Octobre 2026 | 27

Plateforme sanitaire et sociale HAUTS-DE-FRANCE



SOMMAIRE

CRSA, mandature 2026-2031 2

2e feuille de route cancer régionale 2026-2030 2

Faire des Hauts-de-France un territoire pionnier de l'IA en santé 3

Édition 2024 du Baromètre de Santé publique France : éclairage régional sur les enjeux de santé en Hauts-de-France 4

Focus

Canicule

Chaleur extrême, santé et travail : un enjeu croissant de santé publique 5

Fortes chaleurs au travail : anticiper pour s'adapter 6

Logement et canicule, les interrogations des Français 6

Gestion de la canicule : protéger sa santé et accompagner les personnes vulnérables 7

Focus sur les Hauts-de-France : la mortalité associée à la canicule – été 2026 8

Lus pour vous/ À consulter 9

Comptes de la santé 10

Espace européen des données de santé (EEDS) : « *work in progress* » 11

Agenda 12

RÉGION

CRSA, mandature 2026-2031

La Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) est une instance consultative composée de plusieurs collèges représentatifs du système de santé : représentants des usagers, des établissements de santé et médico-sociaux, des collectivités, des conseils territoriaux de santé, des acteurs de la cohésion et de la protection sociales, de la prévention et de l'éducation pour la santé, des partenaires sociaux, ainsi que des personnalités qualifiées.

La CRSA constitue une instance majeure de la démocratie en santé. Elle rend des avis et formule des propositions auprès de l'ARS sur la politique de santé régionale. Elle constitue un espace de débat et de proposition sur les besoins de santé de la région, ainsi que sur les actions à engager pour améliorer l'état de santé de la population et renforcer l'efficacité du système de santé.

Elle est composée de 103 membres et organise ses travaux au sein de plusieurs formations :

- L'**Assemblée plénière** réunit l'ensemble des membres au minimum une fois par an. C'est notamment en son sein que sont rendus les avis de la CRSA ;
- La **Commission permanente** réunit le président, les présidents des quatre commissions et quinze membres permanents élus par la CRSA ;
- **Quatre commissions spécialisées** : prévention, organisation des soins, prises en charge et accompagnements médico-sociaux, droits des usagers du système de santé.



Martine Lefebvre-Ivan réélue présidente de la CRSA

Les nouveaux membres de la CRSA ont été désignés pour la période 2026-2031. Ils se sont réunis le 13 octobre dernier en séance d'installation. Martine Lefebvre-Ivan a été réélue présidente de la conférence.

RÉGION

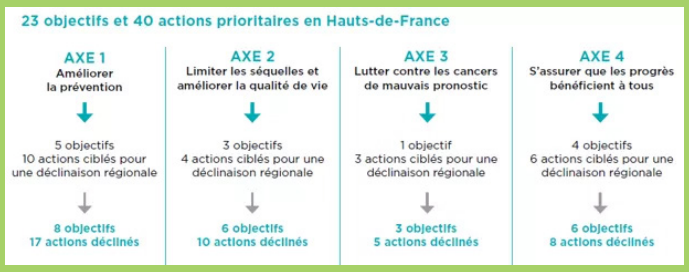
2e feuille de route cancer régionale 2026-2030

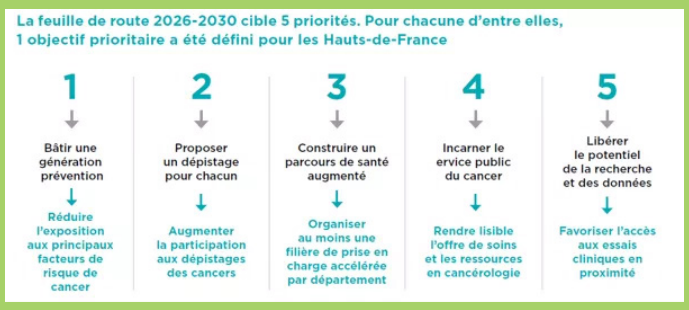
La lutte contre les cancers progresse dans les Hauts-de-France. Le bilan de la première feuille de route régionale portée par l'ARS met en évidence plusieurs avancées : recul du tabagisme, hausse des dépistages, meilleur accès aux soins de support et aux essais cliniques. Surtout, la mortalité par cancer diminue désormais plus rapidement dans la région qu'à l'échelle nationale.



Pour amplifier cette dynamique, l'Agence lance sa deuxième feuille de route 2026-2030 riche de quarante actions. Parmi les priorités : réduire l'exposition aux principaux facteurs de risque de cancer, développer le dépistage notamment du cancer du poumon et la détection précoce des cancers de la peau, réduire les délais d'accès au diagnostic et aux soins, mieux prendre en charge l'après-cancer, etc.

Pour la période 2026-2030, un socle commun de 13 objectifs et 23 actions à décliner prioritairement en région a été défini par l'INCa. Au regard de l'état des lieux et du bilan de la feuille de route 2021-2025, des enjeux régionaux et des priorités d'actions identifiés pour les Hauts-de-France, **la feuille de route 2026-2030 Hauts-de-France décline 23 objectifs et 40 actions** de la feuille de route nationale.





Faire des Hauts-de-France un territoire pionnier de l'IA en santé

Le 12 juin dernier s'est tenu en Hauts-de-France le Grand Sommet de l'IA, qui a réuni 1 500 participants et plus de 70 intervenants français et internationaux.
Cette dynamique s'est poursuivie pendant une semaine, avec près de 350 évènements dans toute la région.



https://ia-avecnous.fr/en-direct/



À cette occasion, la Région a lancé « L'IA avec Nous », une feuille de route ambitieuse qui entend faire de l'intelligence artificielle un levier de transformation globale du territoire. Cette stratégie se distingue par sa transversalité : elle irrigue toutes les politiques régionales jusqu'à la santé.

L'IA est un moyen essentiel pour prévenir, renforcer le diagnostic, optimiser l'organisation des soins et accroître l'attractivité du territoire. Elle est là pour améliorer la santé des habitants.
La région peut s'appuyer sur une filière déjà complète et structurée avec des CHU, universités, laboratoires de recherche, startups et entreprises du numérique qui travaillent déjà ensemble. Ce maillage dense offre un terrain idéal pour l'expérimentation, l'évaluation et le déploiement rapide de solutions d'IA en santé.
Dans ce contexte, la Région entend bâtir une stratégie d'IA en santé fondée sur un cadre responsable, souverain et piloté de manière transversale et s'appuyant sur un espace régional de concertation.

Le socle opérationnel de cette stratégie repose sur le lancement de dispositifs spécifiques, comme Tech'CARE pour soutenir les projets hospitalo-universitaires innovants, et Med'IA pour diffuser l'IA dans les établissements de santé. À ceux-ci s'ajoutent un Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) intitulé « *HealthIA - Smart Challenge* » qui vise à faire émerger et structurer une filière régionale dédiée à l'intelligence artificielle, avec des chercheurs et des entreprises entre autres.

BIENTÔT EN RÉGION

Le surpoids et l'obésité constituent un enjeu majeur de santé publique. Ils représentent des facteurs de risque importants pour de nombreuses maladies chroniques graves et ont également des répercussions sur la santé mentale, notamment à travers la stigmatisation et les troubles psychologiques qui peuvent y être associés.
D'après les enquêtes réalisées en population générale, fondées sur des données déclarées, de l'ordre d'un adulte sur deux est en surcharge pondérale (en surpoids ou obésité) et un sur cinq en situation d'obésité. Chez les enfants, d'après des données mesurées par les infirmiers de l'Éducation nationale des Hauts-de-France, près d'un élève sur vingt est en situation d'obésité en sixième et seconde générale ; ils sont un sur dix pour les élèves de seconde professionnelle. La prévention est primordiale pour faire évoluer ces chiffres. La journée du 24 novembre prochain est organisée autour des leviers de lutte contre le surpoids et l'obésité.


Assises régionales de la santé

Lutte contre le surpoids et l'obésité

24 novembre 2026 - Lille

Dans un contexte régional marqué par l'augmentation du surpoids et de l'obésité, derrière chaque parcours se construisent des habitudes de vie. Et si la prévention devenait un repère plutôt qu'un simple rappel ?

Anthony JOUVENEL
Vice-président en charge de la santé et des formations sanitaires et sociales

vous invite à participer aux

Assises régionales de lutte contre le surpoids et l'obésité :
Changer le regard, changer la trajectoire

Mardi 24 novembre 2026
De 9h15 à 15h00
(accueil dès 8h30)

Au Siège de Région
151, Avenue du Président Hoover à Lille

Édition 2024 du Baromètre de Santé publique France : éclairage régional sur les enjeux de santé en Hauts-de-France

Depuis plus de 30 ans, le Baromètre de Santé publique France est une enquête, unique en son genre, qui permet de mesurer et suivre les comportements, perceptions et opinions de santé des personnes vivant en France. Cette nouvelle édition du Baromètre de Santé publique France 2024 s'accompagne d'une analyse détaillée à l'échelle régionale. Cette mise en perspective permet d'aller au-delà des tendances nationales pour mieux comprendre les dynamiques propres au territoire et ainsi appuyer efficacement les acteurs locaux.

La région des Hauts-de-France suit globalement les tendances nationales, mais le Baromètre révèle des spécificités régionales marquées, aussi bien dans les comportements que dans les déterminants de santé. Parmi les dynamiques observées, la baisse du tabagisme constitue une avancée notable illustrant l'efficacité des actions de prévention et du soutien au sevrage. Si la population de la région est plutôt favorable à la vaccination et sensibilisée aux messages de prévention des risques notamment en lien avec le changement climatique, des défis subsistent en matière de santé mentale, de pathologies chroniques et d'activité physique, avec des disparités accentuées chez les femmes et dans les populations les moins favorisées. Ces inégalités se traduisent par une perception globale de la santé moins positive que dans les autres régions.

Un observatoire unique pour comprendre et agir sur les comportements de santé de la population

Avec 35 000 personnes interrogées, dont 2 500 en Hauts-de-France, cette enquête constitue un outil incontournable pour guider les politiques de prévention et d'information de la population.

Cette enquête, reconnue d'intérêt général et de qualité statistique, permet de disposer d'informations impossibles à recueillir par ailleurs : comportements individuels, opinions, connaissances, ou encore événements de santé qui ne sont pas collectés par les systèmes de surveillance existants. L'édition 2024 recueille des données sur **20 grands enjeux de santé publique (15 présentés pour 2025 et 5 en mars 2026)** : consommation de tabac et d'alcool, pratique d'activité physique, sommeil, adhésion à la vaccination, santé mentale…

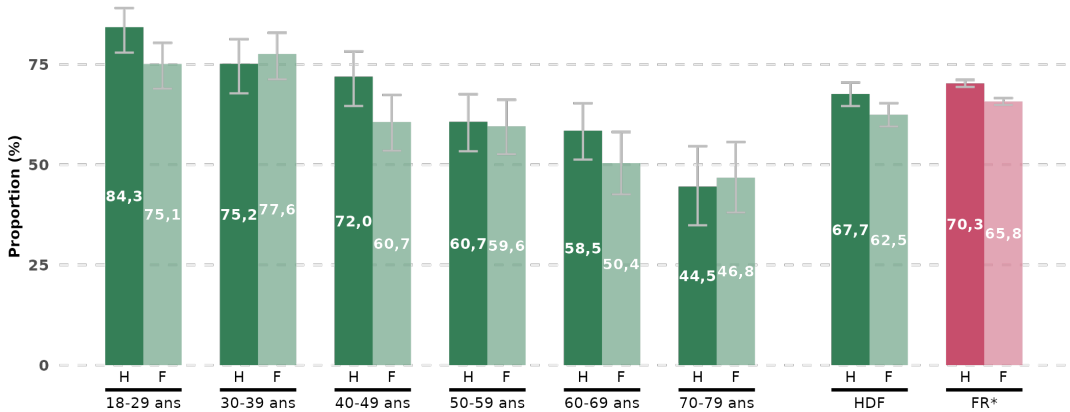
Désormais **actualisées tous les deux ans**, ces données révèlent les tendances sanitaires et sociales du moment et fournissent ainsi des informations nécessaires à l'élaboration et l'évaluation de politiques de santé publique.

Au-delà des indicateurs, le Baromètre de Santé publique France met en évidence l'influence des contextes de vie, des facteurs sociaux et des environnements locaux sur la santé des habitants. Il souligne également **le rôle déterminant de la prévention**, qu'il s'agisse de santé mentale, d'addictions, de comportements favorables à la santé ou d'adaptation aux effets du changement climatique.

Pour aller plus loin : résultats complets du Baromètre de Santé publique France 2024 pour la région Hauts-de-France.

Hélène Prouvost
Déléguée Régionale Hauts-de-France
Santé publique France

Proportion des adultes de 18-79 ans déclarant une santé perçue « très bonne » ou « bonne » par classe d'âge en Hauts-de-France (HdF), France (FR)*, 2024



* France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

FOCUS

Plateforme sanitaire et sociale HAUTS-DE-FRANCE

Chaleur extrême, santé et travail : un enjeu croissant de santé publique

Dès la fin du mois de mai, la France a été frappée par une vague de chaleur particulièrement précoce. Il s'agit de la première vigilance canicule déclenchée au mois de mai par Météo France. Depuis plusieurs mois déjà, les modèles climatiques projetaient que l'été 2026 serait marqué par de forts épisodes de canicule en France. Et il le fût puisque l'été 2026 est devenu l'été le plus chaud depuis 1900 avec une température moyenne sur 24h de 24,0 °C (+3,6 °C), devant les étés 2003 (+2,7 °C) et 2022 (+2,3 °C). Les températures maximales de l'été 2026 ont souvent atteint des valeurs inédites et affichent, en moyenne sur la saison, une anomalie de 4,8 °C (+3,3 °C en 2003).

Des populations inégalement exposées aux risques liés à la chaleur

Le changement climatique accroît la fréquence, l'intensité et la durée des épisodes de chaleur extrême, faisant de la chaleur un risque majeur tant pour la santé des populations que pour la sécurité et la capacité de travail. Le stress thermique constitue l'une des principales causes de décès liées aux conditions météorologiques et peut aggraver des pathologies préexistantes : maladies cardiovasculaires, diabète, asthme et troubles mentaux ; il peut aussi augmenter le risque d'accident et de transmission de certaines maladies infectieuses.

L'exposition à la chaleur n'a pas des effets uniformes : elle dépend de l'âge, de l'état de santé, des conditions de logement, de l'accès aux soins et de la situation socio-économique. Les personnes âgées, les enfants, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité ou vivant dans des logements mal adaptés sont particulièrement exposées.

Anticiper et prévenir les risques liés à la chaleur

Les effets de la chaleur sont évitables lorsqu'ils font l'objet d'une anticipation coordonnée entre acteurs de la santé, du social, du travail et des collectivités. Les priorités incluent l'identification des personnes et des travailleurs vulnérables, l'aménagement des horaires et des postes de travail, l'accès à l'eau et à des espaces rafraîchis, ainsi que la formation des équipes au repérage des signes de stress thermique. Dans une perspective de santé publique et de prévention en milieu professionnel, la protection face à la chaleur ne peut se limiter à une réponse d'urgence. Elle doit s'inscrire dans une stratégie durable d'adaptation, associant politiques de santé, conditions de travail, lutte contre la précarité énergétique et réduction des émissions de gaz à effet de serre.

Une directive de l'Europe

En 2023, la nouvelle Directive européenne sur l'efficacité énergétique a pour la première fois intégré la chaleur dans la définition de la précarité énergétique. Elle est définie comme : « *le manque d'accès aux services énergétiques essentiels qui assurent des niveaux de base et des niveaux décents de vie et de santé, notamment des systèmes adéquats de chauffage, d'eau chaude, de refroidissement, d'éclairage et d'alimentation des appareils en énergie, compte tenu du contexte national pertinent, de la politique sociale nationale existante et d'autres politiques nationales pertinentes, en raison d'une combinaison de facteurs, y compris, au moins, le caractère inabordable, un revenu disponible insuffisant, des dépenses énergétiques élevées et la faible efficacité énergétique des logements* ».*

En France, l'Observatoire national de la précarité énergétique (ONPE), dont la Fondation pour le Logement fait partie, travaille sur une définition de la précarité énergétique d'été, qui serait « *l'incapacité de maintenir le logement à une température adéquate pendant les mois les plus chauds en raison d'une combinaison de facteurs : bâtiment mal isolé, vulnérabilités socio-démographiques, aménagement de l'environnement urbain (phénomène d'îlots de chaleur), faible revenu et/ou absence d'équipement de rafraîchissement* ».

* Directive (UE) 2023/1791 du Parlement européen et du Conseil du 13 septembre 2023 relative à l'efficacité énergétique.



FOCUS

Fortes chaleurs au travail : anticiper pour s'adapter

Si les dangers pour les plus âgés sont intégrés, la chaleur tue aussi les travailleurs jusque dans les Hauts-de-France. Le décès à l'âge de 40 ans de Nicolas Stragier des suites d'un malaise sur un chantier paysager Lillois le 28 juin dernier a ancré cette nouvelle réalité dans les esprits de la région.

L'exposition professionnelle, un défi majeur

Tous les travailleurs peuvent être exposés à des températures élevées en extérieur comme en intérieur. Or, l'exposition prolongée à la chaleur, particulièrement lorsqu'elle est combinée à une forte humidité, peut entraîner de graves conséquences, allant de l'épuisement thermique au coup de chaleur, potentiellement mortel. L'impact de ces phénomènes s'observe déjà concrètement sur le terrain : la Caisse de congés intempéries BTP a ainsi recensé 5 126 arrêts pour forte chaleur lors de l'été 2025, contre 392 en 2024.

Une évaluation complexe, au-delà du seul thermomètre

Fixer une « température maximale » au travail est une démarche complexe. La tolérance à la chaleur dépend en effet d'une multitude de facteurs : l'humidité de l'air, sa vitesse de circulation, le rayonnement solaire, mais aussi l'intensité de la charge physique, les vêtements portés, ainsi que l'aptitude médicale et l'acclimatation du travailleur.
Pour appréhender ce risque, des indices combinant ces critères existent, à l'image du *Wet-bulb globe temperature*.

Un cadre réglementaire français récemment renforcé

Il n'existe pas à ce jour au niveau européen une réglementation fixant un seuil unique de température. En France, les pouvoirs publics ont fait le choix de renforcer la prévention et les mécanismes d'adaptation. Une étape majeure a été franchie avec le décret du 28 juin 2024, qui a officiellement intégré la canicule au régime du chômage intempérie, permettant de protéger les salariés tout en sécurisant les entreprises.
Le décret du 27 mai 2025 a donné une valeur réglementaire aux seuils de vigilance de Météo-France. Ce texte rappelle avec force une obligation fondamentale : tout employeur doit évaluer le risque "canicule" dans son Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).

La mobilisation de l'Inspection du travail

L'inspection du travail adopte chaque année, du 1er juin au 15 septembre, une organisation de son activité dite de veille saisonnière. Durant cette période, elle diffuse les messages de prévention, en utilisant l'ensemble des outils de communication, et canaux de diffusion : partenaires sociaux, préventeurs, chambres consulaires, chambres d'agriculture, ordres professionnels, employeurs, travailleurs, etc.
Les médecins inspecteurs du travail mobilisent les services de prévention et de santé au travail et les services de santé au travail en agriculture, afin qu'ils soient vigilants quant aux précautions à prendre par les employeurs à l'égard des salariés (mesures collectives et individuelles), et qu'ils rappellent l'obligation de l'employeur de déclarer tout accident du travail.
Les Dreets/Ddets organisent des contrôles d'entreprises ciblés sur les secteurs d'activités les plus concernés par les risques liés à la canicule et aux ambiances thermiques.
Lorsqu'un département passe en vigilance rouge, le Système de l'inspection du travail assiste le préfet de département dans la coordination de la réponse départementale en participant au Centre opérationnel départemental.

FOCUS

Logement et canicule, les interrogations des Français

L'institut de sondage Ipsos, répondant à la demande de l'association Qualitel, a mené une enquête sur les aléas climatiques auprès d'un échantillon de 3 680 personnes âgées de 18 ans et plus. Le recueil s'est déroulé entre le 10 avril et le 20 mai 2025 *via* un questionnaire auto-administré passé en ligne.

S'il ressort que, pour les Français, leur pays est exposé avant tout aux aléas climatiques liés à l'eau et au vent, notamment les inondations pluviale et fluviale déclarées par 75 % d'entre eux, les aléas climatiques liés à la chaleur ressortent ensuite. La canicule est ainsi mentionnée par 61 % des répondants, devançant les aléas climatiques liés au froid et, plus spécifiquement, les vagues de froid pour 27 % des Français.

Toutefois, la perception des Français peut s'avérer différente de ce à quoi ils ont dû faire face dans leur logement. Ils sont ainsi 86 % des Français à avoir été confrontés au moins une fois à un aléa climatique dans un de leurs logements au cours des dix dernières années, avec ou sans dégât matériel.

Gestion de la canicule : protéger sa santé et accompagner les personnes vulnérables

Le dispositif national de Météo-France comporte quatre niveaux de vigilance, qui déterminent le degré de mobilisation sanitaire et les mesures à adopter.

- Le **niveau 1** de « **veille saisonnière** » est activé chaque année du 1er juin au 15 septembre.
- Le **niveau 2** de **vigilance météorologique jaune** correspond à :
  - un pic de chaleur : exposition de courte durée (1 ou 2 jours) à une chaleur intense présentant un risque pour la santé humaine, pour les populations fragiles ou surexposées, notamment du fait de leurs conditions de travail ou de leur activité physique ;
  - ou à un épisode persistant de chaleur : températures élevées qui perdurent (supérieur à 3 jours).
- Le **niveau 3** de **vigilance météorologique orange** correspond à une canicule : période de chaleur intense où les températures atteignent ou dépassent les seuils départementaux pendant 3 jours et 3 nuits consécutifs, susceptible de constituer un risque sanitaire.
- Le **niveau 4** de **vigilance météorologique rouge** correspond à une canicule extrême : canicule exceptionnelle par sa durée, son intensité, son extension géographique, à fort impact sanitaire pour tout type de population, et qui entraine l'apparition d'effets collatéraux, notamment en termes de continuité d'activité.



Les bons réflexes pendant les fortes chaleurs (Affiche tout public)



Canicule, Protégez-vous (Affiche tout public | Français)

Le rôle de l'ARS…

Dès le niveau jaune, l'ARS intensifie la diffusion de messages de prévention à destination des populations fragiles : personnes âgées, jeunes enfants, femmes enceintes, personnes en situation de handicap ou soumises à certains traitements. L'ARS participe à la diffusion des supports de prévention élaborés par Santé publique France afin de sensibiliser les populations à adopter les bons gestes pour se protéger et protéger ses proches, notamment les plus vulnérables à la chaleur. Ces mesures sont mises en place sans attendre qu'un impact sanitaire soit constaté par le système de surveillance sanitaire.

En cas de canicule, l'ARS renforce son dispositif de veille sanitaire et d'astreinte et accompagne les établissements sanitaires et médico-sociaux de la région. Ceci concerne aussi bien l'activité pré-hospitalière, tels les appels traités par le SAMU, que l'activité des Services d'accueil des urgences (SAU) avec une attention toute particulière pour le suivi des admissions des personnes âgées de plus de 75 ans et des admissions pour pathologies en lien avec la chaleur (hyperthermie, déshydratation, coup de soleil). Enfin, elle assure un suivi renforcé de la qualité de l'eau destinée à la consommation, afin de prévenir toute dégradation.

… en lien avec le ministère chargé de la Santé et Santé publique France

Le ministère chargé de la Santé définit les grandes orientations de la réponse nationale et coordonne les mesures de prévention. Santé publique France surveille l'impact des fortes chaleurs sur la santé grâce à son système d'alerte et transmet ses analyses aux autorités nationales et régionales. Les ARS relaient ensuite cette surveillance au niveau local : elles alertent et accompagnent les établissements de santé et médico-sociaux, renforcent la veille sanitaire et adaptent l'organisation des soins dans leur région.

La canicule ressort alors comme l'aléa que les Français ont le plus vécu dans leur logement ; ils sont ainsi 74 % (68 % dans les Hauts-de-France) à le déclarer, bien loin des vagues de froid exprimées par 48 % des répondants et des inondations pluviale et fluviale par 33 % d'entre eux. De plus, les logements leur paraissent peu armés pour faire face aux aléas climatiques, notamment pour la canicule. Ils sont ainsi 49 % à la mentionner (60 % lors d'un habitat en appartement). Le passé est une chose, l'avenir en est une autre. Ainsi, 74 % des répondants pensent qu'ils seront confrontés à des aléas climatiques dans leur logement actuel à l'avenir ; d'ailleurs, pour 42 %, cela les inquiète. Là encore, la canicule ressort au premier rang -*item* mentionné par 62 % des Français-, loin devant les inondations pluviale et fluviale (35 %) et les vagues de froid (24 %).

De plus, deux tiers des Français déclarent avoir déjà eu des difficultés à supporter la chaleur dans leur logement actuel, notamment lorsque celui-ci est un studio (74 %) ou, plus généralement, un appartement (71 %) ou si le logement est en location (71 %). À l'inverse, sont retrouvés des logements dans lesquels ils sont moins nombreux à le déclarer, tels que ceux disposant d'un jardin (63 %), d'une terrasse (63 %) ou d'une maison (62 %). Enfin, plus d'un Français sur deux souffrant de la chaleur (57 %) pense que son logement actuel n'est pas bien protégé/adapté contre la canicule, d'autant plus lorsque les logements n'ont pas d'espace extérieur (70 %), sont composés d'une ou deux pièces (69 %) et, plus généralement, en appartement (66 %).

Focus sur les Hauts-de-France : la mortalité associée à la canicule – été 2026

Contexte

Selon les estimations encore provisoires de Santé publique France, les épisodes de températures caniculaires de cet été auraient entrainé près de 8 000 décès, soit l'équivalent de la mortalité associée à la Covid-19 pour l'ensemble de l'année 2024. Bien qu'étendu sur une période plus longue, ce nouvel épisode caniculaire aura, *a priori*, causé un nombre inférieur aux 15 jours caniculaires de l'année 2003 et ses 15 000 décès associés. À la suite de la canicule de 2003, le premier Plan national canicule a vu le jour afin de prévenir l'arrivée d'une canicule et de coordonner les moyens mis en place aux niveaux local et national pour en limiter les effets sanitaires. Comme depuis maintenant deux ans, une instruction interministérielle relative à la gestion sanitaire des vagues de chaleur en France hexagonale a été prise pour l'été 2026.

Ce nombre total de décès masque de fortes variations régionales en raison des écarts de températures qui ont été observés sur l'ensemble du territoire.

Méthode

Données de mortalité : le recours à l'échantillonnage pour l'extrapolation

Santé publique France utilise les données de mortalité issues d'un échantillon d'environ 5 000 communes, représentant 84 % des décès nationaux, qui transmettent leurs données d'état-civil (données administratives sans information sur les causes médicales de décès) sous forme dématérialisée à l'Insee. Un délai est observé entre le moment du décès et sa connaissance statistique par Santé publique France. En moyenne sur l'année, il dispose à J+3 de l'information de 50 % des décès survenus un jour J et à J+10 de l'information de 95 % des décès survenus un jour J.

Calcul de l'excès de décès toutes causes confondues

Le nombre hebdomadaire de décès observé est comparé à celui attendu. Pour connaitre le nombre de décès attendu sur une période donnée, Santé publique France utilise un modèle statistique européen qui prend en compte un recul de six années de mortalité incluant les fluctuations saisonnières.

Données météorologiques

Les données météorologiques utilisées par Santé publique France pour évaluer le nombre de jours en température caniculaire proviennent de Météo-France. Ce nombre n'a été présenté que pour le bilan épidémiologique de la période allant du 27 juillet au 20 août 2026.

Cette connaissance est cependant importante pour relativiser le nombre de décès en excès à la durée de l'épisode caniculaire supportée.

Résultats

Sur l'ensemble des trois périodes caniculaires estivales (juin, juillet, août), près de 7 500 décès en excès ont été observés. Pour les Hauts-de-France, ce sont près de 500 décès en excès qui auraient été causés par la canicule, soit + 27,7 % (*Cf*. tableau ci-dessous).

Cela fait des Hauts-de-France la troisième région la plus impactée par ces épisodes de fortes chaleurs.

Pourcentage de décès en excès par région et pour les trois épisodes caniculaires de l'été 2026

Rang	Régions	Nombre de décès observés	Nombre de décès attendus	Nombre de décès en excès	**% de décès en excès**
1	Île-de-France	8 412	6 160	2 252	**36,6**
2	Centre Val-de-Loire	2 840	2 149	691	**32,2**
3	**Hauts-de-France**	**2 281**	**1 786**	**495**	**27,7**
4	Normandie	2 269	1 788	481	**26,9**
5	Grand-Est	3 861	3 103	758	**24,4**
6	Bretagne	2 886	2 405	481	**20,0**
7	Bourgogne-Franche-Comté	3 735	3 124	611	**19,6**
8	Pays de la Loire	3 569	3 067	502	**16,4**
9	Nouvelle Aquitaine	5 532	4 941	591	**12**
10	Auvergne-Rhône-Alpes	7 602	7 159	443	**6,2**
11	Provence-Alpes-Côte d'Azur*	3 542	3 407	135	**4,0**
12	Corse*	200	198	2	**1,0**
13	Occitanie*	3 675	3 643	32	**0,9**

Source : bulletins sanitaires de Santé publique France pour la canicule (17 juin au 2 juillet ; 3 juillet au 22 juillet et 27 juillet au 20 août 2026) - Exploitation OR2S
* : données Santé publique France non publiées pour la période 17 juin au 2 juillet en raison de l'absence de surmortalité

Les données publiées par Santé publique France ne permettent pas de présenter pour les Hauts-de-France les décès selon une répartition par tranches d'âges, par sexe ou par lieux de décès (domicile, établissements médico-sociaux, travail, etc.), ni de comprendre totalement les écarts régionaux en termes de pourcentages d'excès de mortalité. Il faudrait pour cela, au-delà de la connaissance des écarts régionaux de température et de durée d'exposition, pouvoir prendre en compte les conditions de logement, les caractéristiques de l'urbanisme environnant, les conditions de travail ou encore l'état de santé de la population et sa vulnérabilité aux épisodes caniculaires.

LUS POUR VOUS



Incidence des cancers

Élaborée à partir des données de l'Assurance maladie appareillées à celles de l'échantillon démographique permanent de l'Insee, cette étude documente pour la première fois en France les inégalités sociales d'incidence et de gravité de cancer à l'échelle individuelle sur un large ensemble de localisations cancéreuses. Elle permet de mieux comprendre les mécanismes à l'origine des inégalités sociales face au cancer, notamment sur le fait qu'elles dépendent fortement des localisations considérées. Les hypothèses explicatives avancées s'appuient à la fois sur des écarts d'exposition à des facteurs de risque mais aussi sur des différences de recours au dépistage.

Le Mer H, Naouri D, Varnier R., Drees, Études et Résultats, n° 1374, 2026-06, 7 p.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/260604-incidence-des-cancers



Politiques régionales en faveur de la santé

Le document décline les déficits sanitaires majeurs qui appellent une réponse territorialisée en soulignant le rôle des Régions ces dix dernières années, leurs perspectives d'évolution et leur rôle demain. En conclusion, l'étude plaide pour une logique de « territorialisation sécurisée » : plus de capacité territoriale, dans un cadre national garant de l'équité. Elle explique que l'avenir des politiques de santé réside dans la construction progressive d'un modèle où les Régions deviennent, dans un cadre national sécurisé, des stratèges territoriaux pleinement reconnus. Par ailleurs, un encadré mentionne le rôle des Hauts-de-France en matière de santé.

https://regions-france.org/wp-content/uploads/2026/06/DP-Sante-version-numerique.pdf



Accessibilité des patients aux soins de premier recours en France

En France, les médecins généralistes, tout comme les autres professionnels de santé de premier recours, sont inégalement répartis sur le territoire, avec pour conséquence des espaces mieux dotés que d'autres. L'étude propose une typologie communale permettant de mesurer ces disparités à partir de différentes dimensions, notamment le niveau d'accessibilité aux soins et son évolution, et les besoins de santé de la population. Des configurations diverses ont pu être observées, qui confirment l'opposition entre, d'une part, les espaces offrant une meilleure accessibilité aux soins et, d'autre part, les zones rurales, moins bien dotées.

Bonal M., Padilla C., Chevillard G., et al., IRDES, EHESP, CNRS, Inserm, Question d'économie de la santé, n° 308, 2026-05, 8 p.
https://www.irdes.fr/recherche/2026/qes-308-accessibilite-des-patients-aux-soins-de-premier-recours-en-france.html

À CONSULTER

Mortalité dans les Hauts-de-France : d'importantes disparités territoriales



Dans le numéro 213 paru en septembre 2026 de la série sur les analyses dans les Hauts-de-France, l'Insee et l'OR2S dissèquent la mortalité dans la région. Les deux organismes mettent en exergue les importantes disparités territoriales. Ils expliquent en tout premier lieu que, sur la période 2021-2023 avec près de 60 000 décès en moyenne annuelle, les Hauts-de-France présentent la mortalité la plus élevée des régions de l'Hexagone.

Afin d'être le plus informatif possible, des cartographies accompagnent les analyses effectuées. Sont ainsi à mentionner la carte des régions à travers le taux de mortalité standardisé sur la période 2021-2023, ce taux étant aussi présenté par EPCI sur une période plus longue (2017-2023). Sur cette dernière unité géographique, sont également présentées la part des chômeurs dans la population en 2022 et l'évolution du taux de mortalité standardisé entre 1980-1986 et 2017-2023. Un graphique sur les principales causes de décès sur la période 2021-2023 dans les Hauts-de-France et en France hexagonale complète les illustrations du document de quatre pages. La dernière page est centrée essentiellement sur les définitions, les sources et les méthodes.

NATIONAL

Comptes de la santé

La Drees vient de publier les comptes nationaux de la santé (CNS)[1]. On y apprend qu'en 2025, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 353,2 milliards d'euros (+3,3 % par rapport à 2024). Cette dépense progresse à un rythme plus rapide que celui du PIB, de sorte que le poids des dépenses de santé dans le PIB passe de 11,7 % à 11,8 %. La DCSi n'inclut cependant pas les indemnités journalières, les rentes et pensions, les allocations personnes handicapées, et les investissements. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) atteint elle 256,5 milliards d'euros en 2025 (*Cf.* ci-dessous Détail et évolution de la CSBM – en milliards d'euros). La CSBM n'inclut pas, en plus des exclusions propres à la DCSi, les dépenses liées à la gouvernance du système de santé, les soins de longue durée et la prévention institutionnelle.

Les dépenses en matière de prévention institutionnelle qui abritent notamment les grands programmes nationaux de prévention, mais aussi le financement de Santé publique France sont à peu près deux fois inférieures aux frais de gestion du système de santé (9,2 Mds € *versus* 17,6 Mds €). Ces dépenses de prévention institutionnelle doivent cependant être complétées par les dépenses de prévention non institutionnelle contenues dans la CSBM. Celles-ci sont très rarement chiffrées en raison de la difficulté de l'exercice. La connaissance de ces grands agrégats est importante pour suivre l'évolution du montant des dépenses nationales consacrées à la santé relativement à l'évolution du montant du PIB. Cette connaissance ne permet pas toutefois de savoir si les différentes sommes consacrées à la santé sont trop ou pas assez importantes pour répondre aux besoins de santé.

[1] Les dépenses de santé en 2025 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2026 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques



Détail et évolution de la CSBM – en milliards d'euros

	2015	2021	2022	2023	2024	2025	Évolution 2025 (en %)	Structure 2025 (en %)
Soins hospitaliers	**85,6**	**105,9**	**110,5**	**117,5**	**120,7**	**124,1**	**+2,8**	**35,1**
Soins hospitaliers publics	67,0	81,7	85,5	91,0	93,5	96,2	+2,9	27,2
Soins hospitaliers privés	18,6	24,2	25,0	26,5	27,2	27,9	+2,6	7,9
Soins ambulatoires	**54,2**	**64,6**	**67,0**	**70,2**	**73,2**	**75,4**	**+3,0**	**21,3**
Soins courants en ville	41,1	49,4	51,3	53,3	55,8	57,9	+3,7	16,4
Activités techniques et auxiliaires	13,0	15,2	15,8	16,9	17,4	17,5	+1,0	5,0
Biens médicaux	**46,3**	**50,6**	**52,3**	**53,7**	**55,8**	**56,9**	**+2,0**	**16,1**
Médicaments en ambulatoire	31,1	30,9	32,3	33,2	34,5	34,9	+1,3	9,9
Dispositifs médicaux	15,2	19,7	20,0	20,5	21,3	22,0	+3,1	6,2
Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)	**186,1**	**221,1**	**229,9**	**241,3**	**249,7**	**256,5**	**+2,7**	**72,6**
Part de la CSBM dans le PIB (en %)	8,5	8,8	8,7	8,5	8,5	8,6		
Soins de longue durée	44,6	57,4	59,7	64,2	66,8	69,9	+4,7	19,8
Prévention	6,0	17,6	13,4	8,7	8,6	9,2	+6,8	2,6
Gestion du système de santé	14,9	15,5	15,8	16,2	17,0	17,6	+3,8	5,0
Dépense courante de santé au sens international (DCSi)	**251,5**	**311,5**	**318,7**	**330,4**	**342,0**	**353,2**	**+3,3**	**100,0**
Part de la DCSi dans le PIB (en %)	11,4	12,4	12,0	11,7	11,7	11,8		

Sources > Drees, comptes de la santé ; Insee pour le PIB.

EUROPE

Espace européen des données de santé (EEDS) : « *work in progress* »

Le Règlement n°2025/327 sur l'Espace Européen des Données de Santé (EEDS), entré en vigueur le 26 mars 2025, s'inscrit dans la stratégie européenne de construction d'un espace numérique et d'une gouvernance européenne des données. L'EEDS ambitionne notamment d'assurer la continuité de la prise en charge des patients au sein de l'Union européenne et de créer un cadre sécurisé commun pour faciliter et encadrer l'utilisation secondaire des données de santé à des fins de recherche, d'innovation et de politique publique.



Pour l'utilisation secondaire des données de santé qui est une avancée majeure pour le partage et l'amélioration des connaissances, des conditions strictes encadrent leur usage :

- un permis d'accès aux données par un organisme responsable de l'accès aux données de santé (ORADS) est requis ;
- les données à caractère personnel doivent être mises à disposition sous forme anonymisée lorsque celle-ci est suffisante ; lorsque l'anonymisation ne permet pas d'atteindre la finalité autorisée, un accès à des données pseudonymisées peut être accordé dans un environnement de traitement sécurisé ;
- les résultats ou productions issus de l'utilisation secondaire doivent être rendus publics dans les conditions prévues par le règlement, notamment dans un délai de 18 mois suivant la fin du traitement, sous réserve des possibilités de prolongation prévues par le règlement.

Le dernier point sur la publication des résultats soulève la question de l'étendue de la transparence. Idéalement, ce n'est pas une obligation prévue par le règlement, il serait intéressant que la publication des résultats puisse inclure des éléments de leur compréhension (méthodologie, limites, liens d'intérêts, etc.). À l'instar finalement des publications qui auraient été faites dans le cadre d'une utilisation primaire de ces mêmes données.

Ce dispositif soulève également la question du contrôle de cohérence entre la finalité autorisée, le périmètre du permis d'accès et les traitements effectivement réalisés. Le règlement prévoit déjà des mécanismes de traçabilité, de contrôle et d'audit ; il pourrait être pertinent d'examiner dans quelle mesure ces mécanismes permettent également de vérifier la cohérence entre le protocole déclaré, les analyses effectivement conduites et les publications qui en résultent.
Enfin, le règlement prévoit une coopération des ORADS avec les parties prenantes concernées, notamment les organisations de patients et les représentants des personnes physiques, les détenteurs et utilisateurs de données, ainsi que, le cas échéant, les comités d'éthique. Cette exigence ouvre la question de la forme que pourrait prendre une gouvernance effectivement pluraliste dans les décisions d'accès.


Commission européenne

FR

Public Health

Home > Santé en ligne: santé et soins numériques > Règlement relatif à l'espace européen des données de santé (EHDS)

Règlement relatif à l'espace européen des données de santé

Sur quoi porte le règlement relatif à l'espace européen des données de santé?

Quel est le calendrier de mise en œuvre du règlement EHDS?

Qu'est-ce que cela signifie pour vous?

Qui va bénéficier de l'espace européen des données de santé?

Comment l'espace européen des données de santé assurera-t-il la protection et la sécurité des données?

Transformer les soins de santé grâce aux données

Un accès facile aux données de santé par-delà les frontières

Faire progresser les soins de santé numériques

Latest updates and documents

Que va-t-il se passer après la publication du règlement?

La publication du règlement ne signifie toutefois pas qu'il s'applique immédiatement. Il s'agit plutôt du début d'un processus qui va durer un certain temps.

Lorsqu'un règlement est publié, il établit généralement de grands principes et objectifs. Toutefois, des actes d'exécution supplémentaires sont nécessaires pour concrétiser ces principes. Ces actes comportent des règles et des spécifications plus détaillées qui contribuent à la mise en œuvre du règlement.

Le règlement EHDS, proposé pour la première fois par la Commission européenne en **mars 2022**, a fait l'objet d'intenses négociations avant d'être adopté par **le Parlement européen et le Conseil**. À présent, sa mise en œuvre va être **progressive et structurée** de manière à assurer une transition harmonieuse.

Les principales étapes vers une mise en œuvre intégrale

- Mars 2025: le règlement EHDS entre en vigueur, marquant le début de la période de transition.
- Mars 2027: la Commission doit avoir adopté plusieurs actes d'exécution clés fixant des règles détaillées pour la mise en œuvre opérationnelle du règlement.
- Mars 2029: des parties importantes du règlement EHDS entrent en application, y compris, pour une utilisation primaire, l'échange du premier groupe de catégories prioritaires de données de santé (dossiers de patients, ordonnances électroniques et dispensations électroniques) dans tous les États membres de l'UE. Les règles relatives à l'utilisation secondaire commenceront également à s'appliquer à la plupart des catégories de données (celles issues des dossiers médicaux électroniques, par exemple).
- Mars 2031: pour une utilisation primaire, l'échange du deuxième groupe de catégories prioritaires de données de santé (images médicales, résultats de laboratoire et rapports de sortie d'hôpital) devrait être opérationnel dans tous les États membres de l'UE. Les règles relatives à l'utilisation secondaire commenceront également à s'appliquer aux autres catégories de données (données génomiques, par exemple).
- Mars 2035: les pays tiers et les organisations internationales pourront demander à participer à HealthData@EU pour une utilisation secondaire.

AGENDA

9-10 novembre 2026
Montréal

Promotion d'une seule santé pour un bien-être durable
Colloque commémoratif à l'occasion du 40e anniversaire de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

Organisation : Université de Montréal
Inscription : Cliquez ici

10 novembre 2026
Arras

Journée Régionale Prévention Suicide
Hôtel du département

Organisation : ANQSP
Inscription : cliquez ici

12-13 novembre 2026
Nice

Colloque International Villes et Santé Mentale
Faire de la ville un levier de bien-être, de prévention et d'inclusion

Organisation : Ville de Nice
Inscription : cliquez ici

19 novembre 2026
Aubervilliers

Les Assises nationales 2026
Promotion de la santé : traduire le pouvoir d'agir en politiques solidaires

Organisation : Fédération Promotion Santé
Inscription : cliquez ici

20 novembre 2026
En distanciel

Université d'automne de la HAS

Organisation : Haute autorité de santé
Inscription : cliquez ici

24 novembre 2026
Lille

Les Assises régionales de la santé sur le thème « Lutte contre le surpoids et l'obésité »

Organisation : Région Hauts-de-France
Inscription : cliquez ici

Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France

Éditeur : OR2S, 145 rue de Paris, 80000 Amiens
Tél : 03 22 82 77 24, courriel : info@or2s.fr site : www.or2s.fr/www.pf2s.fr, courriel : plateforme@or2s.fr
Directeur de publication : Pr Jean-Pierre Canarelli

Rédaction : Nadège Thomas (OR2S), Christophe Trouillard (Dreets), David Verloop (ARS), Mathilde Vroelant (Région) pour les membres de la *Platefrome sanitaire et sociale*, et Hélène Prouvost (Santé publique France).

Mise en page : Sylvie Bonin
n° ISSN : 2679-0033 (en ligne) - Dépôt légal octobre 2026

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

Plateforme sanitaire et sociale HAUTS-DE-FRANCE

PRÉFET DE LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

ars Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

Région Hauts-de-France