



# Plateforme sanitaire et sociale HAUTS-DE-FRANCE

## SOMMAIRE

## FOCUS *Groupes de travail*

Plan sport santé	2
De nouveaux contrats locaux de santé	2
PRS 2 : suivi et évaluation	3
Le service sanitaire en Hauts-de-France	4
Les groupes de travail de la <i>Plateforme</i>	5
Le médico-social	5
<i>Minima sociaux</i>	6
Le club de l'observation et des observatoires	6
Indicateurs composites	7
Les autres groupes de travail	8
Lus pour vous / À lire	9
Le G7 et la santé	10
Maladies chroniques	10
Soins de santé transfrontaliers	11
Agenda	12

## RÉGION

# Plan sport santé

*La DRJSCS et l'ARS œuvrent sur une stratégie régionale en matière de sport santé avec pour objectif de fédérer les partenaires.*

La direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et l'agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France partagent la volonté commune de mettre en place une démarche de collaboration structurée et coordonnée au bénéfice de l'ensemble de la population des Hauts-de-France. Intitulé plan régional santé sport bien-être (PRSSBE), cette démarche s'articule autour de deux axes :

- la promotion, le développement et l'augmentation du niveau d'activité physique quotidienne pour tous, à tous les âges (les enfants et les jeunes scolarisés, les personnes en perte d'autonomie du fait de l'âge, les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique, les personnes en situation de handicap et les personnes sédentaires au sein des entreprises) ;
- la promotion de l'activité physique adaptée s'inscrivant dans le cadre du parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques (diabète, obésité, maladies cardio-neuro-vasculaires, maladies neuro-dégénératives, maladies respiratoires et de cancers).

Le plan régional a vocation à développer des modalités et des outils de collaboration entre l'ARS et la DRJSCS et à prévoir des déclinaisons territoriales spécifiques, en cohérence avec le projet régional de santé (PRS2). Fruit d'une première concertation entre la DRJSCS et l'ARS, le PRSSBE (2018-2023) s'attachera à associer prochainement de nombreux partenaires engagés dans la promotion de la santé par l'activité physique (les réseaux de santé, le mouvement sportif et les représentants des collectivités locales).

C'est le 10 octobre 2012, lors d'une allocution commune, que les deux ministres Valérie Fourneyron et Marisol Touraine, respectivement ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative et ministre de la Santé, posaient les actes fondateurs d'un plan d'action en faveur de l'activité physique comme facteur de santé.

*Christophe Trouillard  
DRJSCS*

« Le sport et l'activité physique ne sont pas un luxe, ce sont une nécessité pour préserver notre capital santé », Marisol Touraine, 10/10/2012



## RÉGION

# De nouveaux contrats locaux de santé

Signé le 27 mai, le premier est contrat local de santé est piloté par la communauté d'agglomération du beauvaisis et l'ARS en partenariat avec la caisse primaire d'assurance maladie de l'Oise, le conseil départemental, la préfecture et la MSA de Picardie. Il a pour ambition d'améliorer l'état de santé des habitants en renforçant la dynamique territoriale, en favorisant l'amélioration des parcours de santé et en limitant les facteurs de risque. Quatre orientations stratégiques le structurent : créer un conseil local de santé mentale (CLSM), renforcer le parcours de santé des publics en situation de précarité et de vulnérabilité, renforcer la dynamique territoriale de santé (faciliter l'installation des professionnels, favoriser les liens hôpital-ville...) et améliorer l'environnement pour favoriser la santé.

Après un premier CLS (2015), l'ARS Hauts-de-France et l'association intercommunale santé, santé mentale et citoyenneté (AISSMC) ont signé le 20 juin une charte partenariale préalable à la création d'un nouveau contrat local de santé dans le périmètre des communes de Fâches-Thumesnil, Lezennes, Lesquin, Mons-en-Barœul et Ronchin.

Deux orientations stratégiques ont été dessinées : accompagner le vieillissement des personnes âgées, d'une part, et améliorer l'accès à la prévention et à la prise en charge des conduites à risque ou addictives (avec un *focus* sur les jeunes), d'autre part. Deux groupes de travail réunissant acteurs du territoire et acteurs régionaux experts s'attacheront à construire un plan d'actions partenarial et à suivre sa mise en œuvre, son financement et son évaluation.

## RÉGION

# PRS 2 : suivi et évaluation

*L'évaluation du PRS sera réalisée au bout de cinq années pour le SRS et le PRAPS, en cohérence avec les objectifs stratégiques du COS.*

Le projet régional de santé de deuxième génération (PRS 2) se compose :

- d'un cadre d'orientation stratégique (COS), d'une durée de 10 ans ;
- d'un schéma régional de santé (SRS), d'une durée de 5 ans ;
- du PRAPS, d'une durée de cinq ans.

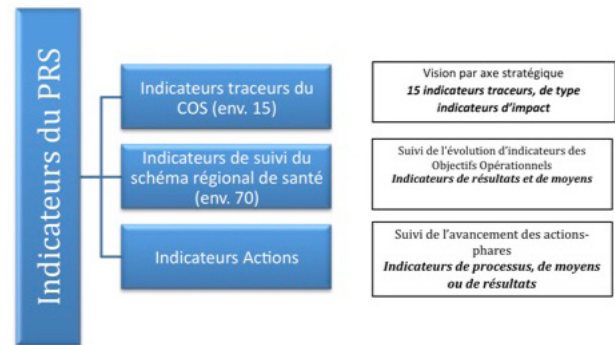
Chacun de ces documents devra faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation, à l'exception du COS qui, compte tenu de son caractère stratégique, sera uniquement évalué.

L'évaluation est l'opération ponctuelle qui consiste à formuler un jugement sur les modalités ou les résultats de la mise en œuvre du PRS, sur la base du recueil et de l'analyse des informations quantitatives et qualitatives qui auront été collectées tout au long de la mise en œuvre du PRS. Elle renseigne ainsi sur la qualité et l'efficacité de l'intervention de l'ARS dans le cadre du PRS, dans le but d'améliorer cette intervention et, le cas échéant, de réorienter l'action de l'ARS.

Le suivi est une composante de l'évaluation. Il permet d'évaluer périodiquement le degré de déploiement ou d'avancement d'actions et de décrire les écarts entre la situation constatée et la cible fixée. Il doit également aider à la décision et réorienter, le cas échéant, le PRS en cours. Enfin, il a pour objectif d'apporter de la visibilité sur les résultats du PRS auprès des différents partenaires et instances, voire auprès du public. Le suivi repose sur des indicateurs de différentes natures (moyens, activité, résultats, impact).

L'indicateur produit une information synthétique quantifiée permettant d'apprécier les divers aspects d'un projet, d'un programme ou d'une stratégie de développement. On distingue en général :

- les indicateurs d'environnement qui renseignent sur l'état des lieux avant le lancement du projet ;
- les indicateurs de moyens ou de processus qui informent sur la mobilisation de ressources humaines, financières ou organisationnelles et permettent ainsi d'obtenir une évaluation des résultats intermédiaires (nombre de personnes concernées par, nombre d'actions de formations menées, etc.) ;



- les indicateurs de résultat et d'impact qui renseignent quant à eux sur les effets d'une action menée.

Les indicateurs utilisés à l'appui du suivi du SRS sont de différents types :

- les indicateurs traceurs du COS suivent les avancées du COS et sont majoritairement des indicateurs d'impact. Ils sont d'un nombre volontairement restreint (environ quinze) afin d'avoir un message clair vis-à-vis de l'extérieur, sur l'atteinte des objectifs du COS. Une attention est portée à la cohérence avec les indicateurs de la politique nationale (Ma santé 2022, Cpom ARS...);

- les indicateurs liés aux objectifs opérationnels, ces indicateurs sont soit des indicateurs de résultats, soit des indicateurs de moyens (en fonction de la maturité de l'action menée). Ils permettront d'apporter de la visibilité aux actions menées par l'ARS vis-à-vis de l'extérieur et devront être renseignés chaque année par les pilotes ;

- les indicateurs opérationnels au niveau des actions du PRS : associés prioritairement aux « actions-phares », ces indicateurs ont vocation à donner un retour régulier sur leur réalisation, qui sont au nombre de cinq par plan d'action. Ceci doit permettre d'effectuer un retour à brève échéance sur les premières actions menées dans le cadre du PRS.

Un effort particulier est porté sur la recherche, autant que possible, d'indicateurs de résultats et d'impacts afin d'être en mesure de produire un suivi objectif et mesurable du PRS. De même, il a été conseillé aux pilotes des plans d'action d'utiliser au maximum des indicateurs nationaux ou déjà utilisés dans d'autres documents contractuels de l'ARS (Cpom, plan d'égal accès aux soins, plan Ondam, STSS), afin de ne pas multiplier les *reportings* et pour s'appuyer sur des indicateurs validés au plan national.

Le suivi se déclinera aussi dans chaque territoire de démocratie sanitaire. En effet, dans le cadre de la territorialisation des plans d'action qui doit permettre de traiter les enjeux prioritaires identifiés par chaque CTS, un suivi *ad hoc*, au moyen d'indicateurs territoriaux, sera également mis en place dans la mesure du possible.

Constance Favereau  
ARS Hauts-de-France

Dans l'académie de Lille les terrains de service sanitaire ont été localisés dans l'agglomération lilloise ou à proximité des Ifsi (littoral par exemple).

Dans l'académie d'Amiens, ils ont été répartis de façon homogène sur l'ensemble du territoire (cf. carte).



Le service sanitaire est un engagement du président de la République en réponse aux inégalités sociales et territoriales de santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Il complète les actions déjà menées sur le terrain par les différents acteurs.

## Le service sanitaire en Hauts-de-France

*Mis en place à la rentrée universitaire 2018-2019, le service sanitaire a été déployé de manière différente dans les deux académies de la région.*

Issue de la volonté présidentielle, le service sanitaire s'adresse aux étudiants de filières médicale et paramédicales (soins infirmiers, masso-kinésithérapie, maïeutique, médecine, pharmacie et odontologie) afin qu'ils puissent pendant un temps donné mettre en place des actions de prévention dans différents milieux. Dès le premier semestre 2018, sous l'égide de l'ARS Hauts-de-France et des deux académies de la région, le comité régional stratégique du service sanitaire (CRSSS) a rassemblé les parties prenantes afin de dessiner le périmètre du service sanitaire dans la région. D'autres filières de formation en santé devraient être mobilisées par la suite.

Dans l'académie d'Amiens, une cellule académique opérationnelle comprenant l'ensemble des acteurs a été constituée autour d'une démarche concertée entre le rectorat, l'université de Picardie Jules Verne, les UFR de médecine et pharmacie, les onze Ifsi et l'Ireps de Picardie.

Dans l'académie de Lille, plusieurs dispositifs ont coexisté : université catholique de Lille et Ifsi santé de Lomme ; UFR de médecine, pharmacie, écoles d'odontologie et maïeutique et institut de formation masseurs-kiné de Loos ; Ifsi de Boulogne-sur-Mer, Berck-sur-Mer et Saint-Omer et institut de formation de masseurs-kinés de Berck-sur-Mer ; ainsi que l'inscription dans le service sanitaire de plusieurs Ifsi mais de manière isolée.

Le rôle du CRSSS a aussi été de délimiter les thématiques du service sanitaire pour l'ensemble de la région, d'identifier les publics auprès desquels les actions allaient être menées et de faciliter la mise en œuvre de l'interdisciplinarité, pierre angulaire du service sanitaire. En majorité, les étudiants ont pu mener leurs actions par groupe de cinq, avec un taux d'interdisciplinarité de 87 % pour l'académie d'Amiens. Le dispositif régional de soutien (DRS) aux interventions et politiques de santé, piloté par l'Ireps de Picardie et le Coreps Nord - Pas-de-Calais, l'université de Lille pour le Nord, et SimuSanté pour l'ex-Picardie, ont animé des formations en présentiel ou produit des modules d'e-learning autour des thématiques prioritaires nationales du service sanitaire : alimentation tout au long de la vie, activités physiques, addictions, santé sexuelle. Des thématiques prioritaires locales ont été ajoutées : hygiène bucco-dentaire, santé mentale, école du dos, vaccination, gestes qui sauvent, les 1 000 jours et l'hôpital des nounours.

Plus de 2 500 étudiants ont participé à cette première version du service sanitaire : 1 356 pour l'académie d'Amiens, et 1 248 pour celle de Lille (hors comptabilisation des étudiants des Ifsi du Nord et du Pas-de-Calais). D'une manière générale, les étudiants ont suivi dans leur très grande majorité les modules de formation en présentiel. Ils se

sont aussi investis notablement sur les quelque huit-cent-trente terrains de service sanitaire, dont plus de 90 % se sont déroulés en établissements scolaires, de la maternelle jusqu'au lycée et à l'université. D'autres terrains de service sanitaire ont été pourvus comme des établissements médico-sociaux ou de santé, maison d'arrêt d'Amiens protection maternelle et infantile, entreprises...

Le dispositif est en cours d'évaluation afin de l'améliorer et de mieux répondre aux attentes des étudiants et au besoins des terrains de service sanitaire. Il sera reconduit dans des conditions similaires pour l'année universitaire 2019-2020.



## Les groupes de travail de la Plateforme



Les données fournies par le niveau national ne permettent pas souvent une finesse d'étude et n'ont que rarement la réactivité nécessaire liée à la définition rapide des champs d'action. Cependant, le déploiement en région des politiques sanitaires et sociales se fait sur des populations ciblées et à des échelles variées et de plus en plus fines : de l'accompagnement des jeunes sortant des dispositifs de l'aide sociale à l'enfance aux sans-domicile fixe, des zones de revitalisation rurale jusqu'aux quartiers de la politique de la ville, soit autant de modulations de champs d'action sur les populations et les territoires qu'il faut alimenter en connaissances (données et indicateurs) pour le diagnostic, le suivi et l'évaluation.

Le travail de la *Plateforme sanitaire et sociale* Hauts-de-France n'est alors pas uniquement de mettre à disposition des indicateurs sur les thématiques de la santé, du social et du médico-social. Il est aussi de réfléchir à ce qu'induisent les indicateurs et d'intégrer de nouvelles données afin d'affiner toujours plus la connaissance.

Le Comité de pilotage de la *Plateforme* a ainsi pris l'initiative de créer plusieurs groupes thématiques de travail pour alimenter cette réflexion. *Minima* sociaux, indicateurs composites font partie de ces premiers groupes thématiques. La connaissance des inégalités sociales et territoriales de santé est au cœur de leur préoccupation, comme par exemple celle de faire évoluer l'indicateur de développement humain (IDH) ou le calcul des distances et temps d'accès aux offreurs de soins. D'autres groupes travaillent sur le logement et l'hébergement, notamment sur la question du sans-abrisme, ou sur les jeunes.

Enfin, un groupe aura pour thème central l'*open data* et s'attachera à ce que les données publiées soient cohérentes entre elles et avec celles diffusées par les partenaires de la *Plateforme*.

Une réflexion particulière sera aussi menée dans le courant de l'automne sur la construction d'indicateurs pouvant rendre compte de l'activité des établissements et services médico-sociaux (cf. encadré ci-contre).

Ces groupes de travail sont une des modalités de fonctionnement de la *Plateforme*. Leur nombre et thématiques ne sont pas arrêtés en ce que leur mise en œuvre répond aux besoins et attentes des partenaires du dispositif.

### Le médico-social

Lorsqu'elles existent, les données sur les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées dépendantes restent somme toute partielles. Les maisons départementales des personnes handicapées, les agences régionales de santé, les conseils départementaux ou encore la Caisse nationale de la santé et de l'autonomie (CNSA) œuvrent à la compilation de données d'activité des établissements et service et à la connaissances des publics. Mais, à l'inverse des secteurs de la santé ou du social, les données issues du secteur médico-social sont moins homogènes et surtout moins disponibles ou accessibles. Il n'existe pas, pour ne prendre qu'un exemple, de recensement exhaustif des personnes en situation de handicap, ni en général, ni par type de handicap, et encore moins localisées par territoires fins. La CNSA tente avec peu de succès jusqu'à présent de fusionner les différents registres existants ou de les rendre interopérables. Pour évaluer la situation régionale, un groupe de travail réunissant dans un premier temps l'ARS et les conseils départementaux va être créé à l'automne 2019. Il pourra s'ouvrir par la suite aux représentants des acteurs médico-sociaux.

## Minima sociaux

*Les partenaires de la Plateforme sanitaire et sociale ont acté la nécessité de constituer un groupe de travail pour tirer et articuler le maximum d'informations issues des données statistiques et administratives produites sur les minima sociaux.*

La redistribution participe fortement à limiter l'intensité de la pauvreté, mais ses nombreux outils n'ont pas tous comme objectif direct la réduction des inégalités sociales.

Le champ du groupe de travail a donc été bordé autour des allocations et revenus traditionnellement classés sous la notion de « minima sociaux », dont les principaux sont le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et l'allocation de solidarité spécifique (ASS).

Dans le cadre d'une démarche progressive, le choix a été fait de débiter les travaux en se focalisant sur le RSA, dispositif le plus important en volume de bénéficiaires.

Une mise à niveau collective sur le dispositif a permis aux instructeurs, liquidateurs et utilisateurs des données, membres du groupe, d'ajuster leur niveau de connaissance... Bien que nationales, les règles d'éligibilité sont à la main de présidents des conseils départementaux, qui peuvent

ajouter des critères d'opportunité : populations hors cadre, étudiants, indépendants peuvent ainsi bénéficier du RSA. Ce qui a pour conséquence sous-jacente de ne pas rendre exactement comparables les populations bénéficiant du dispositif des départements selon ces politiques dérogatoires. Le groupe devra prendre en compte cette particularité pour manipuler en toute connaissance de cause les données.

En tant qu'instructeur des dossiers, les conseils départementaux détiennent de la donnée dite « administrative ». L'intérêt de mobiliser ces informations permettrait de créer des indicateurs sur le suivi qualitatif des allocataires. Seulement les applicatifs peuvent varier d'un département à un autre. De même, du côté des liquidateurs (Caf et MSA), les systèmes d'information n'ont pas encore totalement convergés. Le groupe de travail devra donc réaliser un travail d'expertise de chacun des systèmes pour pouvoir consolider les données au niveau régional.

Le groupe de travail s'est donc fixé comme feuille de route de disposer d'un document présentant toutes les subtilités du dispositif, mais aussi de pouvoir comparer les bases de données pour dégager un socle commun régional ; de pouvoir expertiser les apports, forces et lacunes de chaque information. Il se fixe aussi comme objectifs d'évaluer l'impact des politiques dérogatoires différentes d'un conseil départemental à l'autre sur la comparabilité entre départements, de réaliser un recensement des indicateurs existant et ceux souhaités par le groupe et de prioriser l'établissement des indicateurs en fonction de leur apport et de leur mise en œuvre.

Christophe Trouillard  
DRJSCS

## Le club de l'observation et des observatoires

*Les observatoires des champs de la santé et du social sont pléthores en région. Le Club de l'observation se donne pour mandat d'animer un réseau les rassemblant.*

La Plateforme s'est donnée comme objectif de rassembler les « observatoires » existant en Hauts-de-France au sein d'un réseau qu'elle animerait. Un premier recensement mené par l'OR2S fait état d'une cinquantaine d'observatoires travaillant dans la région. Les « observatoires » ainsi repérés sont cependant de natures diverses et variées. Si quelques-uns sont dotés de la personnalité juridique et font de l'observation leur activité centrale, d'autres sont

# Indicateurs composites

*Un indicateur synthétique résume, en apportant une vision simplifiée de la réalité, l'information contenue dans une série d'indicateurs.*

L'intérêt des indicateurs synthétiques apparaît lorsqu'il s'agit de rendre compte de phénomènes qui revêtent un caractère multidimensionnel comme par exemple l'état socio-sanitaire d'un territoire. Leur construction effective à l'échelle des territoires peut relever de différents procédés. La première méthode, dite *top-down*, consiste à profiter de réflexions nationales ou internationales qui ont donné lieu à la création d'indicateurs synthétiques reconnus et à les décliner à des échelles locales (parmi les précurseurs : Townsend, Carstairs...). On peut notamment citer ceux de la région Hauts-de-France s'appuyant sur des indicateurs développés par le programme des Nations Unies

pour le développement (Pnud) : l'IDH-2 et l'IDH-4 qui constituent des déclinaisons de l'indicateur de développement humain (IDH) à des échelles infranationales. D'autres méthodes privilégient les besoins et les spécificités des territoires par des méthodes participatives permettant à des élus, citoyens ou experts de définir les dimensions à retenir dans l'indicateur ou l'importance relative de chaque dimension. Elles permettent ainsi une prise en compte par l'indicateur de l'ensemble des dimensions jugées importantes en lien avec les acteurs du territoire. L'Indicateur de santé sociale des régions françaises a été l'une des toutes premières expérimentations d'une démarche participative pour élaborer de tels indicateurs.

Les réflexions du groupe de travail se situent à l'articulation de ces démarches avec pour objectif la construction d'un indicateur des dynamiques socio-sanitaires observées dans les territoires des Hauts-de-France en intégrant plusieurs thématiques : pathologies, mortalité évitable, non recours

aux soins, santé/travail, santé/environnement...

Dans la mesure du possible, l'indicateur synthétique devra être déclinable à plusieurs échelles géographiques afin d'en faciliter les usages et son appropriation par différents acteurs. Outre la mesure des évolutions temporelles, il devra permettre de positionner les territoires locaux par rapport à d'autres territoires français. Sa construction reposera sur les principes suivants :

- agrégation de données ;
- non redondance ;
- disponibilité dans le temps et l'espace ;
- données mobilisables régulièrement dans le temps (comparaisons dans le temps et l'espace).
- nombre d'indicateurs agrégés en général limité.

Le groupe de travail consacré à cet indicateur synthétique se réunira dès septembre 2019.

Grégory Marlier  
Région Hauts-de-France

plutôt des dispositifs intégrés, par exemple, à des structures, directions ou services administratifs de l'État, des collectivités locales ou de l'Assurance maladie. Quelques-uns sont des unités de recherche adossées par exemple à une université ou à l'Inserm. Au delà de la constitution du Club et de l'animation du réseau, l'objectif est de construire un espace de dialogue technique dont la première pierre sera de connaître le périmètre d'intervention tant thématique que géographique de chacun de ces observatoires. Sur ces bases pourraient être réfléchies des pistes de collaboration à créer ou à affermir entre tous. Ainsi, les échanges porteront non seulement sur les résultats, mais sur les méthodologies d'observation de terrain. Il en sera de même pour les techniques statistiques utilisées, comme le floutage ou le lissage des données. Cela pourrait permettre

une réelle mutualisation entre les observatoires et la constitution d'une réflexion régionale au service des politiques publiques.

Ce travail collaboratif permettra en outre d'essayer de répondre aux enjeux complexes des relations entre la santé et le social jusqu'à l'aménagement du territoire tout en améliorant la territorialisation des indicateurs.

Afin d'éviter toute redondance, une articulation est nécessaire avec d'autres dispositifs comme Piver ou Géo2France élaborés par l'État ou la région et les collectivités locales.

# Les autres groupes de travail

*D'autres groupes vont se mettre au travail progressivement dans les mois à venir pour nourrir la réflexion et compléter la palette d'indicateurs de la Plateforme.*

## Le logement et l'hébergement

Le logement et l'hébergement, dont l'hébergement d'urgence sont des politiques centrales si ce n'est cruciales dans la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales. La prise en compte du sans-abrisme en est l'un des volets les plus importants. Sa connaissance est assez faible en région alors qu'il est nécessaire de pouvoir centraliser des informations complexes pour mener à bien des politiques publiques d'envergure. La Métropole européenne de Lille a ainsi construit un observatoire du sans-abrisme dont la méthodologie pourrait être transférée au niveau régional.



## L'open data

Politique devenue mondiale de la part des administrations publiques mais aussi des organisations privées, l'*open data* - ou données ouvertes - offre ainsi à tout un chacun la possibilité d'accéder aux bases de données mises en libre accès. Dans certaines conditions toutefois. Ainsi, les données du monde de la santé, voire du social ou du médico-social, sont très souvent sensibles quand elles ne sont pas à caractère personnel. La prudence est de faire en sorte que ces données ne soient pas réidentifiables. Les bonnes pratiques sur le secret statistique sont donc de mise, comme celle du floutage des données qui substitue aux informations réelles des informations « floutées » lorsque les chiffres sont trop petits et le risque de réidentification existant. D'un autre côté, afin de ne pas perdre l'internaute dans une disparité de chiffres censés approcher la même réalité, une concertation entre les partenaires est indispensable pour les harmoniser.



## Les jeunes

La DRJSCS, l'Insee, la région, l'OR2S et leurs partenaires pilotent différentes études sur les jeunes, tandis que l'ARS a inscrit la création d'un observatoire de la jeunesse dans le projet régional de santé 2018-2028. Dans le droit fil de ces contributions, un groupe de travail de la *Plateforme* sera constitué en 2020. Il aura pour objectifs de réaliser une étude comparée des résultats de ces différentes études afin de déterminer de nouveaux axes de travail.





## LUS POUR VOUS



### Plan cancer 2014-2020

À un an de l'échéance du 5<sup>e</sup> plan national cancer, l'Inca livre son état d'avancement dans ce cinquième rapport. Sur les 1 381 jalons répartis en dix-sept objectifs, 70 % sont définitivement acquis, soit un peu plus de mille. Plus de cent cinquante accusent cependant un retard de plus de neuf mois, soit pour des raisons conjoncturelles, soit pour des blocages de différentes natures, comme un retard dans le calendrier législatif.

Si le rapport détaille ainsi l'ensemble des objectifs, il met aussi en exergue que 41 % des cancers pourraient être évités par des modifications comportementales.

5<sup>e</sup> rapport au Président de la République, Inca, avril 2019



### L'écologie des MSP

Le *Journal de gestion et d'économie de la santé* publie un dossier sur les maisons de santé pluriprofessionnelles et leur impact sur l'organisation du système de soins de premier recours, comme éléments structurants des politiques sanitaires. Pour répondre à cela, les auteurs analysent la gouvernance et l'écologie des maisons de santé. Ils analysent aussi les différentes parties prenantes et les enjeux de coordination que nécessitent les MSP à partir d'enquêtes empiriques autour de deux axes : celui de la dynamique des groupes professionnels et celui de l'analyse de l'action des politiques publiques de santé.

François-Xavier Schweyer et Nadège Vezinat, Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux, *Journal de gestion de l'économie en santé*, 2019/1 (1)



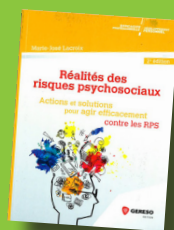
### Une aide santé déficiente

Contrairement aux idées reçues, le Défenseur des droits révoque l'idée que le système de santé français favoriserait l'immigration. En revanche, il pointe une prise en charge sanitaire plutôt déficiente et préconise l'adoption de mesures visant à garantir l'accès à l'Assurance maladie des étrangers, y compris en fusionnant l'Assurance maladie et l'Aide médicale de l'État (AME) la possibilité de solliciter une aide au séjour pour soins, l'ouverture d'une voie de recours contre les avis médicaux rendus par les services de l'immigration et la présence médicale et infirmière au sein des centres de rétention.

Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer, Défenseur des droits, mai 2019

## À LIRE

### Réalités des risques psychosociaux



Dangereux pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels, les risques psychosociaux sont décrits par Marie-Josée Lacroix à l'aide d'exemples tout aussi réels que forts. Sont convoqués ici les violences internes et externes, le manque de reconnaissance, le stress amenant de la dépression au suicide.

La seconde partie est composée d'une quinzaine d'entretiens de salariés ayant eu à faire face à des risques sociaux, soit comme victimes, soit comme responsables, formateurs ou encore syndicalistes.

Au-delà de l'exposition de risques psychosociaux, cette seconde partie présente des explications d'experts en la matière afin de mieux contrôler les dangers réels encourus et présenter des actions concrètes à mettre en place par les managers ou les responsables des ressources humaines ainsi que les salariés.

Réalité des risques psychosociaux. Actions et solutions pour agir efficacement contre les RPS, Marie-Josée Lacroix, Geresco édition, 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

# Le G7 et la santé

*Réunis à Paris en mai dernier, les ministres de la santé des sept pays les plus riches se sont engagés à faire progresser l'accès à la santé pour tous.*

Les membres du G7 se sont engagés à renforcer les soins de santé primaires à toutes les étapes de la vie en matière de prévention, de dépistage et de soins. Ils se sont également accordés autour de la lutte contre les inégalités entre les femmes et les hommes, en particulier en matière d'accès aux soins dans le monde et de représentation des femmes dans les instances décisionnelles du secteur de la santé. Ils se sont encore engagés à poursuivre leur mobilisation pour la sixième Conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial (Lyon 9-10 octobre 2019) pour lever quelque 14 milliards de dollars pour éliminer sida, tuberculose et paludisme d'ici 2030, conformément aux objectifs du développement durable.

Sous l'impulsion du G7, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Fonds mondial, GAVI l'Alliance du Vaccin, et la Banque mondiale ont signé le 17 mai une lettre d'engagement affichant leur intention de collaborer en matière de soins de santé primaires. Elles remettront d'ici fin 2019, un rapport sur les modalités de mise en place d'une plateforme collaborative de partage de connaissances entre les membres du G7.

Cette plateforme devrait permettre de développer le partage de connaissances et d'expertises sur les soins de santé primaires entre les pays du G7 et entre pays du G7 et les pays à faible et moyen revenus. Elle devrait aussi favoriser l'innovation en matière de renforcement de soins de santé primaires en s'appuyant également sur la société civile (chercheurs, professionnels, patients, ONG, secteur privé...)



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



*« Cette déclaration pose les jalons d'une coopération renforcée en faveur d'un accès à la santé pour tous. Nous maintiendrons nos efforts dans les prochains mois (...) pour que la santé demeure un sujet prioritaire et fondamental à l'agenda international » Agnès Buzyn*



Téléchargez  
le rapport

La prévalence des maladies chroniques est très liée au vieillissement de la population.  
La prévention doit être collective, globale et appropriée par tous les ministères et collectivités territoriales.

## NATIONAL

# Maladies chroniques

*Le Conseil économique, social et environnemental a adopté le 11 juin un avis sur les maladies chroniques.*

À l'unanimité, le Conseil économique, social et environnemental (Cese) a voté l'avis sur les maladies chroniques. Fort de vingt préconisations, l'avis du Cese se décompose en trois grands axes : agir sur les causes et les connaissances, améliorer la pertinence des soins et la fluidité des parcours, vivre avec la maladie, et autonomie et participation.

Le premier axe rappelle la responsabilité sociétale, et non uniquement individuelle, face à la forte croissance des maladies chroniques. Il place la prévention collective et individuelle comme un levier majeur d'action. Le deuxième axe met en exergue le partage de l'information comme la clé d'une prise en charge efficiente et regrette le « trop lent » déploiement du dossier médical partagé. Enfin, le troisième et dernier axe insiste pour que soit tenu compte de l'appréciation qu'a le patient de sa situation et demande que soient levés les obstacles existants à la mise en œuvre de la démocratie sanitaire et à l'éducation thérapeutique du patient.

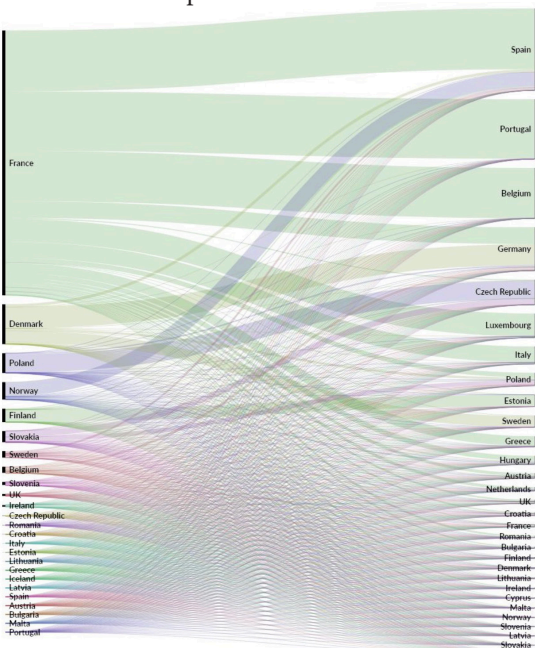


[Lire la suite sur pf2s.fr](#)



Téléchargez le rapport

Mobilité des patients non soumise à autorisation préalable en Europe au cours de la période 2015-2017



## eHDSI...

L'eHDSI (infrastructure de services numériques dans le domaine de la santé en ligne) est une solution permettant l'échange transfrontalier de données relatives à la santé entre les États membres. Elle a pour objectif de permettre aux patients d'accéder à leurs données au sein de l'Union européenne, ce qui demande que les systèmes nationaux de santé en ligne soient implantés et fonctionnels. Elle est opérationnelle depuis le 21 janvier 2019.

## Soins transfrontaliers

[Tous les thèmes](#) | [Vue d'ensemble](#)

### Vue d'ensemble

Les citoyens de l'UE ont le droit de bénéficier de soins de santé dans n'importe quel pays de l'UE et d'être remboursés par leur pays d'origine pour des soins dispensés à l'étranger.

La directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers énonce les conditions dans lesquelles un patient peut voyager dans un autre pays de l'UE pour y recevoir des soins et obtenir un remboursement. Elle couvre les coûts des soins de santé, les prescriptions, la fourniture de médicaments et les dispositifs médicaux.

→ **Principaux éléments**

Les systèmes et politiques de santé étant de plus en plus interconnectés, la directive facilite l'accès:

- aux informations sur les soins de santé disponibles dans d'autres pays européens;
- aux soins de substitution et/ou aux traitements spécialisés disponibles à l'étranger.

Les dispositions de la directive établissent un juste équilibre entre le maintien de la viabilité des systèmes de santé et la protection du droit des patients à se faire soigner en dehors de l'Etat membre où ils vivent.

La directive:

- crée un réseau de **points de contact nationaux** chargés de fournir des informations claires et précises sur les soins de santé transfrontaliers;
- établit des règles européennes relatives à une liste minimale d'éléments devant figurer sur une prescription médicale emmenée d'un pays de l'UE à un autre (prescription transfrontalière);
- encourage la poursuite du développement des réseaux européens de référence en matière d'expertise médicale, ce qui étendra la coopération entre les pays de l'UE et sera bénéfique pour les évaluations des technologies de la santé et la santé en ligne.

**CROSS-BORDER HEALTHCARE**

49% of EU nationals   
 17% of EU nationals   
 10%

State of Health in the EU

BREXIT Notices

Bulletin d'information Thu, 06/06/2019

es en matière de santé doivent se poursuivre

Dernières mises à jour

Member State Data on cross-border healthcare – Year 2017  
Publié 12 Avril 2019

NCP Toolbox: Glossary, Checklists, FAQs and Manual for Patients  
Publié 21 Mars 2019

Suivez-nous sur Twitter

En savoir plus

50 % de la mobilité des patients peut s'expliquer par des questions de proximité, voire également par des collaborations entre cliniciens des régions frontalières, une partie très significative peut également refléter le désir des patients de recevoir des soins de santé dans un lieu de leur choix.

## EUROPE

# Soins de santé transfrontaliers

*La Cour des comptes européenne publie un rapport d'audit sur les soins transfrontaliers.*

Encadrés depuis 2011 (Directive 2011/24/UE), les soins de santé transfrontaliers, visent à garantir le droit des patients de l'Union européenne à recourir à des soins de santé sûrs et de qualité élevée dans un autre pays de l'Union que le leur. Chaque année, environ 200 000 patients, soit moins de 0,05 % des citoyens européens, utilisent les systèmes mis en place au titre de la directive pour bénéficier d'un traitement médical à l'étranger, tandis que deux millions de remboursements sont effectués. Lorsqu'ils se sont rendus à l'étranger pour y recevoir un traitement, la plupart des patients ont privilégié les États membres voisins. Ces dernières années, la France a enregistré le nombre le plus élevé de patients sortants (146 000), l'Espagne, le Portugal et la Belgique le plus grand nombre de patients entrants. L'union européenne a financé plus de quatre cents projets de coopération transfrontalière en matière de santé.

De leur côté, les vingt-quatre réseaux européens de référence pour les maladies rares ont mené avec succès près de cinq cents consultations virtuelles, cependant que leur viabilité économique à court terme ne semble pas assurée.

Le rapport conclut que si les actions menées par l'Union européenne ont renforcé la coopération entre les États membres, l'impact sur les patients est plus que limité. Les auteurs recommandent trois actions :

- renforcer le soutien aux points de contact nationaux, notamment par la diffusion d'informations et l'utilisation de la boîte à outils mise à disposition ;
- améliorer la préparation aux échanges transfrontaliers de données de santé, notamment pour les ordonnances électroniques par l'intermédiaire de l'eHDSI (cf. encadré) ;
- améliorer le soutien destiné à faciliter l'accès aux soins des patients atteints de maladies rares.

## AGENDA

### 7 novembre 2019 Mouscron

4<sup>e</sup> Forum santé transfrontalier :  
les 20 ans d'existence de  
l'Observatoire transfrontalier de la  
santé

Organisation : OFBS  
Programme : à venir

*Inscrivez-vous ici  
sur [pf2s.fr](http://pf2s.fr)*

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

### 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

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  
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](mailto:info@or2s.fr) site : [www.or2s.fr](http://www.or2s.fr) / [www.pf2s.fr](http://www.pf2s.fr), courriel : [plateforme@or2s.fr](mailto:plateforme@or2s.fr)  
Directrice de publication : D<sup>r</sup> 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 : en cours

