparatifs, de portraits de territoire prêts à l'emploi.

Ces données territorialisées (démographiques, socio-économiques, de santé et d'accès aux droits...) sont consultables à des niveaux géographiques différents : commune, EPCI, bassin de vie, canton, département et sont rafraichies annuellement.

En accès libre via le site internet, [www.observatoiredesfragilites.fr](http://www.observatoiredesfragilites.fr), elles sont accessibles à tous les professionnels intéressés.

Pour plus d'information sur cet outil une adresse : [sig-normandie@carsat-normandie.fr](mailto:sig-normandie@carsat-normandie.fr) □

ISABELLE SORET  
CARSAT NORMANDIE



# LOI D'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

Les mots ont leur importance ; les enjeux sont conséquents.



**ÉMILE GROULT**

Président de l'Uriopss  
Normandie Seine-Eure

Nous serons de plus en plus nombreux à vivre de plus en plus longtemps. Près d'un tiers de la population française aura plus de 60 ans en 2060. Cela peut paraître lointain mais nous devons nous y préparer dès maintenant.

Comment garantir une qualité de vie si le logement, les transports, l'accès aux services ou aux commerces... tout simplement si la vie dans la cité n'est pas adaptée à ses difficultés ? Il ne s'agit plus d'ajuster notre fonctionnement existant mais bien de modifier notre système, d'appréhender la perte d'autonomie. Voilà un projet qui concerne la société toute entière, traversant les politiques publiques sectorielles.

« Anticiper, Adapter, Accompagner », voilà quels sont les objectifs, ambitieux et nécessaires, de cette loi. Néanmoins, dans le contexte contraint que nous connaissons, pouvons-nous réellement nous donner les moyens d'y arriver ?

# ADAPTER LA SOCIÉTÉ... UNE PRIORITE INSCRITE DANS LA LOI

L'Insee projette un allongement continu de l'espérance de vie d'ici à 2060. À cet horizon, l'espérance de vie devrait atteindre 86 ans pour les hommes (contre 78,4 ans aujourd'hui) et 91,1 ans pour les femmes (contre 84,8 ans aujourd'hui). Les personnes âgées de plus de 85 ans seront alors 5 millions.

LE PROJET DE LOI RELATIF À L'ADAPTATION  
DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT



**En** 2060, les personnes âgées de plus de 85 ans seront alors cinq millions, soit trois fois et demi plus nombreuses qu'actuellement.

Dans cette perspective, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, adopté par le Sénat le 29 octobre dernier, porte l'ambition du Gouvernement de mieux répondre aux besoins des personnes âgées et de leurs proches.

La loi qui devrait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016, impacte l'ensemble des acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge de la perte d'autonomie de nos aînés (pouvoirs publics, établissements, services, associations, professionnels, aidants familiaux) et place cette question, dans ces deux premiers articles, au cœur des politiques publiques. Elle ambitionne également de faire évoluer les représentations autour du grand âge.

Les mesures du projet de loi seront accompagnées par un financement à hauteur de 700 millions d'euros, alimenté par une ressource dédiée, la Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa).

Le premier titre de la loi propose des

outils pour prévenir et retarder la perte d'autonomie. Il prévoit ainsi la mise en place d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Cette instance sera présidée par le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé en assurera la vice-présidence. Y siègeront des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, de l'Agence nationale de l'habitat (Anah), des fédérations des institutions de retraite complémentaire et des organismes régis par le code de la mutualité. Sa composition pourra être élargie en fonction des partenariats locaux.

Le titre II vise une meilleure prise en compte de cette priorité nationale par l'ensemble des politiques publiques et en particulier celles du logement, de l'urbanisme, des transports et de la protection des majeurs. Il s'agit ici de prendre en compte la personne âgée dans sa globalité dans une perspective d'adaptation de la société au vieillissement, autrement dit de travailler les conditions d'une société plus inclusive. Parmi les mesures proposées figurent des dispositions relatives à la vie associative (instauration d'un volontariat civique sénior par exemple), à l'habitat

collectif et individuel ainsi qu'aux transports.

Le titre III s'intéresse quant à lui à l'accompagnement de la perte d'autonomie, autour de sept chapitres titrés sous forme d'objectifs :

1. Revaloriser et améliorer l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) à domicile.
2. Refonder l'aide à domicile.
3. Soutenir et valoriser les proches aidants.
4. Définir les modalités de compensation aux départements des dépenses nouvelles résultant des améliorations de l'Apa.
5. Soutenir l'accueil familial.
6. Clarifier les règles relatives au tarif d'hébergement en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad).
7. Améliorer l'offre médico-sociale sur le territoire.

Le titre IV est relatif à la gouvernance des politiques de l'autonomie ; il crée ainsi un Haut Conseil de l'âge et élargit les missions de la CNSA. □

PASCALLE DESPRÈS  
Creai Normandie

# DES ENJEUX FORTS : ANTICIPATION, ADAPTATION ET ACCOMPAGNEMENT

Le conseil départemental de l'Eure s'est engagé dans la prévention du Bien vieillir, le développement du maintien et des services à domicile.

Les Français connaissent un allongement de l'espérance de vie entraînant une augmentation continue des classes d'âge les plus élevées. Une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2060. Même s'il est un département jeune, l'Eure connaîtra ce phénomène avec une multiplication par trois d'ici 2040 de sa population de plus de 85 ans. Adoptée quatorze ans après la promulgation de l'Apa, la loi d'adaptation de la société au vieillissement répondra aux besoins engendrés par cette évolution démographique.

Elle repose sur trois piliers :

- l'anticipation afin de prévenir la perte d'autonomie ;
- l'adaptation de notre société (changer le regard sur le vieillissement) ;
- l'accompagnement de la perte d'autonomie (assurer un maintien à domicile de qualité).

Le département de l'Eure s'est déjà engagé dans une politique de prévention dans le cadre des actions collectives « Bien vieillir », en vue d'anticiper les premiers signes de fragilité en s'appuyant sur le développement technique et la lutte contre l'isolement. La volonté départementale de développer le maintien à domicile notam-

ment par l'adaptation de l'habitat se retrouve dans la loi. Il est par ailleurs nécessaire de diversifier les formes d'habitat pour répondre à une logique de parcours résidentiel de la personne âgée (résidences autonomie, hébergement temporaire, habitats adaptés ou regroupés).

de qualité et de soutenir les aidants familiaux. La loi permettra la création de Spasad (fusion d'un service d'aide à domicile et d'un service de soins infirmiers à domicile) et le département encouragera ces initiatives. □

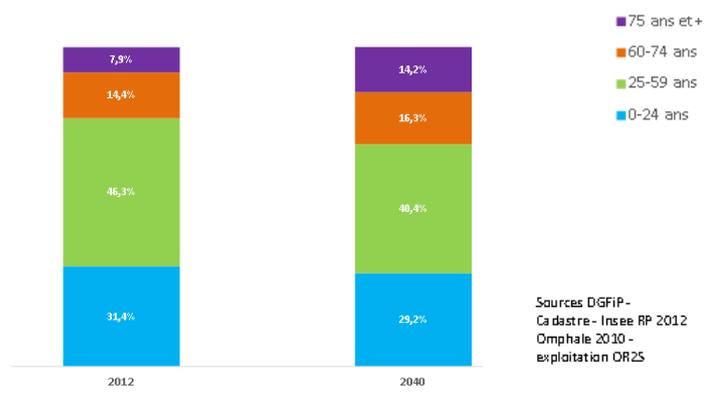
AURÉLIE LEFEBVRE

Département de l'Eure  
Direction Solidarité autonomie

## Le département doit encourager les initiatives

Sur le volet de l'accompagnement, le département réaffirme la nécessité de développer des services à domicile

### Comparaison de la structure par âge de la population de l'Eure



# QUELS IMPACTS POUR LES ÉTABLISSEMENTS ?

La loi d'adaptation de la société au vieillissement va impacter à plusieurs niveaux le fonctionnement des établissements du secteur médico-social.

Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) : services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes..., réalisent un travail essentiel dans l'accompagnement du vieillissement, et ce quelles que soient les problématiques rencontrées. Santé, handicap, précarité, isolement..., tous ces facteurs rentrent en compte dans la perte d'autonomie. Les ESMS sont ainsi fortement en attente de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour pouvoir améliorer la qualité de vie des personnes âgées qu'ils accompagnent.

Pour le secteur de l'aide à domicile, plusieurs impacts vont s'opérer :

- unification du régime d'autorisation de tous les services d'aide à domicile qui seront réputés agréés sans tarification ;
- réforme de l'allocation personnalisée de l'autonomie ;
- soutien financier de 25 millions d'euros grâce au fonds de restructuration de l'aide à domicile pour les struc-

tures les plus en difficulté ;

- généralisation de l'expérimentation des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

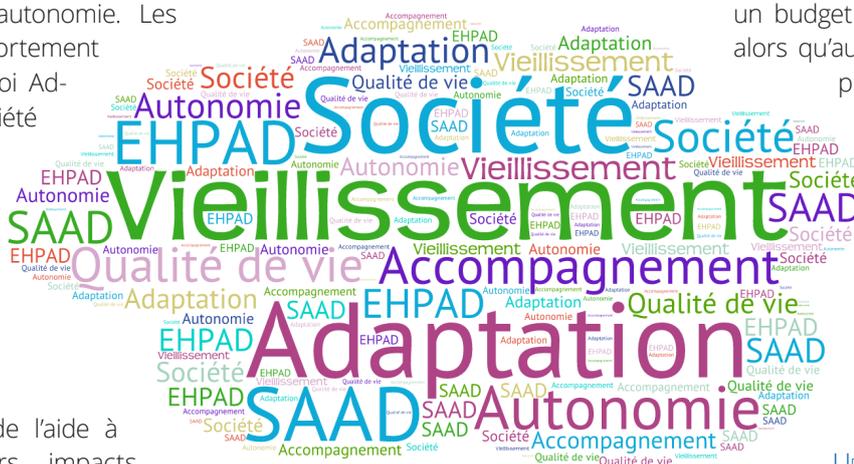
## Préserver le secteur médico-social

En proie à des difficultés économiques

de l'information sur les prix pratiqués en Ehpad ;

- basculement des conventions tripartites entre l'ARS, le conseil départemental et l'Ehpad vers des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Si les Cpom ont bien pour objectif de permettre une lisibilité à moyen terme et une marge de manœuvre plus importante, les établissements craignent une relation contractuelle déséquilibrée : comment construire un budget pour les cinq ans à venir alors qu'aujourd'hui même les entreprises ne prévoient qu'à un an ? Comment garantir la mise en place des obligations de plus en plus nombreuses alors même que les moyens se raréfient ? □



URIOPSS NORMANDIE SEINE-EURE

structurelles, ces mesures reconnaissent l'importance de préserver ce secteur.

Pour l'hébergement :

- développement des résidences autonomie ;
- renforcement de la transparence et

# 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 %)
<b>Tous soins confondus</b>	<b>-20</b>	<b>-28</b>	<b>53</b>
<b>Médecins</b>	<b>-4</b>	<b>-6</b>	<b>13</b>
Généralistes	-3	-5	10
Spécialistes	-3	-5	8
Optique	-9	-11	25
<b>Dentaire</b>	<b>-14</b>	<b>-21</b>	<b>40</b>
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<sup>er</sup> 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**

Marisol Touraine a présenté le Pacte territoire santé 2 le 26 novembre à Dijon, lors du 15<sup>e</sup> 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.



**PACTE  
TERRITOIRE  
SANTÉ<sup>2</sup>**

**L'ARS Normandie est (presque) née**

Si elle sera créée officiellement le 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'ARS Normandie est déjà fonctionnelle. M<sup>me</sup> Monique Ricomes en a été nommée directrice générale en conseil des ministres le 16 décembre 2015. L'organigramme de cette nouvelle agence régionale de santé est désormais connu. Cinq directions en forment l'architecture :

- direction de la stratégie ;
- direction de la santé publique ;
- direction de l'autonomie ;
- direction de l'offre de soins ;
- direction de l'appui à la performance.

Cinq délégations départementales complètent la présence de l'agence en région.

# AGENDA NUMÉRIQUE POUR L'EUROPE

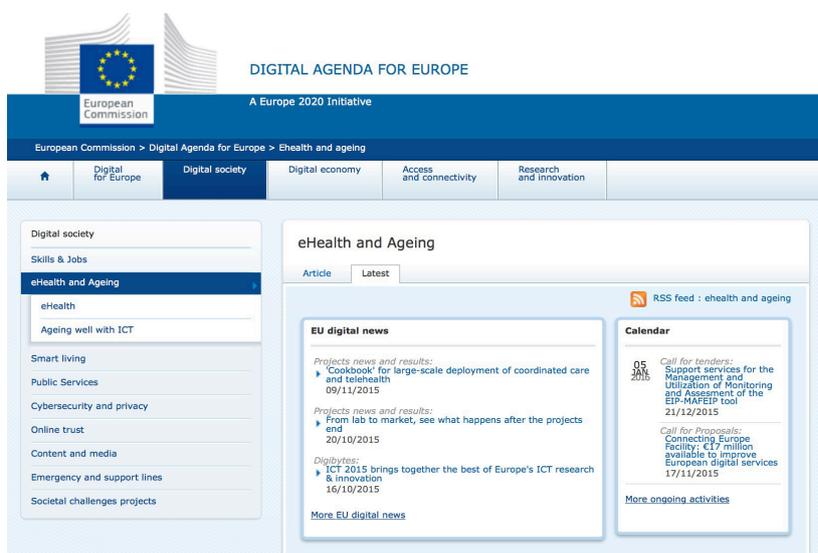
La stratégie *Europe 2020* lancée par la Commission européenne en 2010 constitue un des éléments de réponse à la faiblesse structurelle de l'économie européenne. Dans ce contexte est née la Stratégie du numérique, dont fait partie la e-santé.

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 communication (TIC) dans le système de soins



<https://ec.europa.eu/digital-agenda/en/ehealth-and-ageing#Latest>

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

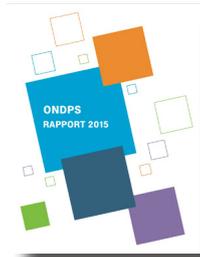
La Direction générale des réseaux de communication, du contenu et des technologies (DG Connect) a succédé en juillet 2012 à la Direction générale pour la société de l'information (DG Info).

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.

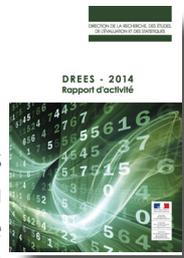
Les pouvoirs publics ont favorisé quatre spécialités, avec une croissance supérieure à la moyenne : psychiatrie, médecine générale, médecine du travail et gynécologie médicale. En dix ans, le taux d'augmentation en postes pourvus en médecine générale a été supérieur à celui de ses postes ouverts. Ainsi, 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 moné-

taire 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.

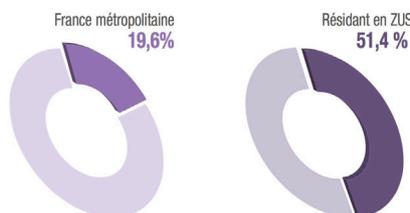
Le taux moyen de chômage des jeunes de 15 à 24 ans est de 24,7 % (2014), très supérieur aux autres tranches d'âge. Près d'un million de ces jeunes (10,7 %) ne travaillent pas et ne suivent ni études, ni formation (désignés sous l'acryme anglais NEET). Selon l'Observatoire des zones ur-



baines sensibles (Onzus), 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. □

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



21

**JANVIER  
2016, ROUEN**

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

**IREPS HAUTE-NORMANDIE**

**Programme**

3-4

**FÉVRIER, PARIS**

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

**CENTRE DE RESSOURCES EN SCIENCES MÉDICO-SOCIALES D'ILE-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**

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-  
1<sup>er</sup>

**JUIN-JUILLET,  
BESANÇON**

13<sup>e</sup> 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](http://pf2s.fr)*

*Je m'inscris sur [pf2s.fr](http://pf2s.fr)*

Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3 rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1  
Antenne haut-normande : Pôle régional des Savoirs, 115 boulevard de l'Europe, 76100 Rouen  
Tél : 03 22 82 77 24, 07 71 13 79 32, mél : [info@or2s.fr](mailto:info@or2s.fr) site : [www.or2s.fr](http://www.or2s.fr) / [www.pf2s.fr](http://www.pf2s.fr)  
Mél : [plateforme@or2s.fr](mailto:plateforme@or2s.fr)

Directrice de publication : Dr Élisabeth Lewandowski (or2s)  
Comité de rédaction : Gérard Bouvais (drjcs), Catherine Gay (région haute-normandie), Christelle Gougeon (ars), Corinne Leroy (ars), François Michelot (or2s), Cyrille Tellart (drjcs), Alain Trugeon (or2s), Nathalie Viard (ars)

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : en cours

© OR2S décembre 2015

