



# PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

ARS HAUTS-DE-FRANCE - PRS2 // 2018-2028

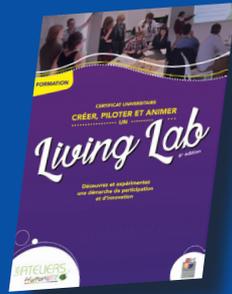
## SOMMAIRE

### Focus *Projet régional de santé*

<i>Living Lab</i>	2
Des jeunes éloignés de l'emploi	2
Éthique et données	3
Mobilité sociale dans les Hauts-de-France	4
Projet régional de santé de deuxième génération - PRS 2	5
Le PRS dans les territoires	5
Le PRS dans les Hauts-de-France	6
L'approche parcours dans le PRS	6
Le PRS en action	7
Suivre et évaluer le PRS	8
Les territoires du PRS	8
Lus pour vous / À lire	9
La santé dans les territoires	10
Pauvreté et emploi	10
Flux de patients entre France et Belgique	11
Agenda	12

## RÉGION

# Living Lab



## La démarche Living Lab à Humanicité, au service de la transition sociale

Les Ateliers Humanicité créés en 2013 par l'Institut catholique de Lille (ICL) ont en charge d'animer et de soutenir la démarche *Living Lab* conduite à l'échelle du quartier Humanicité (à cheval sur Lomme et Capinghem), avec et par ses acteurs.

Leurs missions principales sont de soutenir des communautés d'acteurs, dont les habitants, dans leurs projets collectifs visant le bien-vivre ensemble à l'échelle du quartier, de créer des passerelles entre ces communautés et l'université (enseignants, chercheurs et étudiants), de partager leurs connaissances et savoir-faire par le biais d'actions de formation auprès de professionnels et d'étudiants et de participer aux projets de recherche en lien avec les fondamentaux de la démarche *Living Lab*. Cette démarche porte ses fruits. Par exemple un collectif d'habitants s'est appuyé sur des outils d'intelligence collective pour co-concevoir un projet de jardin partagé pour le quartier ; un diagnostic et des recommandations pour l'amélioration de l'accessibilité des établissements et espaces publics du quartier a été mené par des étudiants...

Julien Salingue, Anthro-Lab



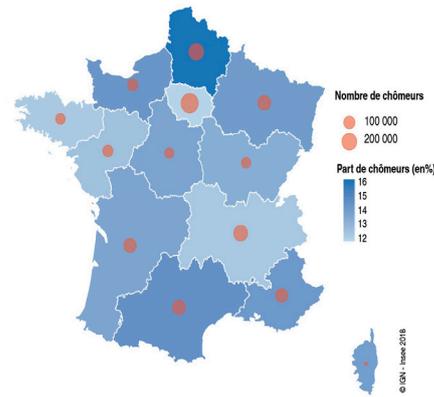
En savoir plus



Le Living Lab ce sont aussi des sessions de formation organisées par Les Ateliers Humanicité.

## 2 Les Hauts-de-France, région la plus touchée par le chômage des 15-29 ans

Taux de chômage des jeunes par région et dénombrement en 2014



Insee Analyses, n°90, décembre 2018

Note de lecture : en Hauts-de-France, 16,8 % des jeunes de 15 à 29 ans sont au chômage. Cela représente 192 000 personnes.  
Source : Insee, recensement de la population 2014.

## RÉGION

# Des jeunes éloignés de l'emploi

Le Sgar, la DRJSCS, la Région Hauts-de-France et l'Insee ont exprimé en 2018 leur intérêt pour la mise en œuvre d'un projet portant sur la jeunesse des Hauts-de-France. Ils ont identifié six volets qui feront l'objet de différentes publications d'ici fin 2019 : démographie, emploi, éducation, social, santé et une synthèse générale.

L'une d'entre elles parue en décembre 2018 porte sur la situation des jeunes sur le marché du travail. Parmi les 1 142 000 jeunes de 15 à 29 ans en Hauts-de-France en 2014, un sur quatre n'est ni en emploi, ni scolarisé. La région détient la part de jeunes au chômage la plus élevée de France métropolitaine avec 16,8 %. De plus, les personnes inactives non scolarisées y sont surreprésentées. Le faible niveau de diplôme contribue à ce double constat. Les difficultés d'insertion, aggravées depuis 2009 par la crise, sont d'une intensité variable d'un territoire à l'autre au sein des Hauts-de-France.

Les EPCI ruraux et de tradition industrielle connaissent la situation la plus dégradée avec un jeune actif sur trois au chômage. Les EPCI des principaux pôles universitaires accueillent des populations jeunes très diverses : nombre d'entre elles sont fortement diplômées et bien insérées tandis que d'autres - peu diplômées - restent éloignées de l'emploi. Enfin, la situation est moins défavorable pour les jeunes des EPCI périurbains : leur taux de chômage y est inférieur à la moyenne régionale.

Grégory Marlier, région Hauts-de-France

## RÉGION

# Éthique et données

*La journée de la Plateforme sanitaire et sociale s'est déroulée le 6 décembre 2018 à Douai sur la dimension éthique des recueils et traitements des données à l'ombre du RGPD.*

Introduite par André Bouvet, directeur régional DRJSCS Hauts-de-France et Nadia Rouache, directrice santé à la région Hauts-de-France, représentants la co-présidence de la Plateforme sanitaire et sociale, cette journée a été riche en connaissances. Frédéric Chéreau, Maire de Douai est venu conclure cet événement.

L'utilisation des données personnelles constitue l'une des préoccupations majeures des entreprises et des particuliers. Par ailleurs, le règlement général de la protection des données s'attache à réglementer le recueil, le traitement et la diffusion des données. Cependant quelles garanties pour respecter les droits des personnes ?

Voilà l'une des questions posée lors de la première table ronde, et à laquelle ont répondu Stephany Chemmachery, juriste à la Cnil, Achille Lerpinière, chargé de mission à la DREES et Marie-Noëlle Sehabiague directeur et déléguée à la protection des données à la Cnaf. Pour les intervenants, le RGPD est venu renforcer ce que la Cnil avait déjà mis en place à partir de 1978 - ce qui était loin d'être le cas des autres États membres de l'Union européenne - et a surtout mis la focale sur les droits des personnes.

Un seconde interrogation sur l'utilité de la donnée a été débattue par Valérie Koskozka, du Centre d'éthique médicale de l'université catholique de Lille, Bruno Goethals, chargé de mission à l'observatoire des fragilités à la Carsat Nord-Picardie, Jean-Christophe Fanouillet directeur régional de l'Insee et Nadège Thomas, directrice des études à l'OR2S. Si la donnée est une nouvelle source d'enrichissement, elle doit cependant être de qualité. Un processus de labélisation des données pourrait devenir une réalité. Afin que l'on ne puisse remonter aux personnes elles-mêmes et pour garantir la confidentialité des données et l'anonymat des personnes, le secret statistique et le floutage des données restent des règles intransigeantes.

Enfin, l'après-midi a été consacrée à l'impact du RGPD sur les pratiques des professionnels et des institutions recueillant et traitant les données.



Cette question a été tour à tour, posée aux délégués à la protection des données du conseil départemental du Nord, Adrien Hoffmann, du rectorat de Lille, Pascale Bourbon et à Céline Thienpont, chargée de mission à l'OR2S. Le nouveau cadre réglementaire que le RGPD impose peut conduire à un surcoût et à un allongement du temps de recueil et de traitement de données. Mais pour les délégués à la protection des données (DPD/DPO), il faut surtout faire preuve de pédagogie car ce qui importe c'est de pouvoir mettre de la souplesse pour ne pas bloquer la dynamique de traitement des données.

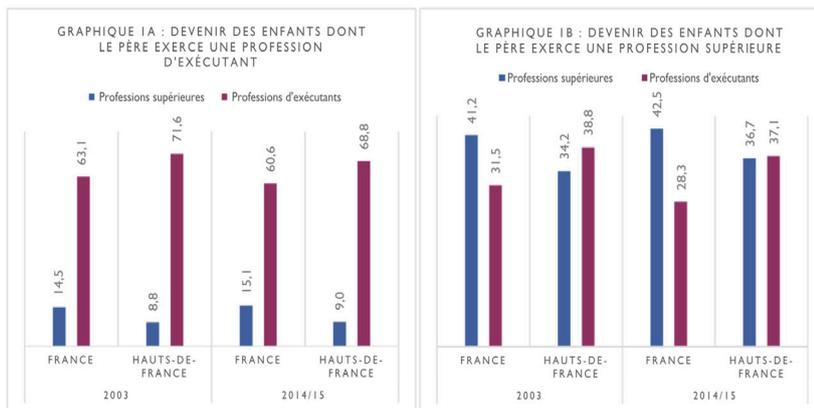
L'Anthropo-Lab a organisé au cours de cette journée une expérimentation sur le paradoxe de la vie privée. Fabrice Le Lec a questionné les pratiques des personnes présentes pour appréhender les comportements sur le partage de données et informations sur leur vie privée.

Le paradoxe, vérifié durant l'expérimentation, tient dans le fait que l'on est à la fois soucieux de ses données à caractère personnel mais prêt à en divulguer une grande partie sur les réseaux sociaux tout en étant assez peu enclins à payer le prix de la sécurité.

Anne Duchemin, DRJSCS  
Philippe Lorenzo, OR2S

 [En savoir plus](#)





Repères Hauts-de-France n°11, La mobilité sociale en Hauts-de-France (à paraître)

Source : La mobilité sociale en Hauts-de-France, *Researchgate*, octobre 2018. Calcul à partir des enquêtes Formations, qualifications professionnelles (2003, 2014-2015, Insee). Population active âgée de 35 à 60 ans ; individus nés et résidant en France/Hauts-de-France. Professions supérieures : cadres et professions intellectuelles supérieures, artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Professions d'exécutants : ouvriers et employés

## Mobilité sociale en Hauts-de-France

*La région des Hauts-de-France connaît depuis plusieurs décennies une transformation de son tissu productif qui pose des enjeux majeurs afin de concilier mutation économique et progrès social.*

Les Hauts-de-France sont ainsi marqués par des inégalités de développement humain et de capacités. Ces inégalités, que l'on peut appeler dynamiques, sont dotées d'une forte inertie et de reproduction susceptibles de séparer durablement les habitants des territoires. Là où les difficultés économiques ont été les plus marquées, des territoires ont pu connaître un réel décrochage, avec de moindres perspectives de progrès social pour les habitants.

Si une montée en niveau des qualifications est observée, un déterminisme social continue néanmoins à creuser les inégalités : les Hauts-de-France se caractérisent par une moindre mobilité intergénérationnelle qu'à l'échelle nationale, quelles que soient les catégories sociales et les diplômes. Ce constat est alarmant pour plusieurs raisons. Concrètement, cela signifie que les enfants des classes populaires accèdent difficilement aux classes moyennes et les enfants des classes moyennes aux niveaux supérieurs, et ce dans un contexte national où la mobilité sociale est déjà limitée et en régression (Ben-Halima *et al.*, 2014).

Or, les inégalités sociales déterminent les inégalités d'éducation, donc les inégalités de revenu. Elles ont de plus un effet cumulatif. On les retrouve tout au long du cycle de vie avec pour les classes populaires un risque-chômage plus élevé, des conditions de vie médiocres, un accès aux soins limité et un mauvais état de santé. L'accès à la formation continue est également plus restreint et le niveau de vie à la retraite beaucoup plus faible. Ces inégalités se transmettent aux générations suivantes.

En outre, de nombreuses études ont montré que le milieu social influençait la réussite scolaire : ceci est particulièrement vrai pour la France. Suivant les résultats de l'enquête PISA 2015, et en se fondant sur le rapport des performances (sciences) des élèves issus des catégories (quartiles) socio-économiques supérieures et inférieures, la France apparaît comme le pays de l'OCDE le plus inégalitaire pour les résultats éducatifs à l'âge de 15 ans. De plus, à l'inverse de la plupart des pays, l'inégalité éducative n'a cessé de s'accroître depuis 2003.

L'analyse de la mobilité sociale apparaît ainsi comme un outil essentiel dans l'évaluation de la bonne santé sociale et économique d'un territoire. Le cumul et la persistance d'indicateurs socioéconomiques dégradés, ainsi que l'existence d'importantes inégalités sociales et économiques peuvent potentiellement s'expliquer par un phénomène de reproduction intergénérationnelle important, que l'on appelle déterminisme social.

L'analyse de la mobilité sociale intergénérationnelle de la région, réalisée par Nathalie Chusseau, économiste et professeure à l'université de Lille et Valentine Schmitz, docteure en sciences économiques, a mis en évidence :

- un différentiel région-France important pour la position sociale, malgré une tendance à la hausse de la mobilité sociale en France et en Hauts-de-France ces dernières décennies ;
- cette mobilité intergénérationnelle de position sociale est descendante dans la région (mobilité régionale orientée négative, nulle au niveau national) ;
- un différentiel persistant entre la région et la France pour le niveau d'éducation (part des peu ou pas diplômés plus forte, part des diplômés du supérieur plus faible) couplé à une mobilité sociale intergénérationnelle éducative plus faible.

Ce fort déterminisme social a donc des conséquences sur la réussite scolaire et l'égalité des chances, la répartition des revenus et des richesses, mais aussi sur l'état de santé des individus, leurs conditions de vie comme actifs ou retraités, et leur accès à l'emploi. Il met par ailleurs en péril la cohésion sociale en renforçant le sentiment de défiance à l'égard des autres et de la société.

nathalie.chusseau@univ-lille.fr  
valentine.SCHMITZ@univ-catholille.fr  
gregory.marlier@hautsdefrance.fr

En savoir plus

## Projet régional de santé de deuxième génération - PRS 2

Le projet régional de santé (PRS), introduit par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), a été rénové par la loi de modernisation de notre système de santé. Il définit la politique de santé de la région Hauts-de-France, en cohérence avec la Stratégie nationale de santé (SNS).

Simplifié, le PRS 2 n'est plus composé que de trois documents :

- le cadre d'orientation stratégique (Cos) ;
- le schéma régional de santé (SRS) ;
- le programme régional relatif à l'accès, à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le Cos détermine les orientations stratégiques et les résultats attendus en lien avec la stratégie nationale de santé, à horizon de dix ans « pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales en santé et en particulier, celles relatives à l'accès, à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social ». Pour atteindre ces objectifs, il prévoit une coordination renforcée des politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Le SRS, d'une durée de cinq ans, est établi sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé. Il décline les orientations stratégiques du Cos en vingt-trois objectifs généraux, eux-mêmes déclinés en objectifs opérationnels, sur les champs de l'offre de soins, de l'offre de prévention et de promotion de la santé et de l'offre médico-sociale.

Le PRAPS est une déclinaison spécifique du PRS à échéance de cinq ans, pour faciliter l'égal accès au système de santé des personnes les plus démunies et améliorer la cohérence et la continuité dans les parcours de soins.

Le PRS a été adopté le 5 juillet 2018 par la directrice générale de l'agence régionale de santé.

Le *focus* a été rédigé par  
Gwen Marqué, directeur adjoint Direction stratégie  
et territoire, pilote du PRS

Sylvia Carette, chargée de mission PRS

 [Lire le dossier sur pf2s.fr](#)



### Le PRS dans les territoires

La question des territoires est au cœur des préoccupations du PRS, avec l'objectif d'agir au plus près des besoins de santé de la population.

Le conseil territorial de santé (CTS) représente dans chacun des territoires de démocratie sanitaire les acteurs de la santé au niveau local. En Hauts-de-France, dans le cadre de l'élaboration du PRS 2, les membres des six CTS de la région ont notamment participé à l'élaboration du *Diagnostic territorial partagé*, document qui se compose de quatre parties :

- données d'observations spécifiques au territoire ;
- résultats d'une concertation permettant l'expression des membres du CTS ;
- articulation avec les chantiers mis en place par l'Agence régionale de santé ;
- proposition de cinq priorités pour le territoire, élaborées en cohérence avec les travaux régionaux du PRS Hauts-de-France.

Chaque conseil territorial a ainsi défini cinq priorités de santé pour son territoire de démocratie sanitaire.

## FOCUS

# Le PRS dans les Hauts-de-France

*Le PRS 2 se décline en sept objectifs et renforce la place des usagers et patients dans le système de santé.*

Le cadre d'orientation stratégique (Cos) porte sur trois enjeux majeurs liés aux caractéristiques spécifiques de la région : la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, la priorité donnée à la santé des jeunes et la prévention des maladies et à la promotion des comportements favorables à la santé. Le PRS Hauts-de-France est construit autour de sept orientations stratégiques qui visent à améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé :

- promouvoir un environnement favorable à la santé et agir sur les comportements dès le plus jeune âge ;
- mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé ;
- garantir l'accès à la santé pour l'ensemble de la population, en s'appuyant sur les dynamiques territoriales, les innovations et le numérique ;
- garantir l'efficacité et la qualité du système de santé ;
- assurer la veille et la gestion des risques sanitaires ;
- renforcer les synergies territoriales en priorisant les actions



au regard des spécificités des territoires ;

- reconnaître l'utilisateur comme un acteur de la santé.

Parmi les actions prioritaires qui découlent de la place de l'utilisateur, sont encouragés la formation des représentants d'utilisateurs et le développement d'outils de « littératie » en santé, c'est-à-dire la capacité pour les patients d'accéder, de comprendre, et d'appliquer l'information pour améliorer sa santé et celle de leur entourage. Elles concernent aussi le soutien et la valorisation d'actions innovantes dans le domaine des droits des usagers. Pour exemple, le label « Droits des usagers de la santé » valorise des expériences exemplaires et des projets innovants en matière de promotion des droits des usagers. L'appel à initiatives, organisé par l'ARS et la CRSA, soutient des projets permettant le recueil des attentes et besoins des acteurs de santé, en particulier des usagers et des citoyens. Enfin, la valorisation la place des patients-experts dans la prise en charge est mise en exergue.



Le PRS a été élaboré en concertation avec plus de 1 000 participants : professionnels de santé, partenaires, usagers, instances de démocratie sanitaire comme les conseils territoriaux de santé (CTS) et la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). La méthode a été axée sur une forte transversalité interne et externe et la couverture des deux ex-régions.

**Dès 2017, 22 groupes de travail et 1 000 personnes ont participé à l'élaboration du PRS 2**

## FOCUS

# L'approche parcours dans le PRS

*L'approche par parcours est en élément phare du PRS qui implique une vision transversale de la santé.*

Pour la première fois, le projet régional de santé regroupe, dans un document unique, les différents secteurs de la santé : prévention, sanitaire et médico-social.

Le renforcement de la logique de parcours dans la prise en charge est un axe stratégique du cadre d'orientation stratégique. Il est décliné dans le schéma régional de santé selon huit problématiques de santé prioritaires à traiter dans leur intégralité, de la prévention au diagnostic en passant par la prise en charge et jusqu'au suivi.



Pour mettre en œuvre le PRS 2, une vingtaine de plans d'action partagés annuels ou pluriannuels, en cohérence avec ses objectifs, ont été élaborés et sont en cours.

## Le PRS en action

*Le PRS est avant tout un moteur pour la réalisation d'actions concrètes au service de la population.*

Dès la parution du PRS, l'élaboration d'une vingtaine de plans d'action a été mise en chantier pour répondre à chacune de ses priorités a été engagée, avec le concours des instances de démocratie sanitaire. Ces plans d'action se déclinent sur les territoires en cohérence avec les cinq priorités identifiées dans

chaque territoire de démocratie sanitaire. Une feuille de route sera en effet élaborée pour chaque territoire, en concertation avec les conseils territoriaux de santé au début de l'année 2019.

Enfin, des actions du PRS, financées sur le Fonds d'intervention régional (Fir), ont démarré dès l'année 2018. À titre d'exemple, on citera les actions suivantes :

- les comportements favorables à la santé : le déploiement massif d'actions visant à réduire la consommation de tabac, ou encore, la mise en œuvre de l'expérimentation de la vaccination contre la grippe par les pharmaciens d'officines ;
- le déploiement des parcours : un axe fort sur la santé mentale et le risque suicidaire (dispositif Vigi-

lans), les risques cardio-neuro-vasculaires (repérage par les pharmaciens d'officine de patients à risque pour les orienter dans le parcours de soins), la lutte contre l'obésité avec le déploiement, en partenariat avec la DRJSCS, de l'activité physique et notamment de l'activité physique adaptée (financement d'une plateforme permettant le recensement de l'offre existante) ;

- l'accès aux soins : au-delà de la poursuite des actions visant à promouvoir et développer l'exercice regroupé et coordonné des professionnels de santé et l'installation dans les zones sous-denses, le déploiement de l'e-santé (poursuite du déploiement de la télémédecine –téléconsultation, téléexpertise) et également le lancement d'un programme régional de transformation digitale du système de santé ;
- la promotion du droit des usagers : une volonté forte de donner toute leur place aux usagers.

Huit problématiques ont été définies comme prioritaires :

- femmes-mères-enfants ;
- cancer ;
- diabète, obésité, insuffisance rénale chronique (IRC) ;
- vieillissement ;
- handicap ;
- santé mentale ;
- prise en charge des addictions ;
- maladies cardio-neuro-vasculaires et maladies respiratoires.

L'approche par parcours permet le renforcement de la mobilisation transversale des acteurs, internes comme externes, de tous les secteurs. Elle autorise aussi l'utilisation d'expériences patient, comme pour les maladies cardio-vasculaires ou pour les personnes âgées et la résolution concrète des ruptures grâce à un plan d'action spécifique à chaque parcours.



# Suivre et évaluer le PRS

*Un suivi annuel de la mise en œuvre des plans d'action du PRS 2 sera réalisé en s'appuyant sur des indicateurs d'activité, de moyens et de résultats.*

Le suivi régulier du PRS 2 et des plans d'action s'effectueront au niveau régional et sur les territoires. Le PRS 2 fera l'objet d'un bilan annuel, dont les modalités d'élaboration et de diffusion seront concertées de façon collégiale.

L'évaluation sera réalisée au bout de cinq années pour le SRS et le Praps, en cohérence avec les objectifs stratégiques du Cos. Des indicateurs traceurs, d'un nombre volontairement limité, et correspondant aux attendus du Cos, du SRS et du Praps et permettant d'en évaluer les résultats et les impacts, seront élaborés en concertation avec les partenaires institutionnels et les instances de démocratie sanitaire.

L'évaluation du SRS permettra de formuler des recommandations dans la perspective de l'élaboration du SRS et du Praps suivants et, le cas échéant, de faire évoluer le Cos. Cette évaluation se fondera sur les résultats et les impacts du PRS 2.

La définition des questions évaluatives sera réalisée également de façon concertée. Elles permettront d'interroger les attendus essentiels du PRS2, en lien avec ses enjeux, et de tirer des enseignements sur la conduite générale du projet. L'évaluation pourra faire appel à des méthodes quantitatives, mais aussi qualitatives, pour connaître le ressenti des acteurs au regard de la mise en œuvre du PRS 2.

## Les territoires du PRS

*Si les territoires du PRS 2 sont multiples, une cohérence des actions est assurée dans les territoires de démocratie sanitaire sur lesquels s'appliquera le PRS 2.*



La loi prévoit trois territoires qui font l'objet d'un arrêté spécifique : territoires de démocratie sanitaire, zones de répartition des activités de soins, zones caractérisées par une offre de soins ambulatoire insuffisante ou au contraire élevée ou par des difficultés d'accès aux soins.

Par ailleurs, l'ARS a créé des territoires de proximité répartissant l'offre médico-sociale et des territoires de projet, comme ceux des contrats locaux de santé.

Malgré la multiplicité des territoires, l'ARS souhaite assurer une cohérence au sein des territoires de démocratie sanitaire en favorisant le partenariat entre les acteurs et la cohésion entre les projets.

Elle s'appuie pour cela sur les priorités définies par les conseils territoriaux de santé pour décliner des actions concrètes.

## LUS POUR VOUS



### La pauvreté en France

L'Observatoire des inégalités publie avec le Compas son premier *Rapport sur la pauvreté en France*. Il se veut indépendant.

Les auteurs dégagent des lignes de compréhension de la pauvreté. La première est la montée de la pauvreté à partir des années deux-mille. La deuxième est la très forte hétérogénéité de la population pauvres : mères seules, immigrés, jeunes sans qualification, personnes âgées. La troisième est qu'il n'existe ni « trappe à pauvreté » dans laquelle les individus tomberaient à tout jamais, ni reproduction mécanique entre parents et enfants.

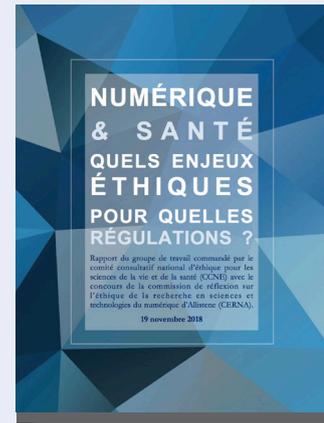
*Rapport sur la pauvreté en France*, Observatoires des inégalités, Compas, 2018



### Le travail pair

Publié par la Dihal et la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) ce guide porte sur la pair aidance salariée - le travail pair. Il s'appuie sur des expériences françaises et des pratiques existantes dans le champ de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. Le travail pair se définit comme une forme de pair aidance dans laquelle l'intervention fondée sur le savoir expérientiel des personnes est rémunérée. Tout vécu n'est cependant pas savoir et nécessite une mise à distance et peut-être une formation. Les auteurs du guide recommandent de plus le statut de travailleurs sociaux aux pairs aidants.

*Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement*, Dihal, Fédération des acteurs de la solidarité, 2018



### Numérique & santé

Après avoir constaté la diffusion très rapide du numérique dans la santé, les auteurs du rapport indiquent que la question éthique est impérative entre la protection des données de santé et la nécessité de leur partage pour renforcer la qualité et l'efficacité du système de santé. Ils mettent aussi en parallèle le Règlement général de protection des données (RGPD), le numérique en santé, la révision annoncée de la loi de bioéthique pour construire de nouveaux outils législatifs, dont la transformation du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé en Comité national d'éthique.

*Numérique & santé. Quels enjeux éthiques pour quelles régulations ?* Rapport du groupe de travail commandé par le comité national consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), novembre 2018

## À LIRE

### Health Data Hub



À l'initiative du Président de la République, une mission de préfiguration de trois experts s'est attachée à définir les contours de ce que pourrait être un *Health Data Hub*, c'est-à-dire une plateforme d'exploitation de données de santé.

Après 114 auditions, la mission de préfiguration définit le *Health Data Hub* (HDH) comme un outil public permettant de faire du partage des données de santé la règle générale au service du patient et du système de santé afin de mieux le piloter.

Le HDH aura ainsi comme missions, pour les utilisateurs publics et privés, de :

- la collecte et la gestion des données de santé ;
- l'accompagnement dans l'utilisation des données ;
- la gestion de la plateforme technologique ;
- l'animation de l'écosystème ;
- la protection des données personnelles.

Dès 2019, le HDH devrait voir le jour, secondé en 2020 par des hubs locaux.

*Health Data Hub*, rapport de la mission de préfiguration, 2018

« La valeur de la donnée – et surtout de son partage – restent méconnus et la plupart des acteurs témoignent de l'existence de réflexes propriétaires chez les producteurs. »

## NATIONAL

# La santé dans les territoires

*Les trois délégués nationaux à l'accès aux soins formulent six recommandations pour la mise en œuvre du plan pour un égal accès aux soins.*

Nommés en octobre 2017, les trois délégués nationaux à l'accès aux soins ont rendu leur rapport. Pour chacun des six axes du plan national, ils proposent recommandations et leviers d'action vers les professionnels, les patients, que ce soit en formation initiale ou continue ou encore par la création de nouveaux métiers ou l'utilisation de la télémédecine.

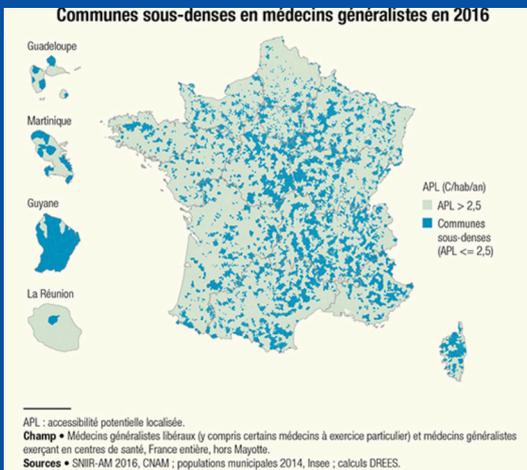
Ces propositions sont construites à partir d'un relevé d'expériences et d'innovations autour de six axes accompagnés de seize « clés de réussite » :

- encourager les stages ambulatoires et accompagner les projets d'installation ;
- développer l'exercice coordonné ;
- déployer la télémédecine ;
- soutenir les nouveaux modes d'exercice ;
- favoriser les délégations et coopérations interprofessionnelles ;
- simplifier l'exercice libéral et libérer du temps médical.

Les délégués nationaux estiment enfin que la qualité du partenariat entre les acteurs, l'accompagnement et la souplesse de mise en œuvre des mesures sont indispensables. En Hauts-de-France, ils ont rencontré les professionnels des MSP de Fruges, Laventie et Saint-Pol-sur-Ternoise.



[Lire la suite sur pf2s.fr](#)



*Relever le défi de l'accès aux soins est une responsabilité collective.*



Crédit photo : département du Nord

« Ce plan pauvreté, c'est 50 millions d'euros pris en charge à 50 % par le Département. C'est donc 25 millions sur trois ans que le Département consacrera à la lutte contre la pauvreté, dans le cadre de ses compétences, de la petite enfance à l'insertion professionnelle, dont 8,3 millions dès 2019 » Jean-René Lecerf, président du département.

## NATIONAL

# Pauvreté et emploi

*L'État et le département du Nord ont signé la première convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi.*

Jacqueline Gourault, ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé et Jean-René Lecerf, président du conseil départemental du Nord, ont signé le mardi 18 décembre la première convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi. Cette signature marque le coup d'envoi de la contractualisation entre l'État et les départements, pilier de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté portée par le Gouvernement.

Premier département à entrer dans la contractualisation, le département du Nord bénéficiera d'un soutien prévisionnel de plus 4,2M€ en 2019, avec une évolution progressive prévue pour 2020 et 2021. Ce soutien se fait en plus des 3,8M€ accordés au département au titre du fonds d'appui aux politiques d'insertion.

Le département a ainsi comme objectif en matière d'insertion de passer sous le seuil des 100 000 foyers allocataires du RSA dès la fin de l'année 2019 contre environ 110 000 aujourd'hui.

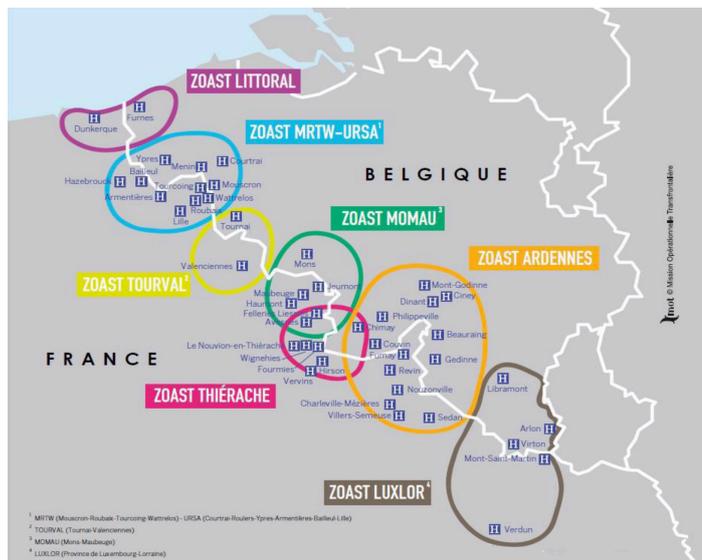
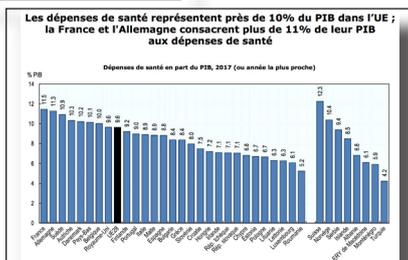
Le 20 décembre, le Bas-Rhin a signé une telle convention pour un soutien de plus de 1 M€.



[Lire la suite sur pf2s.fr](#)



Téléchargez le rapport



Les zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (Zoast) permettent à près de 16 700 patients de bénéficier de soins de part et d'autre de la frontière franco-walonne.

L'espérance de vie à la naissance ralentie partout en Europe. La baisse de 2015 est due à l'épisode grippal et aux maladies cardiovasculaires

## EUROPE

# Flux de patients entre France et Belgique

L'Observatoire franco-belge de la santé a tenu son forum annuel sur les flux de patients français et belges organisés au sein des Zoast.

Le 3<sup>e</sup> Forum de l'OFBS a porté sur la coopération transfrontalière : flux, évolution régionales et perspectives. La création des zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers « (Zoast) a permis à des patients d'une région déterminée de part et d'autre de la frontière franco-belge d'accéder à des soins de santé dans des établissements hospitaliers de l'autre côté de la frontière. En 2017, 15 653 patients français ont ainsi franchi la frontière pour des soins classiques, des soins ambulatoires ou des hospitalisations de jour pour un montant de 28,2 millions d'euros. Entre 2015 et 2017, l'accroissement des patients français ayant bénéficié de soins en Belgique a été de 10,9 %. Quatre hôpitaux sont particulièrement concernés : Mouscron, Namur-Mont Godine, Dinant et Sud Luxembourg-Arlon-Virton (Vivalia). Les patients français sont essentiellement originaires des Ardennes (49 %), du Nord (34 %) et de Meurthe-et-Moselle (13 %). Les principales pathologie traitées sont cardiovasculaires, interventions abdominales et gastro-entérologiques, orthopédiques et urologiques.

En contrepartie, 938 patients belges ont passé la frontière pour un total de soins s'élevant à 160 000 €. Les hospitalisations constituent 51 % des admissions, les soins externes, 49 %.

En 2017, une convention sur la coopération transfrontalière en matière d'aide médicale d'urgence a été signée entre les deux pays, permettant de 100 à 250 interventions sur les trois zones concernées : Lorraine, Ardennes et Nord - Pas-de-Calais.

## Panorama de la santé en Europe

Le rapport *Health at a Glance* 2018 compare l'état de santé des citoyens et la performance des systèmes de santé des États membres de l'Union européenne. L'édition 2018 met en exergue la priorité à donner à la santé mentale. Il montre que l'espérance de vie a ralenti tandis que les inégalités sociales subsistent.

[Lire la suite sur pf2s.fr](#)

[Lire la suite sur pf2s.fr](#)

## AGENDA

### 25 janvier 2019 Pantin

Rencontres nationales des services municipaux de santé scolaire - La vie de l'enfant en situation de handicap, regards croisés des acteurs

Organisation : CNFPT, Inset  
Programme : cliquez ici

*Inscrivez-vous ici  
sur pf2s.fr*

*pour recevoir la  
lettre électronique  
et les informations  
de la Plateforme  
sanitaire et sociale  
Hauts-de-France*

### 6-7 février 2019 Paris

Colloque TIC Santé  
- Le numérique en santé : quelle valeur ajoutée ?

Organisation : Formatic santé  
Programme : cliquez ici

### 28-29 mars 2019 Nanterre

Journées d'études RT1-19  
Pratiques coopératives et participatives en santé : partage des tâches et redéfinition des frontières professionnelles, enjeux de savoirs et luttes de pouvoir

Organisation : Association française de sociologie, Irdes  
Programme : cliquez ici

### 14-15 mars 2019 Nancy

32<sup>es</sup> Journées EMOIS 2019

Organisation : Emois  
Programme : cliquez ici

### 6-7 juin 2019 Lille

10<sup>es</sup> journées nationales des maisons des adolescents intitulées « Les ados, les parents et les professionnels dans la société numérique »

Organisation : Maison des ados de Lille Métropole  
Programme : cliquez ici

## Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France

Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3 rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1  
Tél : 03 22 82 77 24, courriel : info@or2s.fr site : www.or2s.fr /www.pf2s.fr, courriel : plateforme@or2s.fr  
Directrice de publication : D<sup>r</sup> Élisabeth Lewandowski (or2s)

Comité de rédaction : Anne Duchemin (DRJSCS), Julien Kounowski (DRJSCS), Philippe Lorenzo (OR2S), Grégory Marlier (conseil régional), Nadia Rouache (conseil régional), Julien Salingue (institut catholique de Lille), Christophe Trouillard (DRJSCS), Alain Trugeon (OR2S), David Verloop (ARS)

Rédaction et mise en page : Philippe Lorenzo  
n° ISSN : en cours

