



SOMMAIRE

FOCUS

Loi sur le système de santé

Haut commissaire en Hauts-de-France	2
Participation citoyenne. Journée de la <i>Plateforme</i>	2
Hub territorial pour un numérique inclusif	3
Sigles : santé et environnement	4
Organisation et transformation du système de santé	5
Territoires et santé	5
Collectifs de soins	6
L'assistant médical	6
Développer la santé numérique	7
Une formation décloisonnée et tout au long de la vie	8
Lus pour vous / À lire	9
Territoire engagé : appel à manifestation	10
Répertoire des interventions efficaces	10
Santé environnementale dans la région OMS Europe	11
Agenda	12

RÉGION

Haut-commissaire en Hauts-de-France

Rodolphe Dumoulin a été nommé en juillet Haut-commissaire à la lutte contre la pauvreté en Hauts-de-France.

Le Président de la République et le Premier ministre ont décidé de pourvoir chacune des régions de hauts-commissaires dédiés à la lutte contre la pauvreté. Placés auprès de chaque préfet de région, en métropole et outre mer, ils ont pris leurs fonctions le 2 septembre pour permettre un pilotage et un déploiement de la stratégie au plus près du territoire.

Les hauts-commissaires à la lutte contre la pauvreté ont pour mission la coordination et le pilotage interministériel au niveau régional de stratégie contre la pauvreté, en mobilisant l'ensemble des administrations concernées par les politiques publiques y concourant : petite enfance, hébergement, logement, économie, emploi, formation, éducation, jeunesse, santé et médico-social, les collectivités territoriales, les personnes concernées, associations, opérateurs publics et organismes de sécurité sociale.

Dès leur prise de poste, ils ont été particulièrement mobilisés sur :

- la finalisation et la mise en œuvre des feuilles de route issues des conférences régionales et de l'ensemble des travaux conduits dans chacune des régions en veillant à y associer tous les acteurs concernés (associations, communes, départements, régions, CCAS, entreprises, etc.) ;
- le suivi de la contractualisation avec l'ensemble des départements et l'atteinte des objectifs définis, en lien avec les préfets de département ;
- le suivi de la mise en œuvre des mesures de la stratégie pauvreté : les petits déjeuners dans les écoles ; la tarification sociale des cantines ; les points conseils budget ;
- le soutien aux initiatives et expérimentations locales dans le champ de la prévention et de la lutte contre la pauvreté ;
- le déploiement sur le territoire de deux chantiers spécifiques : la concertation autour du revenu universel d'activité et celle autour de l'élaboration du service public de l'insertion (SPI).

Originaire d'Arras, Rodolphe Dumoulin est un ancien élève de l'École des études supérieures de sécurité sociale.

« Je suis enthousiaste à l'idée de retrouver ce territoire que je connais bien. Un territoire de fragilités et d'opportunités, qui porte la solidarité dans son histoire et partage un vrai sens de l'innovation sociale. C'est cette énergie collective qu'il nous faut mobiliser au service de la prévention et de l'émancipation. » Rodolphe Dumoulin



RÉGION

Participation citoyenne. Journée de la *Plateforme*. 5 décembre 2019 à Arras

La journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* Hauts-de-France se déroulera le 5 décembre 2019 à Arras sur le thème de la participation citoyenne. Elle s'attachera à repérer comment la population est amenée à participer à l'observation et à l'élaboration des politiques publiques autour de quelques axes majeurs :

- approche communautaire ;
- démocratie sanitaire et diagnostic partagé ;
- approche par parcours de santé (patients experts, patients traceurs, informateurs clés...) ;
- place et rôle des aidants non professionnels ;
- analyse des données d'*open data* par les citoyens.

Dans le champ sanitaire, social et médico-social, cette participation est multiforme avec des degrés d'implication très hétérogènes. Après une conférence d'ouverture sur le concept de participation de la population, des actions inspirantes et innovantes seront proposées au débat lors de tables rondes.

Lire la suite et s'inscrire sur pf2s.fr

RÉGION

Hub territorial pour un numérique inclusif

Le premier Hub territorial pour un numérique inclusif en région Hauts-de-France a été inauguré en juin 2019. Il fait partie des onze lauréats de l'appel à projets « Hub territoriaux pour un numérique inclusif » lancé par la Banque des Territoires en septembre 2018.

Porté par la région et le laboratoire pour l'innovation et l'investissement social dans l'économie sociale et solidaire (SIILAB, DRJSCS), le Hub territorial pour un numérique inclusif a pour objectifs de réduire les inégalités numériques, de lutter contre le non-recours aux droits et de prévenir les situations d'exclusion. En France, plus de 15 % de la population est en situation de fragilité face à la transition numérique. Le Hub s'inscrit pleinement dans les priorités de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

Les Hubs territoriaux pour un numérique inclusif ont quatre missions :

- recenser, articuler et coordonner les acteurs de la médiation numérique pour faire converger les projets vers des priorités territoriales définies avec les collectivités ;
- lever des fonds et aider à mobiliser toutes les sources de financement (notamment européennes) en montant des projets à plus grande échelle ;
- mutualiser et apporter de la valeur aux acteurs de terrain en créant des centres de services partagés (mutualisation de parcours de formations pour les aidants, partage d'outils et de ressources humaines...) ;
- évaluer l'efficacité des services rendus sur le territoire et en informer les collectivités et les instances de pilotage au niveau national.

En lien étroit avec la mission société numérique, leurs objectifs sont de :

- favoriser l'émergence de structures ou renforcer celles existantes pour en faire des structures intermédiaires, les Hubs devant organiser un réseau territorial d'acteurs, les coordonner et les animer en misant sur des effets d'échelle ;
- veiller au bon maillage de l'offre de médiation sur le territoire, en lien avec le maillage des lieux de service public, pour un accompagnement des usagers au plus proche de



Photo : POP

leurs besoins. Il s'agit aussi de favoriser l'arrivée d'offres si le besoin s'en faisait sentir et que le territoire n'était pas couvert, ainsi que de participer à la cartographie déjà existante (<http://bit.ly/cartonumhdf>) des acteurs présents au niveau local ;

- donner de nouveaux moyens d'action aux acteurs opérationnels territoriaux présents dans la zone de couverture des Hubs grâce à un appui en ingénierie (juridique, fiscale, financière, montage de dossiers européens, etc.) mais également en aidant à la rationalisation de l'effort financier ;
- soutenir ainsi la structuration des acteurs pour maximiser la diffusion du Pass numérique France Connectée.

Le Hub est le résultat de la mobilisation des acteurs institutionnels des cinq départements, des entreprises et des intercommunalités autour du projet. Il regroupe déjà une centaine de partenaires publics, sociaux et d'associations de médiation numérique, principaux bénéficiaires des services proposés par le Hub.

Le Hub a été officiellement ouvert en septembre dernier. Il est financé par la Banque des territoires, à hauteur de 400 000 €, pour soutenir et consolider les actions qu'il mène : fédérer, organiser, structurer, former, multiplier et animer les réseaux de médiation numérique.

Anne Duchemin
DRJSCS



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

[Cliquez ici pour accéder au site internet](#)

Distribution des niveaux de vulnérabilité par quartier dans la communauté urbaine de Dunkerque (A) et la métropole européenne de Lille (MEL)
Source : Sigles 2019

Le niveau de vulnérabilité des quartiers peut être relié à des contextes différents selon la typologie des territoires. Par exemple, la pollution de l'environnement, notamment par les éléments trace métalliques et par les poussières, est un paramètre dont le poids semble plus important dans la construction de la vulnérabilité sur le territoire de la communauté urbaine de Dunkerque (CUD) que sur la métropole européenne de Lille (MEL). La présence d'un complexe industriel majeur pourrait expliquer ce résultat. À l'inverse, la défaveur sociale serait un paramètre plus informatif au sein de la MEL car les sources d'émissions de polluants atmosphériques sont multiples et disséminées sur le territoire.

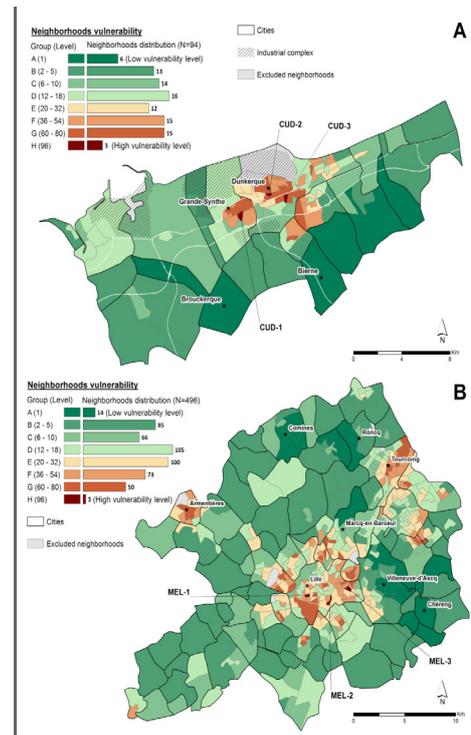
Sigles : santé et environnement

Le programme Sigles est mené depuis 2011 au sein de l'Université de Lille. Novateur et transdisciplinaire. Il implémente des données multidisciplinaires dans un système d'information géographique.

Le programme de recherche scientifique, Sigles - Système d'information géographique et lien environnement-santé - a pour objectif de caractériser la qualité des milieux environnementaux (air, eau, sol). Il cherche aussi à évaluer la présence d'inégalités environnementales et sociales de santé à l'échelle des territoires de la région des Hauts-de-France sur la base de l'analyse spatialisée et concomitante de données environnementales, sanitaires et socioéconomiques. Sigles souhaite ainsi documenter l'hypothèse d'une incidence plus importante de maladies chroniques chez les populations vivant dans des milieux dégradés, autrement dit, déterminer si les populations présentant un état de santé dégradé vivent dans un environnement également dégradé.

Plus généralement, le programme a pour objectif d'évaluer les disparités spatiales de santé (cartographie des maladies et des paramètres biologiques) ; la variabilité spatiale des pollutions de l'air, de l'eau et du sol (qualité des milieux environnementaux, proximité aux sources de nuisance) ; les associations spatiales entre la morbi-mortalité des populations et les facteurs de risques environnementaux et socio-économiques, et, enfin, la présence d'inégalités environnementales et sociales de santé à différentes échelles du territoire.

Ce programme se veut également être un dispositif d'échange et de mise à disposition d'outils pour les gestionnaires des territoires en matière d'aide à la décision et à



la diffusion de l'information. Les acteurs de santé publique (élus, décideurs économiques publics et privés, cliniciens, associations menant des actions de prévention et de sensibilisation...) peuvent avoir accès à des éléments synthétiques sur le suivi de ces inégalités.

La question des inégalités environnementales et sociales de santé (IESS) est centrale. Elle est étudiée à partir de deux dimensions cumulatives : un niveau d'exposition des populations relié un environnement de vie dégradé et un niveau de vulnérabilité socio-économique face à des facteurs de risques, capables d'affecter la santé.

Sigles s'est principalement développé en Hauts-de-France, grâce au soutien de la région et de l'ARS. Densément peuplés, les Hauts-de-France présentent un contraste important d'occupation du sol, avec des milieux urbains, industriels et ruraux. La forte dégradation de ses milieux environnementaux, des indicateurs sanitaires défavorables, ainsi que les hauts niveaux de précarité sociale de certains secteurs font de cette région un territoire propice pour l'étude des inégalités territoriales en santé-environnement.

Publié en 2019 dans la revue *Ecological Indicators*, un travail de recherche documente le lien causal entre pollution atmosphérique et inégalités environnementales pour la communauté urbaine de Dunkerque et la métropole européenne de Lille. Un indicateur synthétique de vulnérabilité territorial a été réalisé à partir du calcul de trois scores : environnement, défaveur socio-économique et susceptibilité de certaines populations (jeunes, âgées) vis-à-vis des impacts sanitaires de la pollution atmosphérique. L'équipe de SIGLES a ainsi réussi à cartographier un cumul de déterminants de santé afin de mettre en évidence l'hétérogénéité spatiale d'inégalités territoriales (Cf. carte ci-dessus).

Caroline Lanier
Université de Lille

Systèmes
Information
Géographique
Liens
Environnement
Santé



SIGLES

Organisation et transformation du système de santé



Présentée en Conseil des ministres le 13 février 2019, la loi d'organisation et de transformation du système de santé a été promulguée le 24 juillet 2019. Quatre-vingt-un articles forment l'armature de cette sixième loi de santé d'ampleur. Partie prenante de la stratégie *Ma santé 2022*, elle entend notamment répondre aux inégalités territoriales, au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

Un premier volet de cette stratégie a été traduit dans les textes avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (22 décembre 2018) par laquelle ont déjà été créés ou institués les communautés professionnelles territoriales de santé, le financement de postes d'assistants médicaux, la structuration des hôpitaux de proximité, le déploiement d'équipes mobiles gériatriques, le développement des compétences dans les établissements de santé, le financement d'investissements immobiliers pour les établissements de santé, le financement forfaitaire des pathologies chroniques et le financement d'investissements dans le numérique.

La réforme globale du système de santé se veut être d'ampleur. La loi d'organisation et de transformation du système de santé réforme le parcours de formation des futurs professionnels avec, en particulier, la suppression du *numerus clausus* pour augmenter le nombre de médecins formés. Elle promeut également de nouvelles organisations territoriales pour accélérer le décloisonnement entre les différents acteurs qui se retrouveront dans les territoires au sein d'un collectif de soins de proximité au service de la santé de la population. Elle instaure par ailleurs les hôpitaux de proximité.

La loi accélère enfin le déploiement des outils et ressources numériques pour soutenir l'innovation, accompagner les professionnels comme les usagers, et atteindre les objectifs d'accessibilité et de qualité des soins.

Ces diverses mesures sont la conclusion des cinq chantiers mis en place par Agnès Buzyn en mars 2018 portant sur la qualité et la pertinence des soins, le financement et la rémunération, le numérique, les ressources humaines et la formation, et enfin sur l'organisation territoriale.

Territoires et santé

Le territoire est l'une des pierres angulaires de la loi. Le titre II porte sur la création d'un collectif de soins au service des patients pour mieux structurer l'offre de soins dans les territoires ainsi que sur le développement d'une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social à même de renforcer la gradation des soins.

D'ici 2021, 500 à 600 hôpitaux de proximité seront labellisés. Ils seront dédiés à la médecine générale, la gériatrie et la réadaptation

Dans chaque département, les présidents de la région, du département, des EPCI et des représentants des maires sont concertés par l'ARS au moins une fois par an sur l'organisation territoriale des soins, en lien avec l'Agence nationale de la cohésion des territoires.

Enfin, un conseil territorial de santé est créé. Il est notamment composé des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de PMI et d'acteurs du système de santé. Son rôle est de participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé, en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires des communautés professionnelles territoriales de santé ainsi que sur les projets médicaux partagés et les contrats locaux de santé.

FOCUS

Collectifs de soins

La loi prévoit la création d'un collectif de soins pour mieux structurer l'offre dans les territoires.

Le collectif de soins (titre II) est formé entre les professionnels, d'une part, et entre les secteurs ambulatoire, médico-social ou hospitalier, d'autre part. Ce collectif de soins s'entend comme une équipe de soins primaires constituée autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Il peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

Ce collectif de soins s'entend aussi comme un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux.

Ces deux équipes de soins contribuent à la structuration des parcours de santé, notamment par une meilleure coordination entre eux et avec les acteurs, par des actions de prévention et par l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population. Elle agissent aussi pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.



La loi prévoit que les communautés professionnelles territoriales de santé ainsi que les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, rédigent sur la base du diagnostic territorial de santé des projets territoriaux de santé. Ces projets, transmis au directeur général de l'ARS qui peut s'y opposer dans un délai de deux mois, devront décrire les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé. Ils expliciteront notamment l'organisation, sur tout le territoire, de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés. Ils pourront également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins.

L'ambition du projet territorial de santé est de décloisonner la ville, l'hôpital et le médico-social. Il prévoit, que les projets des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) soient soumis à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé afin d'assurer leur coordination avec les autres acteurs du système de santé et de travailler en réseau.

Enfin, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui regroupent plusieurs hôpitaux d'un même département devront partager leurs ressources en praticiens, voire leurs trésoreries et leurs investissements.

FOCUS

L'assistant médical

Parallèlement au débat et au vote de la loi par le Parlement, les professionnels de santé et l'Assurance maladie ont signé le 20 juin 2019 l'avenant 7 sur la convention médicale. Il permet le déploiement d'assistants médicaux dès septembre 2019. Cette nouvelle fonction auprès des médecins généralistes est accessible aussi bien à des profils soignants, comme les infirmiers (ères) ou les aides-soignants, qu'à des profils non soignants, comme les secrétaires médicales. La qualification professionnelle est en cours d'élaboration et l'assistant médical devra avoir obtenu cette qualification professionnelle dans les 3 ans après sa prise de fonction.

Cette nouvelle profession de santé répond à trois enjeux : favoriser un meilleur accès aux soins des patients, assurer au médecin de meilleures conditions d'exercice et lui permettre de rechercher davantage

Développer la santé numérique

« En France, la santé est le secteur où les données disponibles sont à la fois très nombreuses (...) et en même temps le plus difficilement accessibles pour les innovateurs du fait de la législation en vigueur. C'est le frein majeur en IA aujourd'hui qui conduit les personnes souhaitant innover à se tourner vers l'étranger. » Intelligence artificielle - État de l'art et perspectives pour la France, 2019

En ligne de mire de la santé numérique, l'élargissement du soin à distance, l'exploitation des données, et l'utilisation de l'intelligence artificielle.

Le renforcement de l'offre dans les territoires et la lutte contre les déserts médicaux ont amené Gouvernement et Parlement à introduire la notion de « télésoin » dans l'arsenal à disposition. Pendant de la télémédecine - rebaptisée par la loi télésanté - le télésoin est une pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport patients, pharmaciens, ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences pour permettre le suivi de patients à distance : surveiller les effets secondaires de chimiothérapies orales, ou d'assurer des

séances d'orthophonie et d'orthoptie. L'ambition affichée est la généralisation de la prescription électronique. Le Gouvernement prendra par ailleurs toute mesure pour que soient évalués les logiciels fournissant des informa-



tions à des fins diagnostiques et d'aide aux choix thérapeutiques, tous basés sur l'intelligence artificielle.

La santé numérique, ce sera aussi cet espace numérique de santé automatiquement ouvert, sauf opposition, pour chaque usager d'ici 2022. Il abritera les données administratives, le dossier médical partagé, les constantes de santé, éventuellement produites par des applications ou des objets connectés référencés ou toute autre donnée

de santé utile à la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins. L'ensemble des données relatives au remboursement des dépenses de santé y sera déposé tandis que des outils numériques permettront des échanges sécurisés avec les acteurs du système de soins, de prévention, du retour à domicile, de l'aide à l'orientation et à l'évaluation de la qualité des soins. Des informations seront déposées sur l'offre de soins et sur les droits des usagers ainsi que sur toute application numérique de santé.

Enfin, l'Institut national des données de santé (2016) se transforme en groupement d'intérêt public dénommé Plateforme des données de santé chargé notamment de réunir, d'organiser et mettre à disposition les données du système national des données de santé pour des projets de recherche et pour améliorer la connaissance du système de santé, la qualité et l'efficacité des prises en charge sanitaire, dont l'optimisation du parcours de soins.

d'efficacité dans la prise en charge de ses patients.

Il revient au médecin de choisir les missions qu'il veut confier à l'assistant médical, en fonction de sa pratique, de son organisation et de ses besoins propres. Ces missions peuvent être par exemple : accueil, création ou gestion du dossier informatique patient, recueil et enregistrement des informations administratives et médicales, accompagnement de la mise en place de la télémédecine dans le cabinet...

Elles pourront aussi être en lien avec la consultation : aide au déshabillage, prise de constantes, mise à jour du dossier patient (dépistages, vaccinations, mode de vie), délivrance de tests de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques...

Enfin, elles pourront concourir à l'organisation et à la coordination du suivi des patients comme programmer un rendez-vous avec un spécialiste ou un centre hos-

pitalier en prévision d'une admission, faire le lien avec d'autres professionnels, notamment pour les patients atteints des maladies chroniques...

En contrepartie de l'embauche, le médecin percevra de l'Assurance maladie une aide financière sur la base d'un contrat de cinq ans renouvelable.

Ce nouveau dispositif est ouvert à tous les médecins, pourvu qu'un médecin généraliste ait une patientèle d'au moins 640 patients, ou que le médecin spécialiste ait une file active suffisante. Entre autres conditions, et, pour rester conforme à l'esprit et à la lettre de la loi, le médecin doit s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné : maison de santé pluriprofessionnelle, équipe de soins primaire ou spécialisée, communauté professionnelle territoriale de santé... ou s'engager à le faire dans les 2 ans.

Une formation décroïsonnée et tout au long de la vie

La réforme de la formation des professionnels de santé était l'une des mesures attendues de la loi. Si la suppression du numerus clausus est emblématique, d'autres aspects de la formation sont profondément modifiés.



Le titre 1^{er} de la loi est tout un symbole : *décroïsonner les parcours de formation et les carrières de professionnels de santé*. L'accès aux études médicales, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques est réformé. Le *numerus clausus*, instauré en 1971 et déterminant l'accès en deuxième année de premier cycle, est en partie supprimé ; à tout le moins, il ne relève plus d'une politique nationale. Dès la rentrée 2020, le nombre d'étudiants formés en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique sera régulé par les universités et les agences régionales de santé en tenant compte des capacités de formation et des besoins du système de santé. Pour autant, l'État garde quelque peu la main en établissant des objectifs nationaux pluriannuels, déclinés en région, et relatifs au nombre de professionnels à former, afin de répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants. L'objectif affiché par le ministère est d'accroître de 20 % le nombre de médecins formés à l'issue du cycle complet de huit ans environ de formation.

Des passerelles vers les 2^e et 3^e années de formation

Les épreuves classantes nationales (ECN) sont supprimées au profit d'une rénovation du second cycle et d'une nouvelle procédure d'admission en troisième cycle. L'orientation vers les différentes filières se fera ainsi progressivement en fonction des connaissances, compétences et projets d'études et aptitudes des étudiants. Le décroïsonnement repose aussi sur l'organisation d'enseignements communs entre plusieurs filières pour favoriser l'acquisition de pratiques professionnelles partagées et coordonnées. Mais encore sur un accès diversifié aux études médicales. Les étudiants ayant choisi un premier parcours universitaire pourront se reconverter dans la voie médicale en accédant directement en 2^e ou 3^e années. Inversement, les étudiants en études médicales auront la possibilité de se réorienter vers d'autres filières sans perdre le bénéfice de leur première année universitaire.

Les étudiants qui se destineront à la carrière de médecin généraliste se verront dans l'obligation d'effectuer un stage obligatoire d'une durée d'un semestre en pratique ambulatoire. Il se déroulera au cours de la dernière année du troisième cycle des études médicales notamment auprès de médecins généralistes agréés et en priorité dans les zones sous-denses définies par les ARS, sous un régime dit d'autonomie supervisée. Cette obligation pourrait être étendue par décret à d'autres spécialités à exercice majoritairement ambulatoire.

Re-certification des professions de santé

Dans le droit fil de la formation tout au long de la vie, le gouvernement prendra par ordonnance la création d'une procédure de certification indépendante de tout lien d'intérêt permettant, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances. Cette procédure dite de « re-certification » s'applique à la profession de médecin, mais aussi à celles de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue.



LUS POUR VOUS



Médecins généralistes

Deux études de la Drees s'intéressent à la vie des médecins généralistes. La première montre que les deux tiers des médecins généralistes travaillent plus de 50 h par semaine, soit 44,5 h auprès des patients, 5,5 h en tâches de gestion et de coordination et 2 h pour la mise à jour des connaissances.

La seconde indique qu'en début 2019, 61 % des médecins généralistes exercent en groupe, d'abord avec d'autres médecins, puis avec des infirmiers. Cette proportion a augmenté de 7 points depuis 2010. Les plus jeunes et, dans une moindre mesure, les femmes choisissent ce mode d'exercice.

Hélène Chaput, *et al.*, Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine, *Études et Résultats*, n°1113, Drees, mai 2019

Hélène Chaput *et al.*, Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe, *Études et Résultats*, n°1114, Drees, mai 2019

Apps nutrition activité physique

Dans *Public Health*, Linda Cambon *et al.* publient une méta-analyse sur la capacité des applications mobiles de santé à favoriser le changement de comportement en matière d'alimentation et d'activité physique. Le résultat est sans appel : ces applications ne reposent pas sur les données de la science. Pire du point de vue des auteurs, l'évaluation, si elle existe, porte sur l'utilisation des outils et non sur leurs effets et impacts. Comprendre leur plus-value nécessite un examen des caractéristiques des technologies en regard des interventions complexes en prévention.

Olivier Aromatorio, Linda Cambon *et al.*, *How do mobile health applications support behaviour changes? A scoping review of mobile health applications relating to physical activity and eating behaviours*, *Public Health*, 175, 2019

Évaluer les risques sanitaires

Dans un épais rapport de près de 300 pages, l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques se penche sur l'évaluation des risques sanitaires et environnementaux par les agences. Au delà du renforcement des capacités d'évaluation des agences et de leur rôle d'expertise des risques, figure parmi les treize recommandations des auteurs, la mise à disposition du public de l'intégralité des données figurant dans les dossiers soumis aux agences d'évaluation afin de permettre une contre-expertise citoyenne, notamment par un débat public en amont de l'évaluation et par un strict contrôle des liens d'intérêts.

Philippe Bolo *et al.*, *Évaluation des risques sanitaires et environnementaux par les agences*, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, juillet 2019

À LIRE

Personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins



Le Plan personnalisé de santé (PPS) est un outil innovant qui a pour objectif d'améliorer la coordination et la continuité des prises en charge sanitaires et sociales, et ainsi de prévenir la perte d'autonomie, d'éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation et la polymédication. Il a été lancé en 2104 dans le cadre de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa).

L'évaluation repose sur les données de consommation inter-régime de l'Assurance maladie appariées aux bases de données hospitalières de 2014 à 2017. Elle montre que les personnes âgées qui ont bénéficié du PPS ont des besoins complexes, nécessitant une prise en charge sanitaire et médico-sociale, avec une augmentation directe des dépenses d'infirmières à domicile, sans se traduire pour autant par une augmentation des dépenses globales en ville. Les auteurs suggèrent que la qualité et la continuité de la prise en charge globale passent par la création de passerelles plus formalisées avec les médecins spécialistes et les acteurs hospitaliers.

Anne Penneau, Damien Bricard, Zeynep Or, *Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins*, Irdes, Document de travail, juillet 2019

« Il n'y a pas assez de cadres formés à la médiation, c'est-à-dire à la solution « gagnant-gagnant », qui, malheureusement, finit souvent par « gagnant-perdant », puis, si ça continue, ça finit par « perdant-perdant ». »

NATIONAL

Territoire engagé : appel à manifestation

Une plateforme web collaborative Territoire engagé pour l'environnement et la santé a été lancée en juillet 2019.

Dans le cadre de l'élaboration du plan national *Mon environnement, ma santé*, le ministère de la Transition écologique et solidaire et le ministère des Solidarités et de la Santé ont mis en ligne le site : territoire-environnement-sante.fr.

Cette plateforme collaborative a été créée avec et pour les collectivités et territoires. Elle a pour but de faire connaître et valoriser les projets innovants menés par les collectivités en faveur de la santé environnement, mais aussi de favoriser le partage de bonnes pratiques entre collectivités. Cette plateforme est un appui pour les collectivités qui souhaitent engager des projets en faveur de la santé environnement ou recherchent un partage d'expérience dans ce domaine et sur les thèmes de l'urbanisme, des bâtiments, des transports, du changement climatique, des pollutions environnementales, des risques émergents, de l'alimentation...

Un appel à manifestation d'intérêt, intitulé *Territoire engagé pour mon environnement, ma santé*, a été lancé jusqu'au 30 septembre auprès des collectivités et des territoires pour qu'ils puissent partager leurs expériences.

À terme, ce site constituera un centre de ressources et de rencontre des acteurs de la santé environnement



 Lire la suite sur pf2s.fr

Les actions recensées portent sur la sensibilisation des habitants ou de catégories de personnes, la surveillance, la connaissance et l'information sur les enjeux locaux du territoire, l'adaptation des politiques publiques pour réduire l'impact sanitaire des contaminations environnementales, l'adaptation de politiques environnementales transversales locales.



Téléchargez
le rapport

La recherche de l'efficacité et de l'efficience des actions publiques est une préoccupation croissante à la fois au niveau national et international, par le choix d'approches ou d'interventions fondées sur des preuves (*evidence-based*).

NATIONAL

Répertoire des interventions efficaces

Santé publique France met en ligne le catalogue des actions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé.

La Direction générale de la santé a confié à Santé publique France la mise en place d'un registre français d'interventions validées, pertinentes ou prometteuses.

Ce registre a pour but d'aider les décideurs et les acteurs locaux à choisir des interventions adaptées pour répondre à leurs besoins, à valoriser une prévention scientifiquement fondée et à permettre l'articulation entre la recherche et les pratiques de terrain. Il présente des programmes implantés ou en cours d'étude, d'expérimentation ou de déploiement. Ce registre sera régulièrement mis à jour, notamment en indiquant le niveau d'efficacité des interventions.

Plus d'une dizaine de thématiques composent le registre : addictions, maladies transmissibles, maladies non transmissibles, nutrition et activité physique, parentalité, petite enfance, enfance et adolescence, précarité, promotion de la santé, réduction des inégalités, santé au travail et santé mentale, santé sexuelle.

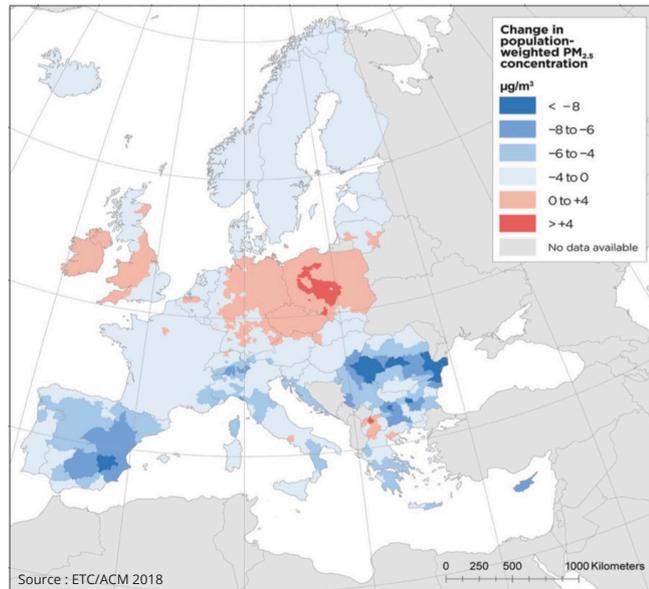


Accédez au site



Téléchargez le rapport

Disposer d'un environnement sûr est une condition préalable de la santé et du bien-être. Pourtant, les facteurs de risque environnementaux contribuent à hauteur d'au moins 15 % à la mortalité dans la Région européenne de l'OMS.



Toutes les régions d'Europe ont bénéficié d'une réduction des niveaux de pollution atmosphérique : les analyses régionales ont révélé certaines augmentations. La plus forte augmentation de l'exposition a été détectée dans certaines régions de Pologne.



L'extrait du rapport

« Les sous-groupes de population défavorisés (pauvreté et faiblesse des revenus) peuvent présenter des niveaux d'exposition ou des taux de traumatisme cinq fois plus élevés que les sous-groupes favorisés. Les inégalités en matière de santé qui en résultent peuvent donc dans une large mesure, être évitées, au moyen d'interventions environnementales. la réalisation universelle d'environnements sains et la prestation de services de base à tous les citoyens (...) peuvent aider à atténuer les inégalités en matière de santé.» (résumé d'orientation en français)

EUROPE

Santé environnementale dans la région OMS Europe

L'OMS publie un deuxième rapport sur les inégalités en matière d'environnement de santé. Nette amélioration mais peut mieux faire.

Ce rapport présente une deuxième évaluation des inégalités en matière d'environnement et de santé dans la Région Europe de l'OMS. Il actualise les bases factuelles fournies par le rapport d'évaluation de référence de 2012 et présente dix-neuf indicateurs d'inégalités en matière d'hygiène de l'environnement.

D'après les auteurs du rapport, les conditions environnementales se sont nettement améliorées dans la plupart des pays de la région européenne de l'OMS, et l'incidence des traumatismes mortels a diminué, mais de nombreux sous-groupes de population ne peuvent en bénéficier. Des inégalités d'exposition existent entre les pays comme au sein des pays et des communautés locales, où elles contribuent à des inégalités pour les décès évitables. Ainsi, les sous-groupes de population défavorisés peuvent présenter des niveaux d'exposition ou des taux de traumatisme cinq fois plus élevés que les sous-groupes favorisés. Les inégalités en matière de santé qui en résultent pourraient être évitées dans une large mesure, au moyen de stratégies nationales d'interventions environnementales adaptées aux caractéristiques des pays

Ces inégalités croissantes dans la plupart des pays de la Région concernent la pauvreté énergétique, le confort thermique, l'humidité des habitations et la perception du bruit. Mais le manque de données sur les inégalités d'exposition au risque environnemental est une préoccupation majeure, en particulier dans la partie orientale de la Région. Les auteurs estiment ainsi que la gouvernance des inégalités en matière d'hygiène de l'environnement requiert l'implication de l'ensemble de la société et l'action de l'ensemble du gouvernement, associées à un examen attentif des interventions ciblées.

AGENDA

7 novembre 2019 Mouscron

4^e Forum santé transfrontalier :
les 20 ans d'existence de
l'Observatoire transfrontalier de la
santé

Organisation : OFBS
Programme : à venir

8 novembre 2019 Amiens

Sanctions pénales et travail social.
Expériences carcérales, sortie de
détention, aménagement de peine.

Organisation : Apradis
Programme : cliquez ici

14-15 novembre 2019 Rennes

L'accompagnement par les pairs :
enjeux contemporains. Santé,
Handicap, Santé mentale

Organisation : Université Rennes 2
Programme : cliquez ici

21 novembre 2019 Paris

Construction et dialogue des
savoirs

Organisation : Haute autorité de santé
Programme : cliquez ici

20-23 novembre 2019 Marseille

Colloque européen de santé
publique

Organisation : Eupha, SPFP
Programme : cliquez ici

5 décembre 2019 Arras

Journée annuelle de la *Plateforme
sanitaire et sociale* Hauts-de-
France : Participation citoyenne
dans l'observation et l'élaboration
des politiques publiques

Organisation : PF2S Hauts-de-France
Pré-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^r Élisabeth Lewandowski (or2s)

Comité de rédaction : Marie Chastel (conseil départemental Nord), 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 : 2679-0033 (en ligne)

Inscrivez-vous ici
pour recevoir la lettre électronique et les informations
de la Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France

suivez-nous

