

Plateforme

Plateforme
SANITAIRE & SOCIALE
PICARDIE

SOMMAIRE

EN RÉGION

- 02 Non-recours : deux journées de la PF2S
- 03 Besoins sanitaires des résidents des pensions de famille
- 04 Panorama de l'aide alimentaire en Picardie
- 05 De Planir à Arianes, la Cpm de la Somme s'engage
- 06 Mon métier demain en Picardie

FOCUS

- 07 **Édito, Stéphane Routier, GCS e-santé**
- 08 **Le Big data en question**
- 09 **Le Big data dans le domaine de la santé**
- 10 **GCS e-santé en Picardie**

NATIONAL

- 11 Portrait des professionnels de santé

BRÈVES

12

EUROPE

- 13 Protection des données en Europe

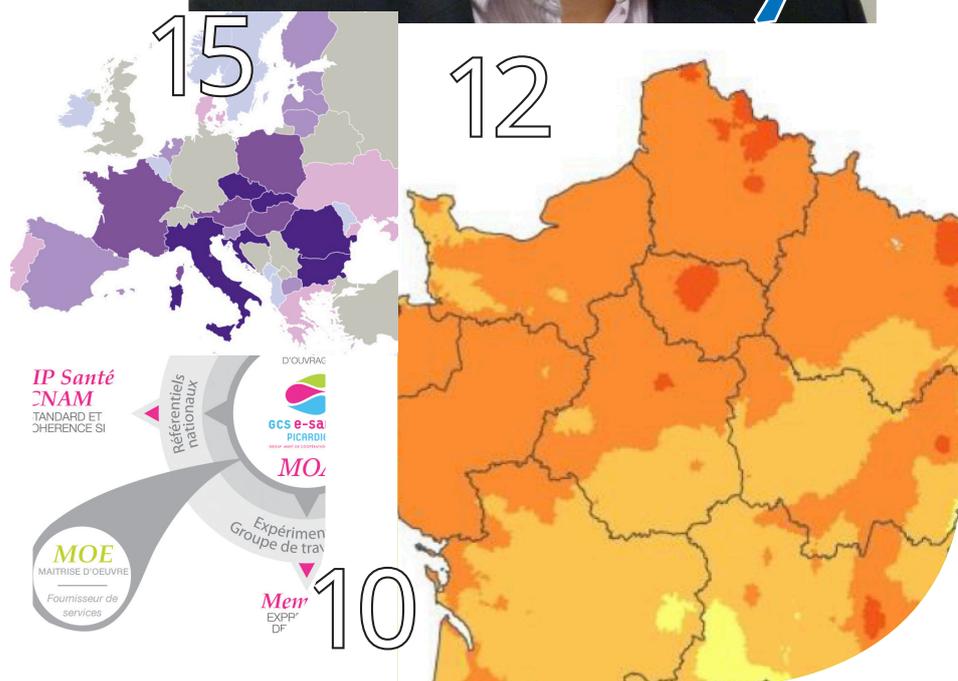
LU POUR VOUS

- 14 Panorama de la société
Regards sur l'éducation 2016. Les indicateurs de l'OCDE
Les assistantes maternelles gardent 8 % d'enfants de plus en 2014 qu'en 2010

DOC

- 15 Espad 2015 : tabac, alcool, cannabis à 16 ans en Europe

- 16 AGENDA



NON-RECOURS : DEUX JOURNÉES DE LA PF2S

Après la journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie de 2015, le non-recours à la santé est à nouveau à l'ordre du jour de l'édition 2016 de la journée. Elle se déroulera à Amiens le 24 novembre 2016.

Organisée à Saint-Quentin le 13 octobre 2015, la journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie a permis de porter un regard sur le concept de non-recours et d'appréhender la situation en région. Pierre Mazet de l'observatoire du non-recours, Odénore, est revenu lors de la conférence introductive sur les quatre états du non-recours : non-connaissance de l'offre, non-réception, non-connaissance de son éligibilité, et non-proposition. La non-réception est le fait que des personnes instruisent une demande de droit mais ne la reçoivent pas. La non-connaissance de son éligibilité implique une non-demande et la non-proposition fait que l'offre n'est pas proposée par les intermédiaires sociaux. Pour Pierre Mazet, le non-recours n'est pas total et la plupart des personnes ont recours à certains de leurs droits mais pas à

d'autres. Dans certains cas, il s'agit d'un choix délibéré de ne pas avoir recours à un droit, comme celui de ne pas être stigmatisé ou que sa situation soit connue par la communauté.

« Allez vers » les publics les plus éloignés des services

Contrairement à la France où l'utilisateur doit s'informer des droits, selon l'adage « *Nul n'est censé ignorer la loi* », d'autres pays ont une philosophie différentes. Aux Pays-Bas, par exemple, les pouvoirs publics s'assurent que les gens ont la bonne compréhension de l'information sur leurs droits, libre à elles de la saisir ou non par la suite.

Les quatre tables rondes qui se sont déroulées tout au long de la journée sont revenues sur les situations de non-recours rencontrées par les usagers.

Une première table a abordé le non-recours d'une manière générale. Quelques dispositifs régionaux ont été décrits comme le programme d'accès aux soins et à la prévention (Praps), le conseil consultatif régional des personnes

accompagnées et accueillies (CCRA), le plan de lutte pluriannuel contre la pauvreté, décliné en région, dans les départements ou les territoires ou l'action de l'Assurance maladie. Les autres tables rondes furent thématiques avec le logement, l'accès aux soins et l'accès à la prévention.

Les maîtres mots de ces tables rondes furent la nécessité de coordonner acteurs et professionnels, voire les bénévoles, de les former, et de simplifier les démarches administratives. « Allez vers » les publics les plus éloignés des services et des dispositifs fut en quelque sorte la conclusion de la journée et c'est sur cette conclusion qu'a été bâtie la journée organisée en 2016 à Amiens. Elle affinera la réflexion sur le non-recours autour de trois axes :

- les dispositifs de recherche et d'observation permettant de mesurer et connaître les situations de non-recours ;
- les politiques publiques et les dispositifs permettant de faciliter le recours aux droits et aux services ;
- les actions concrètes sur le terrain pour aider les populations à recouvrer leurs droits. □

PHILIPPE LORENZO
OR2S



BESOINS SANITAIRES DES RÉSIDENTS DES PENSIONS DE FAMILLE

À la demande de la DRJSCS, l'Apradis Picardie a réalisé une étude sur les besoins sanitaires et sociaux des résidents de pensions de famille, sur le périmètre de l'ancienne région Picardie. Le rapport met en avant les nombreuses problématiques de santé des résidents qui impactent fortement l'accompagnement proposé par les professionnels.



La résidence sociale dénommée *pension de famille* est un établissement destiné à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire » (art. L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation). Les résidents y bénéficient d'un logement – et non pas d'un hébergement –, mais également d'un encadrement par un ou plusieurs professionnels, nommés hôtes. Ces derniers ont des formations diverses, essentiellement dans le domaine social (moniteur éducateur, aide médico-psychologique, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale, maître de maison, animateur social ou socio-culturel, etc.), voire pas de formation spécifique. Or, du fait d'une perte d'autonomie due à la fois aux problèmes de santé et au vieillissement des résidents, les hôtes sont amenés à leur proposer un accompagnement, tant au niveau social que sanitaire.

Les résidents des pensions de famille sont en effet relativement âgés : deux-tiers ont 50 ans et plus et les 60 ans et plus représentent plus du quart de la population (28 %). Cette proportion est de 19 % dans l'Oise, mais de 30 % dans l'Aisne et de 39 % dans la Somme, soit près de deux résidents

sur cinq. Ce vieillissement est lié à un taux de sortie des pensions de famille relativement faible (16 % en moyenne en 2014-2015) et au fait que près de la moitié des résidents interrogés souhaite finir leur vie au sein de la pension de famille.

Un cumul de problèmes de santé

Au niveau de la santé, les problèmes les plus fréquents sont principalement liés à des problèmes psychiatriques ou de santé mentale, ainsi qu'à des problèmes d'addiction, notamment l'alcool, mais également la toxicomanie. Ainsi, seuls six résidents interrogés sur trente-huit s'estiment en bonne santé. Au total, la moitié fait part de problèmes psychologiques et la plupart cumule plusieurs problèmes de santé. Ces problèmes peuvent être importants, de nombreux pensionnaires étant atteints d'une maladie incurable ou ayant subi une intervention chirurgicale lourde. Cela nécessite des réponses médicales plurielles, avec diverses consultations auprès de généralistes et de spécialistes, mais aussi

des interventions à domicile très régulières – parfois plusieurs fois par jour – ou encore une gestion de la prise de médicaments.

La prise en charge de leur santé peut être quelque chose de difficile à gérer pour les résidents et les hôtes doivent avoir une vigilance continue et proposer, pour certains, un accompagnement très rapproché pour que la prise en charge soit complète : détection des besoins, prise des rendez-vous médicaux, rappel le jour du rendez-vous, accompagnement éventuel chez le médecin ou le spécialiste, veille pour la prise des médicaments, etc. Or, ces actions ne font pas partie des missions des hôtes telles que définies dans la circulaire du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais. Cela entraîne, d'une pension de famille à l'autre, des fonctionnements variés quant à l'accompagnement proposé. De plus, les hôtes sont confrontés à diverses difficultés : manque de médecins traitants acceptant de prendre en charge ce public, relations complexes avec le secteur psychiatrique, gestion des addictions, de la perte d'autonomie, ou encore de la fin de vie. Aujourd'hui, les besoins sanitaires des résidents, tout comme leurs besoins sociaux, nécessitent de nouvelles compétences au sein des pensions de famille. □

JULIETTE HALIFAX,

PANORAMA DE L'AIDE ALIMENTAIRE EN PICARDIE

En France, l'aide alimentaire bénéficie à près de 4,3 millions de personnes en insécurité alimentaire et représente de l'ordre de 1 Md€ chaque année financés pour un quart par des aides publiques, un quart d'aides privées et pour la moitié restante par la valorisation financière du bénévolat. Panorama des structures en cours de réalisation.

Selon l'article L 230-6 du code rural et de la pêche maritime, l'aide alimentaire consiste en la fourniture de denrées alimentaires aux personnes les plus démunies, que ces denrées soient financées par des fonds publics ou non. L'article R 115-1 du code de l'action sociale et des familles considère également l'aide alimentaire comme un élément du dispositif de réponse à l'urgence sociale et de lutte contre la pauvreté. La feuille de route 2015-2017 du plan contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale conforte l'aide alimentaire, dans le sens où il s'agit d'une politique qui concourt à la lutte contre la pauvreté et offre un point de départ efficace pour initier des démarches d'inclusion. L'engagement de l'État en matière d'aide alimentaire a vocation à franchir une nouvelle étape en améliorant la coordination et la mise en réseau des acteurs et le service rendu aux usagers. Avec 18,3 % de la population régionale vivant en dessous du seuil de pauvreté, les Hauts-de-France est la région métropolitaine la plus pauvre, après la Corse. L'aide alimentaire est donc un enjeu important pour la grande région.

Un premier panorama des struc-

tures d'aide alimentaire a été réalisé en 2014 par la DRJSCS Nord - Pas-de-Calais. Afin d'avoir une vision globale sur le périmètre de la nouvelle région, une nouvelle étude a été lancée en août 2016 sur les trois départements de l'ex Picardie : Aisne, Oise et Somme.

Améliorer la coordination et la mise en réseau des acteurs

Les objectifs de ce panorama sont d'identifier les structures d'aide alimentaire et de les cartographier, de comprendre leur mode de fonctionnement, de quantifier les différents types d'aide alimentaire et de repérer les publics les plus fragiles.

En collaboration notamment avec la Draaf des Hauts-de-France, les DDCS de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme, et le CCAS d'Amiens, une enquête en ligne a été adressée aux acteurs identifiés de l'aide alimentaire (associations et CCAS). La DRJSCS a également mobilisé de nombreux partenaires comme les banques alimentaires,

le réseau Andes ou encore l'Uriopss afin d'encourager les destinataires à y répondre.

La campagne d'enquête a eu lieu entre le 22 août et le 12 octobre et les résultats sont attendus pour la fin de l'année. □

DRJSCS Hauts-de-France
Pôle Étude, Observation
et Mission d'Appui
Pôle Politiques Sociales

Équipe DRJSCS Hauts-de-France
de l'étude :
Maud Allanic,
Rosine Faure,
Julien Kounowski,
Cédric Van Gertruy

DE PLANIR À ARIANES, LA CPAM DE LA SOMME S'ENGAGE

Dans la Somme, de nombreuses personnes vivent sous le seuil de pauvreté monétaire, mais seule une partie est connue de l'Assurance maladie. Dès la fin 2015, la Cnam de la Somme participe à l'expérimentation nationale Arianes pour accompagner les ruptures, les incompréhensions, de l'accès aux droits et au non-recours en santé.

De 2013 à 2015, le plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions, des ruptures (Planir) aura permis de déployer quatre-vingt actions pour ramener le taux d'assurés sans droits à 0,95 % et accroître de 8 % le nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Quelque 18 000 assurés seraient en outre non couverts par une assurance complémentaire, facteur de renoncement aux soins.

Dans la continuité de ce premier dispositif, et dans celle de la plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé créée dans le Gard en 2014, quelques Cnam, dont celle de la Somme, se sont engagées à titre expérimental dans le nouveau dispositif Arianes. Ce dispositif de guidance administrative et d'accompagnement personnalisé des personnes ne recourant pas aux soins, approfondit et complète Planir. S'il s'agit toujours d'accompagner les ruptures et les incompréhensions dans l'accès aux droits et au non-recours à la santé, Arianes est dédié à la prise en charge des situations complexes pour les personnes en situation de non-recours.

Environ 17 % des Sommiens seraient sous le seuil de pauvreté monétaire, et potentiellement pourraient être dans une situation

de renoncement à des soins. Une partie d'entre eux serait inconnue des services de l'Assurance maladie mais serait en contact régulier avec d'autres acteurs et professionnels de santé, des associations caritatives et autres services publics. Arianes vise donc toute personne en renoncement aux soins.

Prendre en charge les situations complexes

En effet, alors que Planir s'appuyait sur un traitement des données internes, Arianes propose un accompagnement pour les personnes renonçant aux soins en s'appuyant sur son réseau de détecteurs internes et externes.

Son périmètre d'action est scindé en trois niveaux d'intervention croissant. Le premier niveau consiste en une intervention simple visant à résoudre un problème d'accès aux soins. Tout en recouvrant ce premier niveau, le deuxième ajoute une dimension d'assistance de l'assuré dans son parcours de soins, tant vers les professionnels de santé que vers d'autres partenaires. S'y adjoint la recherche d'une solution financière interne.

Le troisième et dernier niveau, reprenant

les niveaux 1 et 2, est une action de coordination des partenaires externes. Il consiste à aider un assuré à constituer un dossier de demande d'aide financière auprès d'institutions tiers avec pour objectif de diminuer un reste à charge d'un montant ne permettant pas le recours aux soins.

En fonction des besoins de la personne, le plan d'accompagnement peut inclure différentes actions en fonction du niveau d'intervention :

- accompagnement dans les démarches d'accès aux droits ;
- informations relatives aux droits et à leur bon usage ;
- accompagnement vers le choix d'un contrat de complémentaire santé adapté ;
- information sur les structures de soins existantes et aide éventuelle à la prise de rendez-vous ;
- accompagnement dans les démarches en vue de l'obtention d'aides financières ;
- orientation vers des partenaires extérieurs ;
- informations sur les actes de prévention (dépistage, vaccin...)

L'assuré est accompagné jusqu'à la réalisation effective de ses soins. L'objectif de l'accompagnement est de favoriser, dans la mesure du possible, l'autonomie de l'assuré, de le rendre acteur de sa santé. □

VALÉRIE HADET

Cnam de la Somme

MON MÉTIER DEMAIN EN PICARDIE

Le choix des formations montre la forte prégnance d'un choix dicté par l'appartenance de genre. En Picardie, l'étude de quelques filières de formation confirme cette répartition.



Piloté par l'OR2S, en partenariat avec la DRJSCS, la DRDFE et la région des Hauts-de-France, et bénéficiant d'un co-financement par le FSE, le projet *Mon métier demain en Picardie* porte sur la création d'un dispositif de communication et de formation à destination des jeunes de moins de 26 ans, sortis du système scolaire et sans emploi (Neet). Son objectif est de favoriser un choix moins genré de deux formations : auxiliaire de vie et brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJeps) Activités physiques pour tous.

Son originalité repose sur la construction des deux dispositifs à partir d'un travail d'analyse prenant en compte les représentations, les freins à lever et les motivations des jeunes actuellement en formation et ayant ou non choisi ces filières de formation.

Le premier temps sera celui du diagnostic. Une enquête initiale par questionnaire permettra de mieux connaître les deux filières de formation retenues et les apprenants qui les ont choisies. Ensuite, deux vagues de *focus groups* seront lancées auprès d'une quinzaine de centres

de formation dans les trois départements de Picardie. Ces *focus groups* permettront l'expression des représentations sociales et les motifs qu'ont les apprenants liés au choix de la formation et du futur métier exercé. Un *focus group* spécifique réunira des formateurs pour que leur point de vue puisse être pris en compte.

Favoriser un choix non genré des formations

Dans un second temps, des groupes de travail associant aux chercheurs de l'OR2S, des formateurs et apprenants permettront de créer les dispositifs de communication et de formation. Ils puiseront leur contenu dans l'analyse des *focus groups* et présenteront des arguments permettant de désamorcer le choix d'une formation basé sur une représentation sexuée du métier.

Le troisième temps sera celui de la réalisation des formations à destination des professionnels encadrant les jeunes Neet (Pôle emploi, missions locales, Onisep...) L'objectif est que les

personnes orientant les jeunes vers les filières de formation s'approprient les messages et postures facilitant l'orientation vers les deux filières indépendamment du sexe des jeunes. Un site internet dédié sera ouvert, proposant les ressources créées par l'OR2S et ses partenaires. Deux vidéos seront produites dans le courant du premier semestre 2017. Elles imageront les résultats de l'ensemble du processus. Elles seront utilisées lors des formations et seront en libre accès sur le site internet dédié et sur ceux des partenaires et des centres de formation ou d'orientation.

Enfin, en quatrième temps, une évaluation sera menée sur la pertinence sociale du projet. Elle permettra de mesurer l'appréciation qu'ont les personnes mobilisées autour de ce projet sur son déroulement. Une extension des messages et outils à l'ensemble de la région Hauts-de-France sera étudiée au cours de cette dernière phase. □

PHILIPPE LORENZO
OR2S Picardie



STÉPHANE ROUTIER
 Directeur,
 GCS e-Santé Picardie

Nous sommes aujourd'hui au début de la révolution introduite par ce qui est communément appelé le *Big Data*. Issu lui-même de la révolution du numérique d'il y a quelques décennies, il participe à un changement radical de paradigme sociétal, non seulement par l'accès à des données de plus en plus nombreuses, mais par les conditions de leur production elles-mêmes et par des capacités accrues de traitement. Il accorde une place importante au *quantified self*, défini par les outils, principes et méthodes qui permettent à tout un chacun de mesurer ses données personnelles, de les analyser et de les partager.

Le changement se marque aussi dans les fondamentaux de l'innovation en la rendant plus coopérative et collective. Dans cette perspective, Marisol Touraine a annoncé il y a juste un an la mise en place d'un programme d'innovation où la démocratie sanitaire est reconnue comme un moteur de l'innovation. Ce qui n'est pas un vain mot tant les associations de patients sont invitées et, plus exactement, s'invitent de plus en plus au cœur de ces réflexions, comme en témoigne leur participation accrue avec les autres acteurs de santé à des *living labs e-santé*. Cette approche, permet d'intégrer plus étroitement au développement des outils numériques l'ensemble des contributeurs avec, au centre, l'utilisateur professionnel, l'utilisateur aidé ou l'utilisateur aidant. Développer des outils numériques qui aident au décloisonnement et favorisent le partage et l'échange entre tous les acteurs de la prise en charge et ce tout au long du parcours de santé, voire de vie est donc de la plus haute importance. Les outils et les applications sont en effet

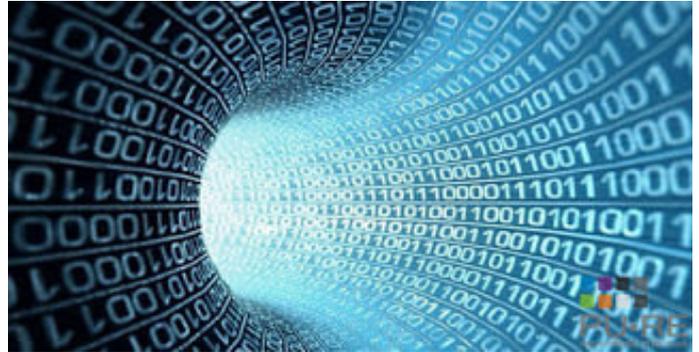
amenés à répondre de mieux en mieux aux enjeux des pathologies chroniques et du vieillissement de la population, en participant d'une meilleure prévention et du suivi des pathologies et des personnes dans le cadre de leur parcours de santé.

Car l'un des enjeux fondamentaux de la e-santé se situe bien au niveau du patient connecté avec son médecin, ses pairs. Actif sur les réseaux sociaux, il acquiert des connaissances (éducation thérapeutique), participe à la prévention, à la recherche. Les objets connectés le rendent de plus en plus acteur de sa santé (télésurveillance, suivi, assistance). Cette tendance participe au changement de modèle avec l'arrivée de la médecine 4P (prédictive, participative, personnalisée et prévue) dont la première brique sera une évolution vers une médecine préventive et personnalisée rendue possible grâce aux données.

La contrepartie du suivi global du parcours de santé des usagers, est la production massive de données. Les acteurs de la e-santé doivent ainsi étudier les modalités d'accompagnement du *quantified self*, à la fois dans l'outillage proposé des outils connectés mais aussi et surtout dans l'exploitation et la valorisation des données, domaine très largement sous-exploité.

Encore faut-il encadrer très sévèrement l'accès aux données de santé. L'article 47 du projet de loi relatif à la santé introduit dans le code de santé publique un titre intitulé « Mise à disposition des données de santé », tout comme le règlement européen sur la protection des données en seront les gardes-fous nécessaires et indispensables.

LE *BIG DATA* EN QUESTION



Le *big data* concentre tous les mythes, de la connaissance absolue disponible dans des petaoctets soigneusement rangés dans une multitude de serveurs sécurisés à celui de *Big Brother*, surveillant le moindre de nos gestes dans une approche sécuritaire de la société.

Il est connu il y a une décennie, le *Big data* a envahi nos sociétés et notre imaginaire. Le *Big data*, datamasse en France, ou données massives (Québec) est un ensemble de données extrêmement volumineux dont l'ordre de grandeur est passé en quelques années du terabyte au brontobyte... La fréquence de recueil d'informations est en temps réel et en continu. Le *Big data* vise à compléter ou remplacer les bases de données traditionnelles. Il fait appel à de nouvelles compétences de recherche de données (non structurées, structurées, *open data*...) sur le net et d'analyse. Les *data scientists* sont ces nouveaux professionnels composant des équipes hybrides au croisement de plusieurs disciplines : statistiques, informatiques, sciences sociales, dont l'épidémiologie, la démographie ou la sociologie. Mais, et y compris dans le domaine de la santé, l'appel à des psychologues, géographes, historiens ou autres philosophes n'est pas à écarter. Aujourd'hui, le *Big data* est caractérisé par ce qu'il est désormais convenu d'appeler les 5V : *volumétrie*, *vélocité*, *variété*, *validité* et *valeur*.

La *volumétrie* fait référence aux montagnes de données produites à chaque instant et qui sont véhiculées et partagées via internet. Sur Facebook, par exemple circulent chaque jour dix milliards de messages... En 2016, l'humanité produit toutes les minutes autant de données qu'elle en a produite jusqu'en 2008 !

Jusqu'à quel point l'analyse des données du big data, peut-elle fausses, est-elle rentable ?

Production et analyse des données mettent en exergue la *vélocité*. L'ordre de grandeur est au pire en seconde, mais le millième ou millionième de seconde est plus approprié. Le recours à des algorithmes élaborés autorise une analyse dans le temps même de la production des données. La *variété* des données n'est pas à démontrer : courriels, *tweets*, photos, vi-

déos, nombre de pas, tension artérielle... Il est admis aujourd'hui que 80 % des données ne sont pas structurées dans des bases de données.

De fait, leur *validité* est cruciale. Dans la recherche traditionnelle, les données sont construites à partir de protocoles de recherche et d'outils de recueil validés et à partir d'expériences reproductibles. Avec le *big data*, ce contrôle *a priori* n'existe plus. La donnée existe par sa production elle-même et sa seule existence lui confère le statut de crédibilité. Le *quantified self*, ces innombrables données produites par les objets connectés comme des balances, tensiomètres ou encore les pedomètres inclus dans les *smartphones*, est hors de tout contrôle, de l'étalonnage des instruments - le pedomètre est-il exact ? - aux caractéristiques des personnes : le profil déclaré sur internet est-il exact ou est-ce bien cette personne qui utilise les instruments ?

Enfin, la valeur se réfère à une évaluation coût-bénéfice : jusqu'à quel point l'analyse des masses monstrueuses de données est-elle rentable pour l'utilisation finale des résultats ? □

LE *BIG DATA* DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Indubitablement, la santé fait partie intégrante du *big data*. Elle y contribue certainement avec des bases de données parmi les plus lourdes. L'explosion de la volumétrie des données est une chance pour la recherche ; la protection des données personnelles, un enjeu.

La base de données en santé la plus importante, et la plus connue est sans aucun doute celle du Sniiram : système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie. Elle enregistre pour chaque personne et toute sa vie l'ensemble de ses remboursements par l'Assurance maladie, que ce soit pour les consultations, avec indications des professionnels et de la date de l'examen, la consommation de médicaments, les transports en ambulance, etc. Il n'y a guère que la maladie pour laquelle le patient consulte qui n'est pas renseignée.

À côté du Sniiram, plus de cinq cents autres bases de santé existent, qu'elles soient médico-administratives comme le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) ou la base des causes de mortalité gérée par l'Inserm, ou qu'elles soient d'enregistrements *ad hoc* comme les données provenant des registres ou d'enquêtes réalisées sur le terrain, enquêtes de cohortes comme transversales.

Le portail Épidémiologie-France de l'Aviesan recense la plupart de ces bases tandis que l'Institut des données de santé a réalisé une cartographie des bases



médico-sociales (cf. illustration). Une des idées serait à terme de pouvoir, au moins partiellement, articuler toutes ces bases. Le point d'achoppement reste le respect de la confidentialité des données. Le nouveau règlement européen qui entrera en vigueur en 2018 (cf. *infra* p.13) permet de mieux définir les limites de ce qu'il sera possible de faire. L'intérêt majeur, si l'intégration des bases devenait possible, serait alors de disposer des données complètes et extrêmement fiables sur la santé des populations, et sur leurs caractéristiques sociales. Les perspectives sont alors, par exemple, de pouvoir cartographier les parcours de soins et de santé des patients mais aussi de pouvoir faire de la surveillance épidémiologique et de santé prospective en identifiant mieux les facteurs de risque.

L'autre versant du *big data* en santé est celui des données de santé partagées par les utilisateurs. Les objets connectés, qui permettent le *quantified self*, alimentent des méga bases de données. Appartenant au *big four* (Google, Apple, Facebook, Amazon), elles sont en partie hors contrôle des pouvoirs publics et il faudra voir si le règlement européen sur la protection des personnes va pouvoir être un vrai garde fou. Si l'expérience *Google flu* s'est finalement avérée un échec, le marché de la santé est un tel marché économique prometteur, que les firmes vont poursuivre à alimenter et analyser le *big data* à leurs fins. La Commission européenne tout comme l'OMS-Europe ne s'y trompent pas non plus puisque la e-santé est au cœur des réflexions et politiques actuelles. □

GCS E-SANTÉ PICARDIE

Le GCS e-Santé Picardie fédère plus d'une centaine d'établissements sanitaires, médico-sociaux et réseaux de santé autour de projets du système d'information de santé visant à améliorer le parcours de vie du patient.

Créé en 2008, le groupement de coopération sanitaire (GCS) e-Santé Picardie est la maîtrise d'ouvrage régionale en charge de développer des systèmes d'information (SI) de santé et plus particulièrement de télémédecine en région.

Le siège du GCS e-Santé Picardie est à Camon dans la Somme. Il est constitué de cent-trente-huit membres représentant l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux : établissements sanitaires publics et privés, établissements médico-sociaux, unions régionales des professionnels de santé (URPS), réseaux de santé mais aussi tout autre groupement ou association professionnelle. Il assure la conception et le déploiement des solutions conformes à la stratégie des systèmes d'information régionale de santé élaborée par l'agence régionale de santé. Il contribue à l'urbanisation, la sécurité et l'interopérabilité des SI à l'échelle de la région et accompagne la convergence des initiatives locales vers la cible régionale. Le GCS e-Santé Picardie répond aussi aux besoins en e-santé exprimés par ses membres et traduit les projets en mode service dans l'objectif de les généraliser auprès des utilisateurs de terrain.

Il propose ainsi l'espace numérique régional de santé (ENRS), espace de services dématérialisés mis à disposition des acteurs de santé de la région.

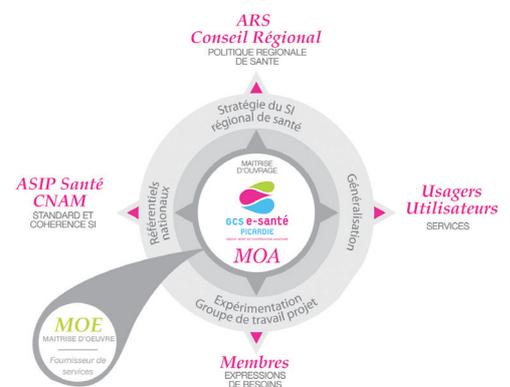
Référent en e-santé pour la région, il a également la mission d'accompagner les utilisateurs, professionnels de santé et les usagers dans la promotion de ces nouvelles technologies et l'usage de ces nouveaux services.

L'ambition du GCS e-Santé Picardie est de développer des synergies en vue d'outiller les coopérations du territoire. Il a vocation d'accompagner les acteurs du secteur sanitaire et médico-social dans l'objectif d'améliorer la prise en charge du patient dans son parcours de vie.

Déployer des outils qui répondent aux besoins identifiés par l'ARS

Le GCS e-Santé Picardie est présent dans les trois départements de l'ex-région Picardie au travers de ses chefs de projets territoriaux qui sont les interlocuteurs privilégiés des établissements de leur territoire, ils ont vocation à assurer la coordination, la compréhension et l'équité entre les acteurs impliqués dans la e-santé, en portant les référentiels nationaux et en répondant aux besoins des porteurs de projets locaux.

Les évolutions actuelles, liées à la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), impliquent de nouveaux



enjeux stratégiques. Il faut en tenir compte dans la conduite du changement pour conserver les dynamiques déjà en place avec les établissements privés et publics ainsi que pour assurer la mise en relation des acteurs de la nouvelle région pour le déploiement des services de e-santé.

La réflexion en cours, au niveau régional, vise à ce qu'il n'y ait plus qu'un seul opérateur pour l'ensemble de la région Hauts-de-France. Dans ce contexte, le GCS e-Santé Picardie maintient sa mobilisation et s'attache en priorité à déployer des outils qui répondent aux besoins identifiés dans la feuille de route fixée par l'ARS : télémédecine, suivi des plaies, coordination des professionnels de santé ou encore l'informatisation des réseaux de santé. □

STÉPHANE ROUTIER
Directeur GCS e-Santé Picardie

PORTRAIT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La France compte 1,9 million de professionnels de santé. Cet ouvrage esquisse leur portrait à travers vingt-et-une fiches qui rendent compte des chiffres clés liés à leur activité.

Au 1^{er} janvier 2015, les professionnels exerçant l'une des professions de santé listée dans le code de la santé publique représentent 7 % de la population en emploi. Le *Portrait des professionnels de santé* est structuré en cinq chapitres pour un total de vingt-et-une fiches abordant différentes thématiques. Démographie, revenus, formation, conditions de travail et perspectives forment ainsi l'armature de cette publication.

Effectifs au 1^{er} janvier 2015

Infirmiers	638 000
Aides-soignants	416 000
Médecins	222 000
Professionnels de la rééducation	155 000
Professionnels médico-techniques	114 000
Auxiliaires de puériculture	85 000
Pharmaciens	74 000
Préparateurs en pharmacie	71 000
Chirurgiens-dentistes	42 000
Professionnels de l'appareillage	39 000
Sages-femmes	22 000

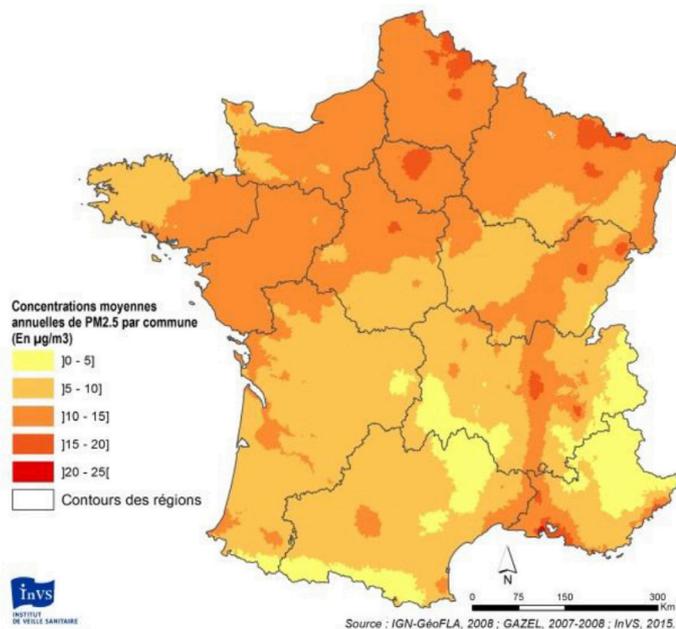
Les effectifs progressent dans la plupart des professions, à l'exception de celle des chirurgiens-dentistes dont le nombre reste stable depuis quinze ans. Les professionnels de santé sont en majorité des femmes, notamment parmi les infirmiers, les sages-femmes et les orthophonistes. Le choix d'un exercice libéral, salarié ou mixte varie fortement selon les professions : médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes exercent majoritairement en libéral. Les sages-femmes, les infirmiers ou les psychomotriciens font plutôt le choix du salariat. Parmi les médecins généralistes, l'exercice libéral diminue chez les moins de 55 ans depuis quinze ans. L'exercice de groupe se développe nettement pour les libéraux depuis les années 2000. La durée de travail est extensive. Les médecins généralistes travaillent en moyenne 50 heures par semaine. En 2013, environ 30 % des salariés du secteur hospitalier, public comme privé, travaillent au-delà de l'horaire-



Muriel Barlet et Claire Marbot (ss dir.), *Portrait des professionnels de santé*, édition 2016, Drees, juillet 2016

prévu tous les jours ou toutes les semaines. Ce chiffre est cependant en nette régression par rapport à 2006 (66 %) ou 2003 (70 %). Les effectifs de médecins, généralistes et spécialistes devraient baisser légèrement jusque vers 2021, puis progresser à nouveau ensuite. La baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et la hausse du nombre de médecins généralistes salariés devraient perdurer. Parallèlement, sous l'hypothèse d'une prolongation des tendances récentes, sont attendues des hausses assez soutenues des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et infirmiers. □

Concentrations annuelles moyennes de PM2,5 estimées par le modèle Gazel-Air



Bulletin de veille sanitaire Nord - Pas-de-Calais et Picardie, Santé publique France, septembre 2016

Les Hauts-de-France pollués

Dans la région Hauts-de-France, plus de 6 500 décès sont dus chaque année aux particules fines. Cela représente 13 % de la mortalité totale de la région et pour les personnes de 30 ans une perte d'espérance de vie de 16 mois en moyenne pouvant aller jusqu'à 19 mois dans les zones les plus urbanisées. L'exposition de la population au PM2,5 est homogène dans la région et à un niveau plutôt élevé par rapport aux autres régions, compris entre 11 et 17 µg/m³. Associée à sa forte densité de population, elle se place au deuxième rang des régions pour l'impact sanitaire après l'Île-de-France.

En 2015, les principales agglomérations de la région ont présenté un indice de la qualité de l'air bon à très bon (indice 1 à 4) : 73 % de l'année dans l'Aisne, l'Oise et la Somme et 79 % de l'année en Nord et Pas-de-Calais. La qualité de l'air a été mauvaise à très mauvaise (indice 8 à 10) entre 1 % et 2 % de l'année dans l'Aisne, l'Oise et la Somme et entre 1 % et 3 % de l'année en Nord et Pas-de-Calais selon les agglomérations.

Les niveaux de particules sont beaucoup plus élevés dans les communes rurales des régions du Nord de la France que dans les autres régions. Si la région contribue à sa pollution en émettant des particules fines - par exemple, les transports émettent la moitié de la pollution liée aux oxydes d'azote - les Hauts-de-France sont soumis aux émissions provenant des territoires voisins : Île-de-France et Belgique, voire à des émissions plus lointaines.

ensemble

AMÉLIORONS LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

CONCERTATION CITOYENNE ET SCIENTIFIQUE

Dépistage du cancer du sein : vers la rénovation du dispositif ?

À la demande de Marisol Touraine, l'INCa a été chargé de réaliser une concertation sur l'intérêt et les limites du dépistage du cancer du sein, sur son organisation et sur la lutte contre les inégalités sociales de santé. Un comité d'orientation pluridisciplinaire, une conférence citoyenne et une conférence de professionnels de terrain ont contribué à cette consultation. Cinq cents contributions ont été déposées via un site internet dédié. Des auditions ont été menées tant auprès des défenseurs que des détracteurs du dépistage. Une réunion publique a permis de présenter les résultats et d'en débattre. Deux scénarios forment les conclusions de la consultation. Le premier est le renoncement au programme organisé au profit d'une approche individuelle ; le second est le déploiement d'un nouveau programme. C'est ce second scénario que l'INCa privilégie, en l'inscrivant dans une démarche plus individualisée du parcours de santé, intégrant le médecin généraliste. Il aurait pour objectifs l'amélioration de la qualité de vie, mais aussi la réduction de la mortalité, de la morbidité et des inégalités sociales de santé. Ce dépistage individuel bénéficierait, comme le dépistage de masse actuel, d'une double lecture, obligatoire pour tout dépistage négatif.

Moi(s) sans tabac

L'opération « Moi(s) sans tabac », lancée par Santé publique France

en partenariat avec l'Assurance maladie, se déroulera du 1^{er} au 30 novembre 2016. Cette initiative consiste à proposer à tous les fumeurs d'arrêter de fumer ensemble, pendant un mois. En effet, après 30 jours d'abstinence, la dépendance est bien moins forte et le fumeur a cinq fois plus de chances d'arrêter définitivement.

Une campagne de communication massive a été lancée le 10 octobre à la télévision, sur Internet et dans les rues. Le 1^{er} novembre, le top départ du défi collectif « Moi(s) sans tabac » sera donné. Des événements seront organisés tous les jours (consultations d'aide à l'arrêt, défis sportifs...) dans différents lieux partout en France (espaces collectifs, espaces de loisirs, espaces commerciaux, en entreprise...). En complément, la campagne de communication se poursuivra à la radio, sur Internet et en affichage.



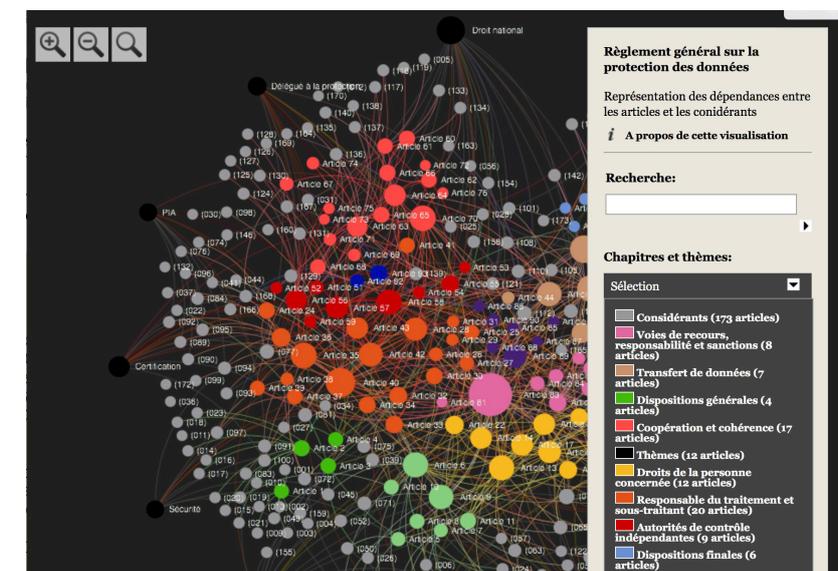
PROTECTION DES DONNÉES EN EUROPE

Le règlement général sur la protection des données a été adopté le 14 avril pour entrer en vigueur en mai 2016, en remplacement de celui datant de 1995. Il sera mis en application à partir du 25 mai 2018.

C'est en janvier 2012 que la Commission européenne a présenté une proposition de règlement général sur la protection des données, en remplacement de la directive 95/46 CE de 1995. À cette époque, ce règlement avait deux objectifs : protéger le droit fondamental à la protection des données et garantir la libre circulation des données à caractère personnel entre les États membres.

C'est-à-dire à la fois la rapide évolution des technologies et leur volumétrie qui a créé de nouveaux enjeux pour la protection des données à caractère personnel. La Commission soulignait en 2012 que les nouvelles technologies permettaient ainsi aux pouvoirs publics comme aux entreprises privées d'utiliser les données à caractère personnel dans le cadre de leurs activités comme jamais cela n'avait été le cas. Le *quantified self* et les données personnelles que les personnes mettent sur le net rendent les personnes de plus en plus vulnérables de ce point de vue. Pour la Commission, l'instauration d'un climat de confiance dans l'environnement en ligne est essentielle au développement économique.

Le règlement européen relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données



Ce graphe créé par la Cnil représente les dépendances des articles du Règlement général sur la protection des données. Il a été obtenu à l'aide des logiciels libres python, Gephi, SigmaJS.

à caractère personnel et à la libre circulation de ces données est entré en vigueur le 25 mai 2016, près de quatre ans après le déclenchement de son élaboration. Il donne beaucoup plus de contrôle aux citoyens européens sur leurs données personnelles et leur utilisation *via* internet : *smartphones*, médias sociaux, services bancaires, transferts de données. Il inclut des dispositions comme le droit à l'oubli, le consentement clair et explicite de la personne concernée quant à l'utilisation de ses données personnelles, le droit de transférer ses données vers un autre fournisseur de services, le droit d'être informé en cas de piratage des données, la garantie que les politiques relatives à la vie privée soient expli-

quées dans un langage clair et compréhensible. Les autorités de protection (les *Cnil* européennes) voient une affirmation de leurs compétences et un renforcement de leurs pouvoirs, notamment répressifs avec la possibilité de prononcer des sanctions administratives pouvant aller jusqu'à 4 % du chiffre d'affaires mondial de l'entreprise concernée. Elles pourront prononcer des décisions conjointes, pour constater la conformité d'un organisme ou prononcer une sanction. Le Comité européen de la protection des données (CEPD) sera en charge d'arbitrer les différends entre les autorités et élaborera une doctrine « européenne ». □



Panorama de la société
OCDE, octobre 2016

L'édition 2016 du *Panorama de la société* estime à environ 40 millions le nombre de jeunes de 15 à 29 ans qui, dans les pays de l'OCDE, sont sans emploi et sortis du système éducatif, soit 15 % de l'ensemble de ce groupe d'âge. Les deux tiers d'entre eux ne chercheraient pas de travail.

Jusqu'à 40 % des jeunes connaissent un épisode d'inactivité ou de chômage sur une période de quatre ans, mais pour la moitié d'entre eux, cet épisode dure au moins un an et peut entraîner découragement et exclusion.

Les jeunes qui arrêtent l'école à 16 ans avant d'avoir obtenu leur diplôme de fin du secondaire représentent plus de 30 % des jeunes déscolarisés et sans emploi. En outre, ceux qui sont nés à l'étranger ont en moyenne 1,5 fois plus de risque de tomber dans cette catégorie que les jeunes nés sur place - et 2 à 2,25 fois plus de risque en Allemagne, en Autriche, aux Pays-Bas et en Norvège. L'édition bisannuelle du *Panorama de la société* présente une vue d'ensemble des évolutions sociales et des mesures prises dans les 35 pays membres de l'OCDE ainsi qu'en Afrique du Sud, en Arabie saoudite, en Argentine, au Brésil, en Chine, en Inde, en Indonésie et en Russie.

Regards sur l'éducation 2016.
Les indicateurs de l'OCDE
OCDE, septembre 2016

L'édition 2016 de *Regards sur l'éducation* fournit des données clés sur les résultats des établissements d'enseignement,



l'impact de l'apprentissage dans les différents pays, les ressources financières et humaines investies dans l'éducation, l'accès, la participation et la progression au sein des systèmes d'éducation, l'environnement d'apprentissage et l'organisation scolaire. Ce numéro présente de nouveaux indicateurs, notamment sur les taux de réussite des étudiants dans l'enseignement supérieur et les chefs d'établissement. Elle offre également de nouvelles données tendancielles et analyses sur différents thèmes, dont le salaire des enseignants, les taux d'obtention d'un diplôme, les dépenses d'éducation, les taux de scolarisation, les jeunes adultes sans emploi ne suivant ni études ni formation, la taille des classes et le nombre d'heures d'enseignement. La publication ana-

lyse en outre les déséquilibres entre les sexes dans le domaine de l'éducation, ainsi que le profil des élèves/étudiants des filières professionnelles et de leurs diplômés.

Les pays de l'OCDE consacrent en moyenne 5,2 % de leur PIB au financement des établissements d'enseignement, de l'enseignement primaire à l'enseignement supérieur, dépenses publiques et privées confondues. L'enseignement supérieur absorbe un tiers environ des dépenses totales. Les femmes restent sous-représentées dans certains domaines, tels que les sciences et l'ingénierie, mais sur-représentées dans d'autres, tels que l'éducation et la santé. En 2014, trois fois plus d'hommes que de femmes ont obtenu un diplôme en ingénierie, et quatre fois plus de femmes que d'hommes en ont obtenu un dans le domaine de l'éducation. Les femmes restent toutefois moins susceptibles de suivre et de réussir une formation aux niveaux supérieurs de l'enseignement tertiaire, par exemple un doctorat (ou formation équivalente). Les déséquilibres hommes-femmes qui s'observent dans les domaines d'études se retrouvent sur le marché du travail - et à terme dans les revenus.

Les assistantes maternelles gardent 8 % d'enfants de plus en 2014 qu'en 2010

Thomas Vroylandt *Études et Résultats*, n°978, Drees, octobre 2016



Au deuxième trimestre 2014, 320 000 assistantes maternelles sont employées par des particuliers en France. Au cours du mois de juin

2014, elles ont gardé 1 054 000 enfants, dont 989 000 âgés de moins de 6 ans, de 873 000 familles différentes. Elles accueillent davantage d'enfants qu'en 2010 et diversifient leur accueil en prenant davantage en charge des enfants de 3 ans ou plus. Majoritairement âgées de 40 à 55 ans, leur âge moyen a augmenté entre 2010 et 2014. Les nouvelles entrantes dans la profession en 2014 sont plus jeunes, mais ne représentent que 6 % de la profession. En 2014, l'ancienneté des assistantes maternelles employées par des particuliers est plus élevée qu'en 2010.

Les auteurs établissent une typologie des départements selon la caractéristique d'offre d'accueil du jeune enfant. Ils distinguent quatre groupes stables depuis 2010. L'ensemble des cinq départements des Hauts-de-France se retrouve dans le deuxième groupe, caractérisé par la garde des enfants majoritairement assurée par des assistantes maternelles avec en moyenne 3,2 enfants par assistante. Dans le premier groupe, les assistantes maternelles sont prépondérantes avec environ 3,5 enfants gardés. Les départements du troisième groupe, notamment sur la façade méditerranéenne et dans les DOM disposent de modes de gardes variés, tournés à la fois vers les assistantes maternelles et l'accueil collectif. Le dernier groupe est composé de huit départements comportant des grandes villes. L'accueil collectif est privilégié et est plus développé que l'accueil chez les assistantes maternelles.

ESPAD 2015 : TABAC, ALCOOL, CANNABIS À 16 ANS EN EUROPE

Depuis 1995, l'enquête européenne Espad permet de recueillir des données comparables sur les consommations de drogues des jeunes de 16 ans en Europe. La tendance générale serait globalement à la baisse.

Dans le courant du deuxième trimestre 2015, 96 046 élèves nés en 1999 de trent-cinq pays européens ont répondu à la même enquête identique dans tous les pays participants et à un questionnaire anonyme auto-administré commun. Les résultats montrent une baisse significative des consommations des drogues depuis la dernière édition d'Espad en 2011. Ainsi, 55 % des adolescents de 16 ans déclarent avoir déjà fumé du tabac au moins une fois au cours de leur vie, sans différence entre les filles et les garçons. Avoir fumé au moins une fois au cours des 30 derniers jours (usage récent) concerne 26 % des adolescents. Mais, après une hausse en 2011, les consommations atteignent des niveaux inférieurs à ceux observés en 2007, en France comme en Europe.

En 2015 en France, la consommation d'alcool concerne 84 % des 16 ans, sans différence entre les filles et les garçons mais elle marque un fléchissement. À l'instar du tabagisme, les pays d'Europe du nord présentent des usages récents de boissons alcoolisées généralement inférieurs à la moyenne européenne, à l'exception du Danemark.

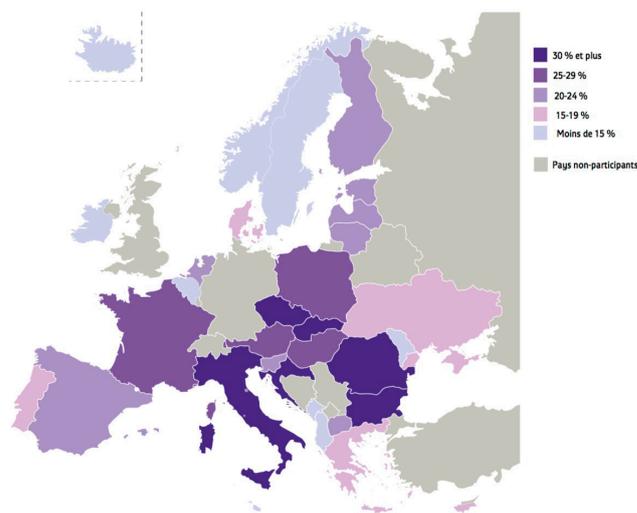
En 2015, un tiers des élèves de 16 ans déclare avoir déjà fumé du cannabis au moins une fois au cours de la vie, les filles l'ayant fait moins souvent que les garçons (29 % vs 34 %). L'usage récent concerne 17 % des adolescents avec une légère prédominance masculine. Ces consommations ont fortement diminué pour les jeunes garçons qui retrouvent un niveau équivalent à celui de 2007, contrairement aux jeunes filles pour lesquelles le niveau est en 2015 significativement supérieur à celui de 2007. □



Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres drogues en France et en Europe, à 16 ans - Résultats de l'enquête européenne ESPAD 2015
Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, OFDT, septembre 2016

Consommation récente de tabac en Europe en 2015

Au moins un usage de cigarettes au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête



Pour l'Espagne qui n'a pas participé au projet ESPAD 2015, les données proviennent d'une enquête nationale scolaire réalisée entre novembre 2014 et avril 2015.

Source : enquête ESPAD 2015

17 NOVEMBRE, PARIS

Premières Assises nationales Citoyenneté et handicap

JOURNAL DES ACTEURS SOCIAUX (JAS) - SARL L'ACTION SOCIALE (JAS)

Programme

18-19 NOVEMBRE, AMIENS

9^{es} Rencontres de l'institut Renaudot et de ses partenaires « Santé et Environnement(S) de vie : du subir à l'agir »

INSTITUT RENAUDOT

Programme

24 NOVEMBRE, AMIENS

Journée de la plateforme sanitaire et sociale de Picardie, Du non-recours aux droits et services à l'« allez vers »

OR2S, PLATEFORME SANITAIRE ET SOCIALE DE PICARDIE

Programme

25 NOVEMBRE, AMIENS

Journée régionale du pôle de compétence en éducation pour la santé

IREPS PICARDIE, PÔLE DE COMPÉTENCE EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Programme

12-13 DÉCEMBRE, PARIS

4^{es} Rencontres scientifiques de la CNSA - Autonomie qualité de vie : entre pratiques et aspiration

CNSA

Programme

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

Je m'inscris sur pf2s.fr

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

Directrice de publication : Dr Elisabeth Lewandowski (or2s)
Comité de rédaction : Bertrand Boixeda (conseil départemental de l'Oise), Anne-Claire Boucher (conseil départemental de la Somme), Rémy Caveng (université de Picardie), Émilie Fauchille (or2s), Lugdivine Godin (msa), Bruno Goethals (carsat Hauts-de-France), Juliette Halifax (apradis de Picardie) Laurent Haegemann (msa), Marie-Véronique Labasque (apradis de Picardie), Patrick Le Scouëzec (insee), Philippe Lorenzo (or2s), Laurence Moutiez (conseil régional Hauts-de-France), Aline Osman-Rogélet (or2s), Claude Thiaudière (université de Picardie), Alain Trugeon (or2s), Cédric Van Gertruy (drjscs Hauts-de-France)

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S octobre 2016

