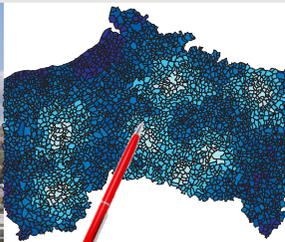


Rapport d'activité



OBSERVATOIRE RÉGIONAL
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

2015

Rapport d'activité 2015

de l'observatoire régional
de la santé et du social

PRÉAMBULE 5	HISTORIQUE, MISSIONS & PARTENAIRES 9	CONSEIL D'ADMINISTRATION & BUREAU 13
LOCAUX & PERSONNELS 19	MOYENS TECHNIQUES 25	MOYENS FINANCIERS 29
ACTIVITÉS & TEMPS 33	ACTIVITÉ AU QUOTIDIEN 39	PÔLE SANTÉ 43

PÔLE
SOCIAL

77

RECHERCHE &
DÉVELOPPEMENT

87

COMMUNICATION &
DOCUMENTATION

95

GLOSSAIRE &
INDEX

113

PRÉAMBULE

De quelle observation aurons-nous besoin ?

Il y a quelques semaines, en mars exactement, était annoncée la disparition de Guy-Pierre Cabanel. Doyen de la faculté de médecine de Grenoble, député de l'Isère, il fut surtout l'auteur, en 1981, avec Jean-Claude Stephan et Alain Taïb, du rapport *Pour une meilleure connaissance de l'état sanitaire des Français*, rédigé à la demande du Premier ministre d'alors, Raymond Barre. Parmi les dix-sept propositions qui émaillaient le texte, figurait celle sur la création des observatoires régionaux de la santé équivalents pour la santé de ce qu'était l'Insee pour l'économie. S'il aura fallu attendre une année encore pour que Jack Ralite, ministre de la santé du premier gouvernement Mauroy, prenne la décision de créer les ORS, sous la forme associative qu'on leur connaît encore aujourd'hui, c'est bien au doyen Cabanel qu'en revient la paternité.

Au début des années quatre-vingt, l'observation de l'état sanitaire de la population en région était très peu développée. Le « rapport Cabanel » se faisait fort de recueillir documents statistiques et enquêtes sur l'état de santé de la population de la France en 1970-1980 et de faire une revue critique des différentes actions menées par le Commissariat au Plan, le ministère de la Santé, l'Inserm, la Direction générale de la Santé, l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, le Laboratoire national de la santé, l'Insee, l'Assurance Maladie, le Conseil national de l'Ordre des médecins... Une revue somme toute aisée à faire... En imaginant la création de ces « petits observatoires épidémiologiques », tels qu'il le disait, Cabanel définissait leur champ d'action. Ainsi, dans le chapitre intitulé *Du croire au savoir*, le rapport développe comment les indicateurs devraient permettre d'articuler la connaissance, la décision, et l'action. Instruments de mesure de l'état de santé,

d'identification de la nature et de l'ampleur des problèmes de santé, ils devaient aussi mesurer l'activité, l'état et les résultats du système de santé.

En juin 1982, une poignée de militants de la santé publique créait l'observatoire régional de la santé (ORS) de Picardie. Le 6 juin 2006, l'OR2S succédait alors à l'ORS, mettant en évidence sa double compétence acquise dans les champs sanitaire et social. Enfin, au second semestre 2013, l'OR2S s'installait en Normandie à la demande des pouvoirs publics locaux pour y poursuivre l'observation de la santé des populations et y implanter une *Plateforme d'observation sanitaire et sociale*.

Depuis dix ans, inlassablement, les bases de données de l'OR2S se remplissent d'informations mettant en évidence les caractéristiques sanitaires et sociales des populations régionales. Face à une demande de plus en plus croissante, l'OR2S a développé un outil maison facilitant calculs complexes et représentations cartographiques des données. Le découpage des territoires de santé de Picardie, en 2011, a ainsi bénéficié de la puissance de calcul des algorithmes de l'observatoire. Dans cette configuration, les calculatrices et autres tableurs sont obsolètes devant la volumétrie des données à traiter et à croiser. Ce qui pouvait encore s'entendre il y a une décennie, n'est plus ne serait-ce qu'envisageable aujourd'hui.

La gestion de ces méga-bases de données sanitaires et sociales et l'analyse des données sont parmi les véritables enjeux de ce début de XXI^e siècle. Encore faudrait-il y ajouter le traitement de bases externes à celles disponibles sur les serveurs de l'OR2S. La plongée dans le *Big data* deviendra une nécessité dans un horizon à portée de regard. Les *Tableaux de bord de la santé* qui ancrèrent les ORS définitive-

ment dans l'analyse statistique régionale du milieu des années quatre-vingt-dix n'ont aujourd'hui de valeur qu'historique. À la présentation d'analyses unidimensionnelles doit succéder désormais des analyses complexes, mobilisant des données dans et hors du champ sanitaire et même du champ social. C'est le croisement dynamique de l'ensemble des données sur un territoire qui permettra de comprendre dans la plus grande des finesses les comportements des populations et de pouvoir définir des politiques publiques au service de leurs besoins. Des données d'ordre politique, économique, et non pas seulement socio-économique, d'aménagement du territoire, de flux de transports, etc. devraient faire partie de la panoplie des univers à investiguer. Tout comme celles dites de la santé connectée : des centaines de pétaoctets emmagasinés chaque jour qui forment un giga-entrepôt de données, prêtes à être utilisées. Encore faut-il pouvoir y accéder, avoir les moyens techniques et statistiques de les analyser, et d'en tirer des conclusions à fort intérêt social et d'aide à la décision pour la construction de politiques publiques. Ce serait ici la limite de cette approche. L'enthousiasme technique tendrait ainsi à faire croire que les outils technologiques seraient une fin en eux-mêmes et seraient capables d'auto-organiser les relations et l'intelligence humaines. Encore faudra-t-il mesurer les effets du nouveau règlement européen 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Publié au journal officiel de l'Union européenne le 4 mai, il entrera en vigueur dans un délai de deux ans pour les États membres, soit au plus tard en mai 2018. Il harmonise les différents textes nationaux et abrogera en France la loi

Informatique et Libertés. Ce règlement s'applique à toutes les entreprises collectant et traitant des données personnelles de personnes physiques à qui il accorde une douzaine de droits relatifs à leurs données personnelles. Caractériser les territoires et les populations, si cela se suffit à soi-même, doit aussi servir de base à l'analyse des parcours de soins, si l'on se centre sur la prise en charge curative, ou de santé, si l'on élargie le spectre à la prévention. L'hypothèse doit être posée que ces parcours, de soins comme de santé, répondent autant aux comportements des populations, qu'au maillage territorial de l'offre de soins, et de l'offre sociale, qu'à la réalité vécue, ou même perçue, des territoires. L'approche territoriale ne peut plus être en effet fondée uniquement sur des relevés statistiques de consommation de soins, de flux hospitaliers, voire même de caractéristiques socio-démographiques, dont le niveau de précarité des populations. Ces découpages exogènes aux populations pourraient avec bénéfices se doubler d'une approche plus compréhensive, par des enquêtes qualitatives, des comporte-

ments populationnels. En définitive, le croisement des approches quantitatives et qualitatives pourrait être de nature à dessiner des territoires socio-sanitaires ayant une réalité pour les populations et non pas seulement pour les décideurs publics. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) tourne son regard vers d'autres indicateurs que ceux connus et largement utilisés de la mortalité et de la morbidité. L'OMS voudrait investir dans des indicateurs de la mesure du bien-être ressenti des populations. Une approche radicalement différente et pour laquelle les indicateurs n'existent pas toujours ou lorsqu'ils existent, ne serait qu'en idée, ne sont pas forcément mesurables faute de données de base. Cette transition dans l'approche de la santé des populations, du niveau national comme régional ou local, sera certes délicate et certainement coûteuse ; mais, on peut l'espérer, sans commune mesure avec des politiques publiques s'appliquant mal sur le terrain ou étant mal appliquées. Les marges de manœuvre et l'optimisation des financements trouvent certainement une partie de leurs sources ici.

Trente-cinq ans après la proposition du doyen Cabanel, la « sanistique », néologisme qu'il créa alors, pourrait devenir une réalité tout comme la feuille de route dressée pour les ORS de mesurer l'activité, l'état et les résultats du système de santé. Le nouveau découpage régional en est l'opportunité à condition de savoir capitaliser les acquis et de résolument orienter l'observation vers ces nouveaux champs d'investigation qui se dessinent. À défaut, il est à craindre une perte irrémédiable de savoir-faire et de connaissances acquises. Plus qu'un coût à supporter, et donc à réduire en période de restriction budgétaire, des choix politiques sont à opérer pour maintenir une observation publique de qualité. Les pays fortement victimes de la crise économique mais qui n'ont pas sacrifié la santé de leur population au nom de la doxa économique dominante ont aujourd'hui une situation redressée et une population en meilleure santé que les autres dont les coupes blanches dans les crédits sanitaires et sociaux ont eu des conséquences dramatiques et de plus longue durée.

HISTORIQUE, MISSIONS & PARTENAIRES

Historique

L'observatoire régional de santé de Picardie a été fondé sous la forme d'une association loi 1901 en juin 1982, à l'initiative du médecin inspecteur régional de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie et première présidente, M^{me} le D^r Lilly Weibel.

Deux présidentes et cinq présidents se sont succédé depuis à la tête de l'association :

le P^r Alain Dubreuil, le D^r Jacques Liénard, le D^r Louis Kremp, le P^r Bernard Risbourg, le P^r Odile Kremp, le D^r Joseph Casile et le D^r Élisabeth Lewandowski.

L'assemblée générale extraordinaire du 6 juin 2006 a modifié son intitulé en le transformant en observatoire régional de la santé et du social de Picardie. Celle du 19 mai 2014 a élargi son territoire d'intervention à la Haute-Normandie.

Missions

Sa mission est d'améliorer la connaissance de la population dans le domaine sanitaire et social au plan régional et infra-régional :

- en inventoriant les diverses sources de données sanitaires et sociales et en effectuant l'analyse critique de celles-ci, notamment de leur validité ;
- en suscitant et (ou) en réalisant des études apparaissant nécessaires ;
- en valorisant et en diffusant l'information sous une forme accessible aux différents partenaires (décideurs, professionnels de santé et du secteur social, usagers), notamment en participant à des actions de formation ;
- en conseillant les promoteurs locaux d'enquêtes dans la définition des protocoles et en réalisant les enquêtes : quantitatives et qualitatives ;

- en participant à toutes les actions relevant des domaines de la santé et du social mises au point par différents intervenants et en proposant la réalisation de telles actions ;
- en participant à l'évaluation technique d'actions et de programmes ;
- en contribuant à la mise en œuvre de programmes nationaux ou inter-régionaux définis par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors).

Les destinataires sont naturellement les instances régionales et infra-régionales de Haute-Normandie et de Picardie chargées des décisions en matière de politique sanitaire et sociale, les professionnels de santé et du secteur social mais aussi, de façon plus large, l'ensemble de la population des cinq départements situés au sein des deux régions en 2015.

Partenaires

	Régional*	National	International
Politico-administratifs	<ul style="list-style-type: none"> • Préfecture/Sgar • ARS • DRDJSCS/DRJSCS • DDCS • Insec • Rectorat - Services départementaux de l'éducation nationale • Université • Direccte • Délégation aux droits des femmes • Dreal • Conseils régionaux • Conseil économique, social et environnemental régional • Conseils départementaux • Municipalités • Communauté de communes et EPCI • Pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère des Affaires sociales, et de la Santé • Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social • Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports • Ministère des Outre-mer • DGS • DGOS • DGCS • Drees • SGMAS • CGET • Comité interministériel des villes • Inserm • InVS • Inpes • INCa • Aitih • Mildeca - OFDT • Insee • Ineris • CGDD 	<ul style="list-style-type: none"> • Union européenne • Province du Luxembourg • Province de Namur
Protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Cnam • MSA • RSI • Mutualités • Carsat • Caf 	<ul style="list-style-type: none"> • Cnamts • CCMSA • CNRSI • Cnaif • Mutualité française • EmeVia 	
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • URPS • Médecins libéraux • Pharmaciens d'officine • Services de santé du travail • Centres hospitaliers publics et privés • Centres d'examen de santé • Ireps • RLPS • P2Ris • Apradis Picardie • CESTP-Aract • Urtopis • Faculté de médecine • Faculté de pharmacie • Fnars • AASQA • Médecins du Monde • FHF 	<ul style="list-style-type: none"> • Institut Pasteur • Réseau Grog • Open/Rome • Fnors - ORS • Laboratoires privés 	<ul style="list-style-type: none"> • Observatoire de la santé du Hainaut • Réseau francophone international de promotion de la santé (Réfips) • Réseau francophone de la santé du cœur et de prévention de l'obésité • OFBS

* Haute-Normandie et Picardie.

CONSEIL D'ADMINISTRATION & BUREAU

En application de l'article 9 des statuts, le conseil d'administration de l'observatoire régional de la santé et du social est composé de la manière suivante :

- 24 membres de droit ou mandatés par leurs pairs, représentant l'État, les collectivités locales et territoriales, la Sécurité sociale, les mutualités, les structures de soins et différents organismes du secteur sanitaire et social ;
- 24 membres élus, issus de l'assemblée des adhérents, professionnels de santé ou du secteur social, éligibles par tiers chaque année.

24 membres de droit¹

- Conseil régional des Hauts-de-France Nord - Pas-de-Calais - Picardie, M. Xavier Bertrand, Président
- Conseil régional de Normandie, M. Hervé Morin, Président
- Conseil départemental de l'Aisne, M^{me} Isabelle Le-trillart, Vice-Présidente
- Conseil départemental de l'Oise, M. Édouard Courtial, Président
- Conseil départemental de la Somme, M. Laurent Somon, Président
- Faculté de médecine d'Amiens, M. le P^r Gabriel Choukroun, Doyen
- Agence régionale de santé du Nord - Pas-de-Calais - Picardie, M. Jean-Yves Grall, Directeur général
- Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale du Nord - Pas-de-Calais - Picardie, M. André Bouvet, Directeur
- Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement du Nord - Pas-de-Calais - Picardie, M. Vincent Motyka, Directeur
- Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi du Nord - Pas-de-Calais - Picardie, M. Jean-François Bénévise, Directeur régional
- Rectorat de Picardie, M^{me} le D^r Maryse Burger, Médecin conseiller technique du Recteur
- Direction régionale de l'Insee de Picardie, M. Arnaud Degorre, Directeur
- Conseil économique, social et environnemental régional des Hauts-de-France Nord - Pas-de-Calais - Picardie, M. Laurent Degroote, Président
- Caisse d'assurance retraite et de santé au travail Nord-Picardie, M. Philippe Blanc, Président
- Direction coordination régionale de la gestion du risque pour les caisses d'Assurance maladie de Picardie, M. Jean-Yves Casano, Directeur
- Direction générale de la Mutualité sociale agricole de Picardie, M. Philippe Herbelot, Directeur général
- Direction régionale du Régime social des indépendants de Picardie, M. Jean-Marc Tomezak, Directeur
- Caisses d'allocations familiales de Picardie, M. William De Zorzi, Directeur de la Caf de la Somme
- Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Nord - Pas-de-Calais - Picardie, M. le D^r Pascal Chaud, Médecin responsable
- Mutualité française de Picardie, M. Jean-Luc Bossée, Président
- Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif en Picardie, M. Giancarlo Baillet, Délégué régional adjoint
- Fédération hospitalière de France en Picardie, M. Rodrigue Alexander, Directeur-adjoint du centre hospitalier Compiègne-Noyon
- Union régionale des professionnels de santé médecins du Nord - Pas-de-Calais - Picardie, M. le D^r Philippe Chazelle, Président
- Union régionale des professionnels de santé chirurgiens-dentistes, du Nord - Pas-de-Calais - Picardie, M. Thomas Balbi, Président

Par ailleurs, le(la) Directeur(rice) général(e) du centre hospitalier universitaire d'Amiens, la Directrice générale de l'agence régionale de santé de Normandie et la Directrice de la direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Haute-Normandie sont invités aux assemblées générales et conseils d'administration sans voix délibérative.

¹ situation au 16 juin 2016.

24 membres élus¹

- M. Jean-Claude Bury, membre du Ceser de Picardie, Amiens (élu en 2013)
- M. le Pr Jean-Pierre Canarelli, professeur du service de chirurgie pédiatrique, CHU, Président de la CRSA de Picardie, Président de la CME du CHU, Amiens (élu en 2015)
- M. le Dr Joseph Casile, médecin, Président de l'ADSMHAD 80, Amiens (élu en 2013)
- M. le Pr Alain Dubreuil, Président Adema 80, Amiens (élu en 2013)
- M. le Dr Jean-Paul Ducrocq, médecin généraliste, Morienval (élu en 2014)
- M. le Dr Pierre Eletufe, médecin généraliste, Saint-Ouen (élu en 2013)
- M. Francis Eynard, docteur en gestion, enseignant IUT, Amiens (élu en 2015)
- M. le Dr Reda Garidi, Président d'Oncopic, Amiens (élu en 2014)
- M. le Dr Maxime Gignon, médecin de santé publique, chef de clinique assistant, Faculté de médecine, CHU, Amiens (élu en 2013)
- M^{me} Éliane Gillet, Présidente de la Fnars, Amiens (élue en 2013)
- M^{me} le Dr Agnès Jeanson, médecin addictologue, centre Sésame, service d'alcoologie dépendant du centre hospitalier Ph. Pinel, Amiens (élue en 2015)
- M^{me} le Dr Patricia Jeanson, Directrice de l'association Le Mail, Amiens (élue en 2013)
- M. le Dr André Lokombe Leke, médecin responsable du service de médecine néonatale et réanimation pédiatrique, CHU, Amiens (élu en 2014)
- M. Christophe Leman, Président de l'UFSBD Picardie, Saint-Quentin (élu en 2015)
- M^{me} le Dr Élisabeth Lewandowski, médecin responsable du Dim, CHU, Amiens (élue en 2015)
- M^{me} Colette Michaux, Ireps, Amiens (élue en 2015)
- M. Mickaël Naassilla, Directeur Grap Inserm ERI24, Amiens (élu en 2015)
- M^{me} Nicole Naudin, chargée de mission Croix-Rouge, Château-Thierry (élue en 2014)
- M^{me} Aline Osman-Rogelet, intervenante du champ social, Amiens (élue en 2014)
- M. Éric Petit, Directeur général, la Renaissance sanitaire, hôpital, Villiers-Saint-Denis (élu en 2013)
- M^{me} le Dr Chantal de Sèze, directrice d'Adécaso (élue en 2015)
- M. le Dr Jean-Marie Sueur, pharmacien biologiste, Saint-Quentin (élu en 2014)
- M. le Dr Jean-Pierre Tiberghien, pédiatre, Doullens (élu en 2014)
- M. le Pr Pierre Verhaeghe, service de chirurgie digestive et métabolique, professeur de chirurgie générale, CHU, Amiens (élu en 2014)

Le conseil d'administration élit son(sa) président(e) et huit administrateurs(trices) pour faire partie du Bureau. C'est ce dernier qui procède lui-même à la répartition des fonctions :

- un(e) vice-président(e) ;
- un(e) trésorier(ère) et un(e) trésorier(ère)-adjoint(e) ;
- un(e) secrétaire et un(e) secrétaire-adjoint ;
- trois membres sans attribution spécifique.

Le(la) président(e) et les autres membres du Bureau ont été prorogés le 13 juin 2016 par le conseil d'administration pour un an maximum. La répartition des fonctions au sein du Bureau est restée identique. Le Bureau se réunit en fonction des besoins. Il peut faire appel à toute personne de l'OR2S ou extérieure, pour répondre à une démarche spécifique, notamment dans l'élaboration scientifique de projets. Par ailleurs, le Bureau s'est entouré de M. Antoine Armand, expert-comptable pour toute la comptabilité. Celle-ci est ensuite transmise à M. Daniel Merten, commissaire aux comptes, qui contrôle les résultats de l'exercice depuis le 1^{er} janvier 2000. Pour l'exercice 2016, ce sera Pierre Belmonte du même cabinet Eurotec qui succède à Daniel Merten, parti en retraite le 30 juin 2016.

¹ situation au 16 juin 2016.

Les membres du Bureau¹



PRÉSIDENTE
D^R ÉLISABETH LEWANDOWSKI
*Médecin responsable du Dim,
CHU d'Amiens*



VICE-PRÉSIDENT
P^R ALAIN DUBREUIL
Président Adema 80



SECRÉTAIRE
ALINE OSMAN-ROGELET
Intervenante du champ social



SECRÉTAIRE-ADJOINT
JOSEPH DEBRAY
Représentant Carsat



TRÉSORIER
D^R PIERRE ELETUFE
Médecin généraliste



TRÉSORIER-ADJOINT
D^R JEAN-PIERRE TIBERGHEN
Pédiatre



P^R JEAN-PIERRE CANARELLI
*Professeur du service de chirurgie pédiatrique, CHU d'Amiens,
Président de la CRSA
Président de la CME du CHU
d'Amiens*



D^R ANDRÉ LOKOMBE LEKE
*Médecin responsable du service
de médecine néonatale et réanimation
pédiatrique, CHU d'Amiens*



D^R JEAN-MARIE SUEUR
Pharmacien biologiste

¹ situation au 16 juin 2016.

LOCAUX & PERSONNELS

Locaux

Depuis février 1991, l'observatoire régional de la santé de Picardie, puis l'OR2S, se situe au deuxième étage du bâtiment F de la faculté de médecine, 3, rue des Louvels à Amiens. Il dispose de six pièces.

Personnels

En 2015, douze personnes ont travaillé tout au long de l'année :

- un directeur, démographe-statisticien (100 % équivalent temps plein) ;
- un directeur-adjoint, sociologue (50 % équivalent temps plein) ;
- un responsable de l'antenne haut-normande, démographe (100 % équivalent temps plein) ;
- une directrice des études, statisticienne (100 % équivalent temps plein) ;
- un responsable développement, bases de données et système informatique (100 % équivalent temps plein) ;
- une statisticienne (80 % équivalent temps plein) ;
- une démographe (80 % équivalent temps plein) ;
- une technicienne de bases de données (100 % équivalent temps plein) ;
- une responsable administrative (100 % équivalent temps plein) ;
- une secrétaire (100 % équivalent temps plein) ;
- un développeur informatique (100 % équivalent temps plein) ;
- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein).

Pour compléter cette équipe, l'OR2S a reçu la contribution, en 2015, de dix-huit autres personnes salariées sur diverses périodes :

Par ailleurs, un local situé 145, route de Paris à Amiens permet d'accueillir une partie du personnel, essentiellement le personnel d'études. Outre un espace d'accueil et de restauration, il comprend six bureaux

- une épidémiologiste (100 % équivalent temps plein pendant 1,5 mois et 4 mois à 80 %) ;
- une sociologue-démographe, responsable site Internet et qualité (100 % équivalent temps plein pendant 10,5 mois) ;
- une ingénieure alimentation et santé (100 % équivalent temps plein pendant 8 mois) ;
- un démographe (100 % équivalent temps plein pendant 11 mois) ;
- une psychologue (80 % équivalent temps plein pendant 4 mois) ;
- une psychologue (100 % équivalent temps plein pendant 7,25 mois) ;
- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein pendant 9 mois) ;
- un technicien de bases de données (100 % équivalent temps plein pendant 7 mois) ;
- un technicien de bases de données (100 % équivalent temps plein pendant 7,5 mois) ;
- une technicienne de bases de données (100 % équivalent temps plein pendant 7,5 mois) ;
- un chargé d'études (100 % équivalent temps plein pendant 8,75 mois) ;
- un concepteur graphique (22 % équivalent temps plein pendant 6,2 mois) ;
- un chargé d'études (100 % équivalent temps plein pendant 7 mois) ;

et une salle de réunion. Depuis la fin de 2013, un local de trois pièces a été mis à disposition de l'OR2S pour son antenne située au 115, boulevard de l'Europe à Rouen au sein du Pôle régional des Savoirs.

- une épidémiologiste (100 % équivalent temps plein pendant 3 mois) ;
- une chargée de mission (100 % équivalent temps plein pendant 3,25 mois) ;
- une chargée de mission (38,6 % équivalent temps plein pendant 2 mois) ;
- une chargée de mission (100 % équivalent temps plein pendant 1,75 mois) ;
- une chargée de mission (100 % équivalent temps plein pendant 0,50 mois).

Par ailleurs, trois internes de santé publique ont aussi participé aux activités (deux sur 4 mois et un sur 2 mois) et six étudiants (statistiques et informatique) ont effectué un stage sur des périodes variant de 2 à 6 mois, dont une a été recrutée au delà de son stage à 100 % pendant 0,5 mois.

D'autres personnes ont également participé à l'activité 2015 sous diverses formes. Ainsi, une administratrice travaillant dans le champ social a également réalisé des vacances tout au long de l'année (aval du conseil d'administration du 22 avril 2008). Une personne auto-entrepreneuse a également travaillé pendant les quatre derniers mois de l'année. À cela, il faut encore rajouter le bénévolat de certains administrateurs, et tout particulièrement de la présidente.

L'équipe du pôle administratif



DIRECTEUR
ALAIN TRUGEON



DIRECTEUR-ADJOINT
PHILIPPE LORENZO



RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
MARTINE RODRIGUÈS



SECRÉTAIRE
SYLVIE BONIN

L'équipe du pôle informatique



RESPONSABLE
DÉVELOPPEMENT,
BASES DE DONNÉES
ET SYSTÈME INFORMATIQUE
MICHAËL MANSION



DÉVELOPPEUR
INFORMATIQUE
ALEXANDRE GENECQUE



DÉVELOPPEUR
INFORMATIQUE
JÉRÔME LEMAIRE

L'équipe du pôle études et bases de données



DIRECTRICE DES ÉTUDES
NADÈGE THOMAS



RESPONSABLE SITE INTERNET
ET QUALITÉ
ANNE LEFÈVRE



DÉMOGRAPHE
SOPHIE DEBUISSIER



PSYCHOLOGUE
ÉMILIE FAUCHILLE



INGÉNIEURE
ALIMENTATION ET SANTÉ
CÉLINE THIENPONT



INGÉNIEURE
ALIMENTATION ET SANTÉ
JOSÉPHINE ROHAUT



SOCIOLOGUE
MARION BRUSADELLI



INTERNE DE SANTÉ PUBLIQUE
SALAH ZERKLY



TECHNICIENNE DE BASES
DE DONNÉES
CINDY ALIX

L'équipe de l'antenne haut-normande



RESPONSABLE ANTENNE
FRANÇOIS MICHELOT



ÉPIDÉMIOLOGISTE
OLIVIA GUÉRIN



STATISTICIENNE
ANGÉLIQUE LEFEBVRE



CHARGÉ D'ÉTUDES
QUENTIN ORY

MOYENS TECHNIQUES

Hardware

L'intégralité des ordinateurs (Macintosh et PC) est en réseau ce qui permet une sauvegarde automatique quotidienne. L'ensemble de la capacité des disques durs représente plusieurs centaines de To. Deux cubes de sauvegarde, deux fois huit disques de trois To, permettent de dupliquer l'ensemble du contenu des serveurs et des ordinateurs de l'OR2S. Ainsi, l'OR2S dispose de quatre serveurs PC haut de gamme (biprocresseurs - 2x4 cores 64 gigas, 2x6 cores 144 gigas, 2x8 cores 393 gigas, 2x8 cores 768 gigas et 2x10 cores 768 gigas de mémoire vive).

En 2015, quatre ordinateurs (une tour et trois portables) ont été achetés renforçant le parc existant. Par ailleurs, un nouveau serveur a été installé dans les locaux situés à la faculté de médecine pour permettre la gestion de la base de données. Cette année a vu l'acquisition d'un nouveau vidéo-projecteur.

Un contrat passé avec Canon comprend une imprimante photocopieur couleur faisant également office de fax. Ce matériel, qui inclut un scanner, permet ainsi une saisie automatique particulièrement aisée et rapide de certains questionnaires. Une imprimante Canon acquise en 2013 est également utilisée à l'antenne haut-normande ; elle présente les mêmes caractéristiques que le modèle en Picardie mais avec une puissance d'impression moindre. En 2014, un module de finition a été acquis pour permettre notamment la réalisation de brochures sur le site haut-normand.

Software

Pour les logiciels, l'OR2S a acquis le pack Office en version multi-poste Mac et PC, deux logiciels de PAO (Quark XPress et Adobe® InDesign®), deux logiciels de base de données (Microsoft® Office Access 2010 et SQL Server 2014), un logiciel de DAO (Adobe® Illustrator®), un logiciel de reconnaissance optique (Remark) et un logiciel de montage photographique (Adobe® PhotoshopCS®). D'autres logiciels sont également très ciblés et répondent à des tâches bien spécifiques : SPSS statistics 21.0, Spad 8.2, XL-STAT-Pro 2014 et Stata™13 (logiciels pour le traitement statistique des données), Géoconcept de Géoconcept SA (analyses et représentations cartographiques), NVivo 10 (logiciel d'analyse des données qualitatives) et Stat/Transfert 11 (logiciel permettant de convertir des fichiers de données en différents formats). L'environnement de développement Microsoft® Visual studio pro 2015, un logiciel de gestion des feuilles de paye Winfip+ et des compilateurs C++ Intel® sont aussi utilisés. De nombreux logiciels ont été actualisés ou de nouvelles licences achetées en 2014. Les sauvegardes quotidiennes sont effectuées sur les ordinateurs (Macintosh et PC) grâce au logiciel *open source* Duplicati dans sa version 1.3.4. Un logiciel additionnel de sauvegarde est utilisé sur PC, Synology Data Replicator 3. Une sauvegarde manuelle est assurée en complément *via* disques durs externes. Enfin, un système d'exploitation Windows server 2012 a été acquis et est plus particulièrement utilisé pour la duplication des tours serveurs synchronisés.

L'OR2S utilise en outre des logiciels *open source*, tels que Thunderbird (client mail), ou Firefox (navigateur Internet), le logiciel R (traitement statistique), la suite bureautique Libre Office, Gimp (DAO)...

Autres matériels internes et externes

L'OR2S dispose d'un matériel de vidéo-projection portable et d'un appareil d'enregistrement numérique, notamment utilisé lors de la tenue des différentes instances (AG et CA) et pour les travaux de nature qualitative pour les entretiens collectifs. Enfin, l'OR2S, situé au sein du pôle santé de la faculté de médecine à Amiens, a la possibilité d'utiliser des outils numériques et informatiques en matière de vidéo ainsi que des moyens offerts par le service de reprographie. Au Pôle régional des Savoirs, l'antenne haut-normande dispose également de certaines facilités : centre de documentation commun, salles de réunions modulables insonorisées dotées de vidéoprojecteurs, accès *wifi* et amphithéâtre d'une capacité d'environ 80 places assises équipé d'un système de retransmission en *streaming*.

MOYENS FINANCIERS

L'évolution du budget et des financeurs

Le graphique ci-dessous permet de distinguer plusieurs périodes dans l'évolution budgétaire de l'ORS puis de l'OR2S depuis sa création (30 juin 1982) :

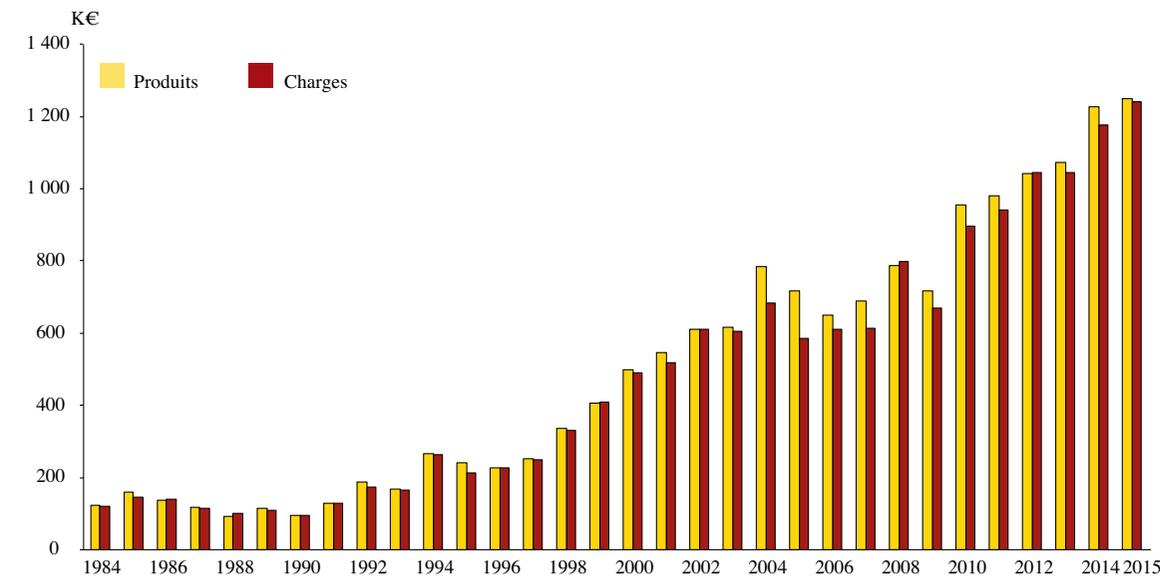
- la première période qui va de 1983 à 1985 est la mise en place de la structure avec une masse financière qui va logiquement s'accroître, du fait notamment du recrutement de salariés¹.
- la deuxième commence en 1986 et va jusqu'en 1990 avec une érosion lente des moyens de l'ORS. La diminution des crédits affecte aussi bien l'enveloppe de l'État que celle des autres partenaires ;
- la troisième a démarré en 1991 avec une croissance relativement linéaire jusqu'en 2004 qui correspond à

une augmentation conjointe de la participation de l'État et du nombre accru de partenaires, avec également l'intégration du programme transfrontalier de santé dans le cadre d'Interreg III en 2003² ;

- la période suivante comprend les années 2005 à 2009, marquée par une stabilité des produits et des charges, hormis 2008 ;
- enfin, à partir de 2010, une augmentation des produits est à nouveau constatée d'une année sur l'autre. Elle a été sensible en 2014 du fait de l'implication de plusieurs acteurs haut-normands. En 2015, le niveau est resté sensiblement le même à celui de 2014.

Sur les deux derniers exercices, quelques évolutions notables sont à mentionner compte tenu de la place grandissante des organismes haut-normands. Ainsi, sur ces deux années, le principal financeur demeure l'agence régionale de santé de Picardie mais pour une part moins importante que par le passé (30,3 %). Le second financeur est le conseil régional de Picardie avec une part de 23,0 %. L'agence régionale de santé de Haute-Normandie devient le troisième financeur avec 17,8 % de l'ensemble des produits sur les deux derniers exercices. Le quatrième financeur est multiple : il comprend la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé et une dizaine d'observatoires de la santé pour une participation de 11,0 %. Le conseil régional de Haute-Normandie apparaît ensuite avec une contribution de 7,3 %, en prenant en compte la mise à disposition de locaux au Pôle régional des Savoires. Les DRJSCS de Picardie et de Haute-Normandie contribuent pour une part équivalente de 2,8 %. Tous les autres financeurs participent pour 1 % ou moins à l'ensemble des produits.

Évolution des produits et des charges de l'ORS Picardie, puis de l'OR2S, entre 1984 et 2015 (sans les engagements à réaliser sur subventions attribuées et les charges sur les exercices antérieurs)



Source : OR2S

¹ compte tenu des moyens non utilisés, le budget de 1983 n'est pas présenté volontairement sur le graphique.

² l'année 1994 est spécifique compte tenu de l'organisation du congrès national des ORS, impactant aussi les produits de 1995.

ACTIVITÉS & TEMPS

Personnel et horaires de travail

Le tableau au verso permet de visualiser la répartition des heures de travail de chaque personne ayant exercé une activité à l'OR2S en 2015, grâce à la comptabilité analytique temps mise en place depuis de nombreuses années. Près de 37 600 heures ont été effectuées au cours de l'année, soit le niveau le plus élevé jamais enregistré. Tout compris, cela correspond à l'équivalent de 23,5 personnes à temps plein sur l'ensemble de l'année, sans tenir compte des heures qui ont été réalisées par une personne ayant travaillé comme auto-entrepreneur sur les diagnostics territoriaux de Haute-Normandie et de Picardie et certains administrateurs à titre bénévole, tout particulièrement la présidente, le trésorier et la secrétaire générale. Cette dernière intervient également dans le cadre de la *Plateforme sanitaire et sociale*, notamment dans l'écriture des numéros de la *Lettre d'information*.

L'effectif des personnes ayant exercé une activité, soit sur l'ensemble de l'année, soit sur une partie de celle-ci, est identique à celui de l'exercice précédent : trente-sept. Cet effectif est cependant supérieur à celui de 2011 et 2012 (respectivement trente-quatre et trente-trois personnes ayant exercé une activité au sein de l'OR2S). Il faut souligner que des heures supplémentaires (pour un total annuel de 266) ont pu/dû être effectuées par six salariés, pour permettre parfois le rendu de projets dans les temps impartis, mais aussi pour pallier les difficultés de recrutement pour certains travaux nécessitant des compétences spécifiques. Ce total d'heures est toutefois inférieur à celui des cinq dernières années.

En analysant plus finement la répartition des diverses tâches, le traitement des bases de données continue de constituer une partie importante de l'activité même

si elle est en retrait par rapport aux deux exercices précédents : 4 420 heures contre 4 840 heures en 2014 et près de 4 500 en 2013. Cette relative baisse s'explique car en 2013 et 2014 avait été engagé un important travail d'intégration de données plus anciennes, à l'image des données de mortalité portant sur 1979-1989 ou de celles des recensements de population de 1975 à 1990. Et cette activité ne tient pas compte de tout ce qui précède cette gestion des bases de données, à savoir la partie maintenance et développement des outils nécessaires au fonctionnement optimisé des bases de données. Ainsi, ce sont près de 5 500 heures qui ont été affectées en 2015 à cette activité, en y intégrant également la maintenance des deux sites Internet, soit une augmentation de quelque 1 500 heures par rapport à l'exercice précédent, notamment lié aux importants développements en matière cartographique. Le nombre de personnes impliquées est conséquent : 18 personnes y ont travaillé dont plus de la moitié (10) y a consacré plus de 200 heures, certains salariés dépassant même les 500 heures de travail.

En dehors de ces tâches liées à la gestion des bases de données et aux développements informatiques s'y associant, quatre activités ressortent, se situant à un niveau équivalent de plus de 3 000 heures (ou fort proche) ; il s'agit de la gestion des tâches diverses de fonctionnement et de la démarche qualité pour 3 883 heures, de l'analyse et de l'approfondissement des problématiques de santé sur les territoires picards (3 187 heures), de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* en Haute-Normandie (3 081 heures) et du programme *Jesais* pour 2 852 heures. La *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie a été moins chronophage en temps que son homologue haut-normande car plus en routine mais elle dépasse tout de même les

1 900 heures effectives. À ces heures, il faudrait d'ailleurs rajouter celles des membres du Groupe projet et du Comité de suivi des PF2S, qui ont participé à l'élaboration et à l'écriture de certains articles des Lettres d'information, et celles qui sont comprises dans la maintenance du site Internet et des bases de données.

Quatre projets viennent ensuite avec plus de 1 000 heures effectives en 2015 : les portraits territoriaux réalisés en Haute-Normandie avec près de 1 400 heures, l'évaluation des contrats locaux de santé en Haute-Normandie qui représente quasiment le même nombre d'heures (1 350), le diagnostic régional en Picardie avec 1 165 heures, et l'enquête *Indiss* menée auprès des jeunes haut-normands à travers la réalisation de neuf plaquettes. Le travail portant sur la santé des détenus a également enregistré un nombre d'heures conséquent (plus de 850 heures) avec notamment l'implication d'un interne de santé publique au même niveau horaire que la finalisation du Baromètre sur la santé des jeunes (866 heures), dans la continuité des années précédentes. Sont encore à faire ressortir le travail mené sur les centres collectifs d'accueil des mineurs avec près de 800 heures (stage DRJSCS Haute-Normandie non développé dans la suite du rapport) et pour 600 heures chacune, les études menées dans le monde du travail : *Evrest* en Haute-Normandie et les maladies à caractère professionnel.

Tous ces projets représentent près des neuf-dixièmes de l'ensemble des heures travaillées, les autres ayant chacun nécessité moins de 500 heures de travail au cours de l'année 2015. Il faut constater d'ailleurs que, parmi ceux-ci, de nombreux travaux sont reconduits d'une année sur l'autre et font partie de l'activité pérenne de l'OR2S.

Heures effectuées en 2015 suivant le projet

Répartition des heures effectuées par le personnel de l'OR2S suivant l'activité en 2015

	Alix Cindy	Boisson Cyrille (1)	Bonin Sylvie	Brusadelli Marion (2)	Caillaux Adèle (3)	Debuisser Sophie	Fanchille Émilie	Gandy Josephine (4)	Gatineau Florence (5)	Geneque Alexandre	Grillocq Flavien (6)	Guérin Olivia (7)	Guérin Marie (8)	Khaloufi Ismael (9)	Lefebvre Angélique	Lefèvre Anne	Lemaire Jérôme	Lémery Bernadette (10)	Lorenzo Philippe	Malod Jérémy (11)	Mansion Michaël	Menant Mathieu (12)	Michelot François	Nguyen Edhydul (13)	Ory Quentin (14)	Renaud Estelle (15)	Rodriguez Martine	Schymik Laurent (16)	Sawinski Bruno (17)	Tamazart Noura (18)	Thierpont Céline (19)	Thomas Nadège	Touté Kandjet (20)	Trugeon Alain	Virant Thomas (21)	Yang Bingjie (22)	Zerky Salah (23)	Total
Gestion, tâches diverses de fonctionnement, démarche qualité	46	152	373	21	15	66	30	72	56						74	101		96		180		349		176	5	970				66	317		268	59	72	3883		
État des lieux partagé sur la scolarité des élèves en situation de handicap (Réussite éducative)																		2												49						51		
Documentation, communication			2			30										13		96									48	96			16	32					337	
Fnors, ORS, OFBS, DGS, INCa, Drees, InVS, Refips	43			1								9			20	2		190								12				82	148					519		
Congrès, formation				3								14				14	14													32	16					163		
Réalisation de l'observation sociale, animation de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i>	27		206			480	12			5								316		12				43		96			80	144		310				1909		
CRSA, Politique de santé																		6													92					126		
Iresp, Insee, Direccte, Réseau oncologie, réseau autre	12					7	8																							3	12					78		
Sites Internet, gestion des bases de données et développement des requêtes de traitement	311		11	38	637			189	655		4	2	697		79	1711		1	1050			4								97	12					5493		
<i>Jesais</i>	10	1066	314	32	188	44	19							14				2	28							128		370	467	43	126					2852		
<i>Baromètres Santé</i>	1		61	12															490										251	16	32					866		
Tableaux de bord, indicateurs de la loi de santé publique et CPOM, <i>diagnostic régional santé</i>	57	31	211	20	223										22			3								222			50	322						1165		
Analyse et approfondissement des problématiques de santé sur les territoires picards		16	183	41				264	448	165					152	304	80		28						405		32		295	156	536					3187		
Fiches tableau de bord amiénais				1	4											407													57	24						491		
Projet alimentation			70												8			12																		299		
État de santé des détenus	17		25				158					194		147															12		89	7	12		377		854	
Maladies à caractère professionnel							153																						190		36			200		594		
Traitement des bases de données nationales et locales	1 192	133			184	491									28						222	740	27	928			12		149	90			224			4420		
Contribution à la création et/ou au suivi d'outils de pilotage des politiques			15																							10			113	16						154		
Divers Picardie			47															2											177							230		
<i>Indiss</i> (HN)											237		426										83	315					0	28							1088	
Soutien à la politique régionale de santé (HN)	0			13	9																		13	73					14	20							132	
Santé précarité (HN)			234									1			28																						281	
Tableau de bord santé environnement (HN)																							125														125	
<i>Evrast</i> (HN)													460										54	68									4				586	
Contrats locaux de santé (HN)			109		78							767		199				64					80	41									12				1350	
Plateforme de dépôt des appels à projets (HN)											46									48		2	3														99	
<i>Plateforme d'observation sanitaire et sociale</i> (HN)	1	39	122		223						20		43					114	24	436	686	160							345	802	50	18					3081	
Centres collectifs d'accueil des mineurs (HN)																												790								790		
Divers (HN)											65		19					3				242	250						7	9	6	4					603	
Indicateurs du schéma régional de prévention (HN)	4			7							5		5									53	43									8				120		
Portraits territoriaux (HN)			69	14			218		57		101	93		80				12				121	32		24				110	28	439					1397		
Reprise du travail après cancer (HN)											4											49														53		
Permanence des soins (HN)											79											7														86		
Santé mentale des migrants (HN)																						47														47		
<i>Normant III</i> - Étude sur la prévalence des troubles nutritionnels (HN)	9										47											20															75	
Plateforme de référencement de l'offre de soins du territoire de santé de Dieppe (HN)																						7															7	
Total	1727	1437	1705	525	839	1281	458	759	537	660	448	746	1202	858	1382	1479	1725	160	904	490	1604	740	1973	928	1729	410	1666	180	370	790	1210	2072	802	1864	1056	224	649	37584

Source : OR2S
(1) jusqu'au 23 septembre, (2) à partir du 24 septembre, (3) du 9 mars 2015 au 4 septembre, (4) jusqu'au 14 août, (5) du 1^{er} septembre au 30 novembre, (6) du 8 juin au 7 août, (7) 100 % du 22 février au 13 juin puis à 80 % à partir de septembre, (8) 61,5 % du 1^{er} janvier au 28 février puis à 100 % du 1^{er} mars au 31 août, (9) jusqu'au 2 octobre, (10) 40 % du 19 octobre au 18 décembre, (11) du 18 mai au 21 août, (12) jusqu'au 14 août, (13) du 1^{er} janvier au 31 juillet, (14) du 1^{er} février au 31 décembre, (15) du 16 au 30 septembre, (16) du 1^{er} janvier au 30 avril puis du 19 octobre au 31 décembre (36 heures par mois), (17) jusqu'au 30 avril, (18) du 20 avril au 30 septembre, (19) jusqu'au 8 septembre, (20) du 16 mars au 11 septembre, (21) du 1^{er} juin au 31 décembre, (22) du 9 novembre au 15 janvier, (23) jusqu'au 30 avril puis à partir du 1^{er} novembre.

Évolution des heures travaillées suivant le poste d'activité

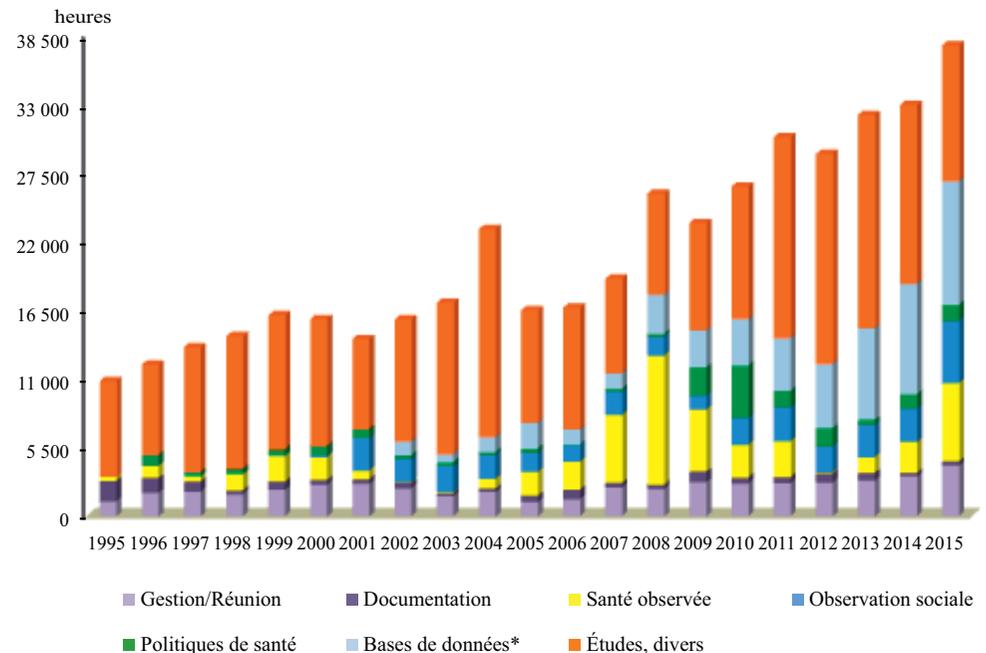
Avec près de 37 600 heures travaillées, l'année 2015 est l'année qui aura été marquée par la plus forte activité, devançant nettement 2014 de près de 15 %, qui était seulement la deuxième année après 2013 à avoir dépassé les 32 000 heures.

La partie « Études » représente chaque année, tout naturellement, une grande partie de l'activité de l'ORS de Picardie puis de l'OR2S (près de 11 000 heures en 2015, soit 29 %). Cette activité d'études est divisée par deux en quatre ans ; elle était de 58 % en 2012. Cette diminution provient essentiellement de l'augmentation importante de tout ce qui a trait au traitement des données, que ce soit à travers la gestion des bases de données qui a presque doublé en 2015 (au même niveau qu'en 2014) par rapport à 2011 (4 420 heures *versus* 2 382) ou à travers les développements des outils pour gérer et exploiter ces bases de données (près de 5 500 heures). Ainsi cet ensemble représente 26,4 % de l'activité totale contre moitié moins en 2008-2010, mais au même niveau que 2014. La part « Politiques de santé » a refranchi les 1 200 heures du fait de la demande exprimée par l'ARS Haute-Normandie, mais demeure moindre par rapport à la période 2009-2012 (2 300 heures en moyenne). La santé observée est revenue au niveau de la période 2007-2009 avec la réalisation d'un diagnostic régional qui s'inscrit dans la continuité de la production des tableaux de bord de santé et de nombreux diagnostics territoriaux, tant du côté de la Picardie que de la Haute-Normandie. L'observation sociale a doublé en termes d'heures par rapport aux cinq exercices précédents dû au fait de l'ouverture et du développement d'un dispositif identique en Haute-Normandie à celui de la région picarde.

Enfin, la gestion, les réunions et les tâches diverses de fonctionnement sont en augmentation en 2015 par rapport aux années précédentes, franchissant pour la première fois les 4 000 heures. Cela tient au fait du développement de la structure en Haute-Normandie qui a entraîné des tâches de gestion supplémentaires, liées notamment à l'installation de l'antenne et aux démarches administratives y afférant.

Toutefois, ce nombre masque en réalité une stagnation de cette part par rapport au niveau de la période 2007-2010 (10,8 % en 2014 contre 10,4 % en moyenne alors). La fonction de documentation s'est réduite progressivement à mesure du temps, dans une complémentarité avec celle de l'ireps dans le cadre du pôle de compétence en éducation pour la santé.

Évolution du nombre d'heures annuelles de travail effectivement réalisées depuis 1995 en fonction des principaux postes pérennes d'activité



Source : OR2S

* comprend le traitement des bases de données et la maintenance des sites Internet, des bases de données et les développements informatiques.

ACTIVITÉ AU QUOTIDIEN

Gestion

Une partie de l'activité de l'OR2S est logiquement consacrée aux tâches courantes de gestion de la structure qui peuvent être distribuées en deux groupes :

- l'enregistrement des écritures financières (qui sont transmises ensuite au cabinet d'expertise comptable), l'établissement des fiches de paie, le remplissage des bordereaux concernant les charges sociales et l'écriture de la DADS ;
- une partie administrative qui comprend les courriers, la préparation des réunions (assemblée générale, conseil d'administration, Bureau), leurs comptes rendus et la réalisation du rapport d'activité. L'organisation administrative des *Plateformes* (Copil, groupe projet, comité de suivi) en fait également partie. Par ailleurs, sont prises en compte dans cette partie les tâches d'entretien et toutes les fonctions ne pouvant être comptabilisées dans un autre poste, notamment les réponses aux appels à projets ou les contacts préalables à de potentielles actions.

Réunions - Formations

L'OR2S est appelé à participer à des réunions, soit au titre de consultant, soit au titre de représentant d'organisation. Peuvent être citées, pour l'exercice 2015, les réunions des ARS, des Ceser, des CRSA (commissions plénière, permanente, prévention, offre de soins et participation à la conférence nationale de santé en tant que représentant de la CRSA de Picardie), des Ireps, de l'OFBS et d'instances nationales : Fnors, DGS, Drees, InVS et INCa.

Sont également à prendre en compte les sollicitations de l'équipe de l'OR2S pour faire des présentations lors de séminaires ou de colloques.

Par ailleurs, l'équipe de l'OR2S est également sollicitée assez régulièrement pour intervenir au cours de formations, soit initiales, soit continues, à l'université et dans des écoles paramédicales ou du secteur social. Cette activité reste cependant marginale en regard des demandes potentielles. Enfin, l'OR2S réalise des formations pour l'utilisation des outils qu'il propose et/ou qu'il anime.

Savoir, faire, savoir faire et faire savoir

La raison principale d'existence de l'OR2S est de produire des analyses à partir de données provenant, soit de recueils mis en place en interne, soit de sources d'informations existantes. À partir de ce socle de base, il est possible de découper cette mission en deux fois deux types de réponse. Le premier se rapporte aux deux missions éponymes de l'OR2S : la santé, d'une part, et le social, d'autre part, même si la frontière est souvent difficile à délimiter. Le second a trait à toute structure qui se situe, quelque part, dans le domaine de la recherche-action : d'un côté, assurer le développement et trouver de nouveaux outils pour que les analyses soient toujours plus efficaces et, d'un autre côté, faire que les productions soient le plus largement et le plus efficacement diffusées auprès des publics ciblés.

Outre le glossaire permettant le décryptage des nombreux sigles présents dans ce document, la suite du rapport d'activité est découpée en quatre chapitres :

- le pôle santé, partie la plus conséquente compte tenu de l'histoire, traite de toutes les questions de santé, soit à partir des bases de données existantes au sein d'autres organismes, soit à partir d'outils de recueil mis en place spécifiquement ;
- le pôle social, le plus souvent dans le cadre des travaux des *Plateformes sanitaires et sociales*, s'intéresse aux caractéristiques sociales de la population, essentiellement à partir des bases de données existantes ;
- le pôle recherche et développement est axé sur les outils informatiques développés et sur les diverses méthodes d'interrogation des populations ciblées par les recueils ;
- le pôle communication et documentation se décline sous plusieurs formes : sites Internet, journées de rencontre, offre documentaire, diffusion de lettres d'information, interventions, formations et production de documents.

PÔLE SANTÉ

Données de mortalité

Par l'intermédiaire de la Fnors, l'OR2S dispose des données de mortalité depuis 1979 pour l'ensemble de la France, les dernières données disponibles étant celles de 2013. Elles sont issues des certificats et bulletins de décès collectés par le CépiDc de l'Inserm auprès des médecins lorsque ceux-ci sont amenés à constater un décès.

Depuis 1968, le CépiDc de l'Inserm est chargé d'élaborer annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'Insee. Cette statistique est issue des informations recueillies à partir de deux documents : le certificat médical et le bulletin d'état civil de décès. Lors d'un décès, le médecin établit un certificat de décès. La partie supérieure, utilisée pour la déclaration à l'état civil, est nominative. La partie inférieure est anonyme et comporte, en dehors des renseignements médicaux, la commune de décès, la commune de domicile, la date de naissance et la date de décès. Les informations médicales recueillies portent sur les causes du décès et permettent au médecin de décrire le processus morbide ayant conduit au décès en partant de la cause initiale jusqu'à la cause terminale ; d'éventuels états morbides ou physiologiques associés peuvent également être précisés. Le certificat de décès est remis à la mairie de la commune de décès où est détachée et conservée la partie supérieure nominative. Un bulletin de décès est alors établi par l'officier d'état civil à la mairie, comportant notamment les caractéristiques socio-démographiques de la personne décédée.

Ces données apportent des informations sur les causes du décès et sur les caractéristiques socio-démographiques de la personne décédée : année et mois de décès, commune de décès, commune

de domicile, lieu de décès (domicile, établissement hospitalier, clinique, voie publique...), état matrimonial, PCS, genre, âge, nationalité et nombre de jours vécus. Ces données individuelles portent sur l'ensemble des décès des personnes domiciliées en France ou des décès survenus sur le territoire de personnes non domiciliées en France.

Les causes de décès sont codées suivant la classification internationale des maladies (Cim), celle-ci étant révisée périodiquement. Depuis 2000, les causes de décès sont codées à partir de la dixième révision (Cim10). C'est la raison pour laquelle l'analyse des évolutions par cause de décès a nécessité un travail de correspondance entre la version actuelle et la précédente (Cim9), mené en lien étroit avec la Fnors depuis plusieurs années. Ainsi, deux autres codifications sont utilisées pour traiter les évolutions : une version réduite de la Cim9 dite S9 et une version pour certaines pathologies non prises en compte dans la S9.

Différentes requêtes ayant pour objet l'obtention d'indicateurs pour de nombreuses causes de décès ont également été réalisées. Ainsi, outre les décès toutes causes, de nombreux indicateurs peuvent être calculés par cause, suivant une finesse plus ou moins importante. Il est aussi possible d'avoir, à titre d'exemple, les décès pour l'ensemble des cancers et, de manière plus fine, par localisation cancéreuse.

Les données de mortalité de 2012 ont été intégrées à l'outil de calcul¹ en 2015 et celles de 2013 en mars 2016, portant la période d'étude sur 35 années (1979-2013).

Comme chaque année, des formules sont écrites pour obtenir des indicateurs portant sur le nombre de décès, la proportion, les taux (bruts et standardisés

-standardisations suivant les méthodes directe et indirecte et suivant l'âge ou l'âge et le genre-). Des formules de test de significativité adaptées aux formules de taux proposées sont élaborées pour effectuer des comparaisons entre zones géographiques, périodes ou selon le genre. À noter que la standardisation peut se faire, parallèlement à celle sur la population française, à partir de la population européenne dite de 2010. Dans le cadre de SCORE-Santé², des formules spécifiques de taux et de test de significativité sont également créées, permettant de produire des indicateurs en période triennale. En outre, des formules permettant le calcul d'espérance de vie ont également été développées en 2015.

Ces données sont à la base de nombreux travaux réalisés au sein de l'OR2S. Elles permettent de mesurer l'impact de certaines maladies, leur évolution au cours du temps ainsi que les disparités spatiales, socio-démographiques...

Outre les présentations orales effectuées, ces données ont permis d'alimenter le *Diagnostic régional de santé*³, les *Diagnostics territoriaux santé* réalisés sur des pays picards et sur des territoires haut-normands⁴, la plaquette portant sur le cancer du sein dans le cadre de l'observation des maladies chroniques⁵ et de deux plaquettes synthétiques présentant la situation socio-sanitaire au niveau des EPCI haut-normands, d'une part, et des pays et EPCI picards, d'autre part⁶. Ces différents documents intègrent des analyses d'évolution sur une trentaine d'années.

¹ pour plus de précision cf. p. 89.

² pour plus de précision cf. p. 74.

³ pour plus de précision cf. p. 55.

⁴ pour plus de précision cf. respectivement les p. 56. et p. 64.

⁵ pour plus de précision cf. p. 62.

⁶ pour plus de précision cf. respectivement les p. 65. et p. 61.

Données de morbidité - Affections de longue durée

Par l'intermédiaire de la Fnors, l'OR2S dispose des données nationales des affections de longue durée, de 2005 à 2014 pour les admissions et de 2010 à 2014 pour le total des ALD. Elles sont transmises par les trois principaux régimes d'Assurance maladie : régime général (Cnamts), régime agricole (CCMSA) et régime des indépendants (CNRSI).

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites « de longue durée » (ALD) est établie par décret. Certaines affections sont dites « hors liste », il s'agit de maladies graves de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse. L'ALD est constatée par le médecin traitant qui remplit un protocole de soins définissant la pathologie qui peut être prise en charge dans ce cadre. Celui-ci envoie ensuite le document au médecin conseil de la caisse d'assurance maladie dont dépend l'assuré.

Les données d'ALD, à vocation administrative, sont informatisées par les caisses d'assurance maladie. L'OR2S dispose de ces données, nouveaux cas et ensemble des cas, pour les trois principaux régimes de l'Assurance maladie (Cnamts, CCMSA et CNRSI). Les informations fournies ont trait au bénéficiaire (lieu de domicile, âge et genre) ainsi qu'à la pathologie justifiant l'ALD, renseignée sous deux formes : liste par décret et classification internationale des maladies dans sa dixième révision (Cim10).

Le lieu de domicile du bénéficiaire est plus ou moins précis selon le régime et les données fournies. Ainsi, pour les nouvelles ALD, celles-ci permettent une observation à des niveaux géographiques relativement fins sur l'ensemble de la période (données allant de 2005 à 2014 disponibles au niveau communal ou par code postal, selon le régime d'affiliation). Pour les données relatives au total des ALD, elles sont depuis 2012 disponibles à un niveau géographique fin : la commune ; elles n'étaient, pour la période 2010-2011, fournies qu'au niveau départemental pour l'un des trois régimes.

L'unité géographique de base, permettant une observation à n'importe quel niveau infra-régional, est la commune (excluant de fait le niveau infra-communal). Aussi, chaque année, lorsque de nouvelles données sont disponibles, outre leur intégration à l'outil de calcul, est réalisé un travail d'estimation permettant de passer des codes postaux aux communes. Les admissions en ALD variant suivant l'âge et le genre, l'estimation faite à partir des données de population prend en compte ces paramètres. De plus, cette estimation est à ajuster pour les dernières années d'ALD du fait du décalage dans le temps de la disponibilité des données du recensement, les dernières données de population disponibles étant celles du RP 2012.

Une fois ce travail réalisé, des formules sont déployées pour obtenir des indicateurs portant sur le nombre d'ALD (admissions et total), la proportion, les taux (bruts et standardisés ; standardisations suivant les méthodes directe et indirecte et suivant l'âge ou l'âge et le genre). De plus, les résultats de test de significativité pour chaque comparaison de

taux standardisés, et ce selon différents critères (zone géographique, période ou genre), sont également disponibles. À noter que la standardisation peut se faire, parallèlement à celle sur la population française, à partir de la population européenne dite de 2010. Dans le cadre de SCORE-Santé, des formules spécifiques de taux et de test de significativité sont également créées, permettant de sortir des résultats en période triennale (pour les données relatives aux nouvelles ALD uniquement).

Ces données permettent une approche de la morbidité diagnostiquée, mais ne reflètent aucunement la morbidité réelle. En effet, un indicateur qui paraît favorable car inférieur au niveau national, peut en réalité être la résultante d'un système organisationnel (différence de prise en charge, moindre recours aux professionnels de santé...) Cette notion est néanmoins importante à aborder pour mieux comprendre le système sanitaire dans sa globalité. Aussi, ces données, couplées à celles de mortalité, voire à d'autres recueils, sont à la base de nombreuses analyses.

Outre les présentations orales effectuées, ces données ont permis d'alimenter le *Diagnostic régional de santé*¹, les Diagnostics territoriaux santé réalisés sur des pays picards et sur des territoires haut-normands², la plaquette portant sur le cancer du sein dans le cadre de l'observation des maladies chroniques³ et de deux plaquettes synthétiques présentant la situation socio-sanitaire au niveau des EPCI haut-normands, d'une part, et des pays et EPCI picards, d'autre part⁴. Ces différents documents intègrent des analyses d'évolution sur une trentaine d'années.

¹ pour plus de précision cf. p. 55.

² pour plus de précision cf. respectivement les p. 56. et p. 64.

³ pour plus de précision cf. p. 62.

⁴ pour plus de précision cf. respectivement les p. 65. et p. 61.

Données de morbidité - Hospitalisation

Par l'intermédiaire de la Fnors, l'OR2S dispose des données nationales du PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour les années allant de 2006 à 2013¹. Il s'agit d'une base de données médico-administratives gérée par l'Atih rassemblant la quasi-totalité des séjours hospitaliers de soins de courte durée en MCO.

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité. L'arrêté du 20 septembre 1994 et la circulaire du 10 mai 1995 fixent l'obligation faite aux établissements de transmettre leurs données, impliquant une mise en place du PMSI dès 1997.

Introduite en 2004, par la loi de financement de la Sécurité sociale, la tarification à l'activité (T2A) instaure un nouveau mode de financement des établissements de santé. Avant la T2A, des séjours hospitaliers étaient absents de cette base (certains établissements ne répondant pas ou partiellement) induisant donc un défaut d'exhaustivité. La T2A a permis d'améliorer la qualité des données recueillies², le PMSI est maintenant relativement exhaustif et peut donc être utilisé sans redressement spécifique.

Si l'objectif premier de ce recueil est d'ordre économique, la richesse de cette base permet de quantifier et d'expliquer l'activité hospitalière, d'aborder la morbidité des patients hospitalisés au moyen de critères médicaux (diagnostics, actes chirurgicaux...) mais aussi à partir de données démographiques (âge, genre...), et d'en mesurer les évolutions.

Le recueil et l'analyse de ces données reposent sur l'utilisation de classifications. Chaque hospitalisation est prise en compte dans l'un des groupes homogènes de malades (GHM). Les différents diagnostics correspondant au séjour sont codés à l'aide de la classification internationale des maladies dans sa dixième révision (Cim10) et les actes au moyen de la CCAM.

Le travail d'intégration des données du PMSI dans l'outil de calcul est conséquent du fait du nombre important de tables et de variables disponibles, des évolutions subsistant chaque année dans la structure des tables, mais également dans l'évolution du codage de certaines variables. Le travail de fusion avec les données disponibles dans l'entrepôt (2006 à 2013) est en cours de finalisation. Ceci permettra de produire des indicateurs agrégés sur plusieurs années. Ce travail de fusion est là encore considérable, aussi bien par le volume des bases traitées que dans la prise en compte de l'évolution de la structure des tables. Ainsi, la table permettant de stocker les informations concernant les séjours pour les huit années regroupées comptera près de soixante variables et plus de cent-quatre-vingt millions de lignes. Pour un même séjour, plusieurs diagnostics, actes ou unités médicales peuvent être enregistrés, ces informations étant stockées dans des tables spécifiques (le lien entre les tables est assuré par un numéro unique de séjour). À titre d'exemple, la table de données la plus conséquente en nombre de lignes est celle relative aux actes, comptant près de cinq-cent-quatre-vingt millions de lignes.

Des formules ont été développées pour obtenir rapidement des informations concernant le séjour (mode d'entrée et de sortie, durée du séjour, âge du patient au moment de l'hospitalisation, genre, lieu de domi-

cile...), le ou les diagnostics, les actes éventuels réalisés. Le lieu de domicile enregistré dans le PMSI correspond aux codes postaux ou à un regroupement de codes postaux. Aussi, des travaux sont en cours pour effectuer une estimation des données au niveau communal ; niveau géographique de base, permettant une observation à n'importe quel niveau infra-régional.

Par ailleurs, les données du PMSI permettent de faire le lien entre les hospitalisations d'un même patient, via un numéro de chaînage. Aussi, des requêtes permettant l'obtention d'indicateurs pour les patients et non pas uniquement pour les séjours sont en cours de développement. Cette problématique est complexe à traiter compte tenu de l'âge du patient qui évolue et que celui-ci peut déménager au cours du temps. De plus, certaines incohérences sont relevées (le genre peut être différent entre les séjours d'un même patient, l'âge entre les différents séjours n'est pas toujours cohérent...) et sont donc à prendre en compte dans l'élaboration des formules développées. En parallèle, une réflexion est à mener pour permettre la construction d'indicateurs ciblés sur certaines pathologies permettant ainsi d'aborder la morbidité à des niveaux géographiques fins. Cependant, l'utilisation des données du PMSI dans une dimension épidémiologique n'est pas chose aisée et est portée à controverse (compte tenu notamment du rôle de la T2A qui en fait une base à viser économique).

¹ les données d'hospitalisation en psychiatrie (Rim-P), à domicile (HAD) et en soins de suite et de réadaptation (SSR) sont également disponibles pour les années 2009 à 2013, mais n'ont pas encore pu être traitées, ni même intégrées dans l'outil de calcul. Par ailleurs, les données 2014 du PMSI MCO sont disponibles à la Fnors mais ne peuvent pas pour le moment être traitées en région du fait de l'attente d'une autorisation de la Cnil.

² elle pose peut être d'autres problèmes.

Données de morbidité - Certificats de santé

La loi du 15 juillet 1970 a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé lors de trois examens médicaux des enfants : l'examen préventif effectué dans les huit jours suivant toute naissance, ainsi que les examens réalisés au cours des neuvième et vingt-quatrième mois, considérés comme moments clés dans le développement de l'enfant.

Les données issues des certificats de santé permettent d'analyser et de suivre les évolutions de la santé des jeunes enfants. Le travail réalisé est mené en partenariat entre l'OR2S et les équipes de PMI des conseils départementaux de la région.

Les trois certificats de santé (huitième jour, neuvième et vingt-quatrième mois) sont renseignés par les médecins examinant les nouveau-nés et nourrissons au cours des examens obligatoires, puis sont retournés aux services départementaux de la PMI. De par leur caractère obligatoire, les certificats de santé couvrent tous les enfants, qui sont répertoriés selon le département de domiciliation de la mère. Dans les faits, tous les certificats ne sont pas retournés. Si le taux de retour est très satisfaisant pour le premier (supérieur à 95 %), celui-ci diminue ensuite très sensiblement pour le deuxième (de l'ordre de 40 %) et pour le troisième (de l'ordre de 35 %).

Chaque certificat comporte deux parties, l'une administrative et l'autre médicale. Les données administratives recueillies permettent de disposer de renseignements sur les parents (situation professionnelle, âge de la mère, commune de domiciliation...) et la partie médicale comprend des informations sur la grossesse, l'accouchement, l'état de santé à la naissance et durant les premiers mois de l'enfant (caractéristiques staturales, développement psychomoteur, couverture vaccinale...)

Les données des certificats de santé du huitième jour (données allant de 2003 à 2014), du neuvième mois (de 2006 à 2013) et du vingt-quatrième mois (de 2006 à 2011) sont disponibles pour les trois départements de Picardie. Un travail de fusion et de validation des bases est nécessaire. Une réflexion sera à mener concernant les années qui peuvent être utilisées¹.

Des indicateurs issus de ces données (mères allaitant à la naissance et naissances de faible poids sur la période 2010-2014) ont alimenté la quatorzième édition du *Croisement d'informations régionalisées* (cf. p. 83).

¹ même si certaines années sont disponibles, elles ne pourront peut-être pas pour autant être utilisées car elles ne sont pas comparables aux données plus récentes.

Les certificats de santé

PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ
8 jours

DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ
9 mois

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ
24 mois

8^e jour

9^e mois

24^e mois

Données d'offres de soins et de services

Par l'intermédiaire de la Fnors, et via un conventionnement de celle-ci avec la Drees, l'OR2S dispose d'extractions du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et du répertoire Adeli. Ces bases permettent de recenser les différents professionnels de santé. Les dernières bases disponibles sont celles de 2015. Les données relatives aux établissements de soins et médico-sociaux sont également téléchargeables via le site data.gouv.fr, les dernières données traitées au sein de l'OR2S étant celles de 2014 pour la base SAE et issues d'une extraction du 4 avril 2016 pour la base Finess.

Le Répertoire partagé des professionnels de santé remplace Adeli pour les médecins généralistes et spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes. Il sera étendu à l'ensemble des professionnels de santé dans une seconde phase. En attendant, c'est Adeli qui est en vigueur pour les infirmiers et les autres professionnels de santé. Dans les bases reçues, sont comptabilisés les professionnels ayant une activité salariée ou libérale et, pour la base RPPS, ceux ayant une activité soignante (avec la distinction remplaçants ou non) mais également ceux ayant une activité non soignante ou non médicale.

Les informations contenues dans ces bases se rapportent à l'ensemble des données d'identification (âge et genre), de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tous les professionnels de santé, ainsi que la commune d'exercice.

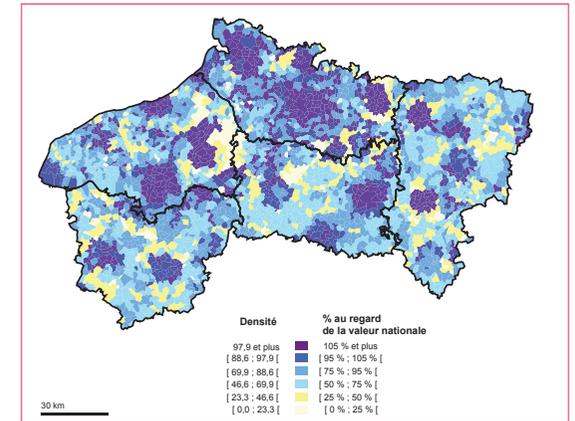
Ces données permettent de calculer des densités de professionnels de santé à différents niveaux géographiques, mais également de suivre la démographie de ces professionnels, en essayant notamment de déterminer les territoires où, compte tenu des besoins, des actions seront plus spécifiquement à mener. Des travaux sont actuellement en cours pour développer des algorithmes permettant de calculer des indicateurs de densité lissées (cf. illustrations ci-contre) et de produire des cartographies de temps d'accès aux professionnels de santé et de densités lissées.

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est l'une des principales sources de référence du ministère sur les établissements de santé, complémentaire du PMSI, puisqu'elle renseigne sur les capacités, les équipements et les personnels.

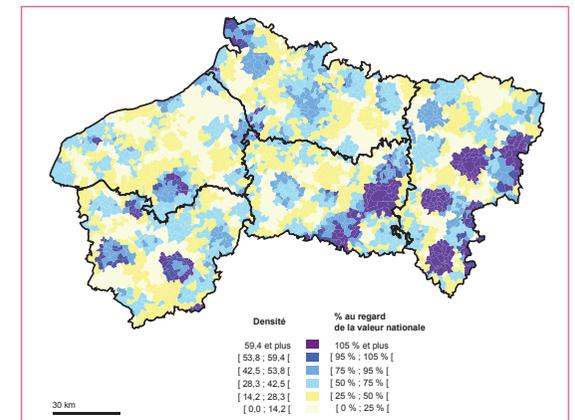
Finess assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément. Les données sont actualisées au quotidien en fonction des modifications effectuées au niveau territorial (ARS, DRDJSCS/DRJSCS).

Densité* au 1^{er} janvier 2015 (pour 100 000 habitants)

médecins généralistes libéraux



chirurgiens-dentistes libéraux



* les cartes ci-dessus présentent des densités lissées par commune à partir des communes voisines d'ordre 1 et 2 (le lissage intègre également les communes limitrophes aux deux régions).

Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel

L'OR2S, la Direccte et l'InVS ont maintenu leur collaboration en 2015 quant au dispositif de surveillance épidémiologique en milieu de travail des maladies à caractère professionnel (MCP) en Picardie.

Ce programme a été mis en place pour la première fois en 2003 dans la région des Pays de la Loire, la Picardie y est entrée en 2009. En 2015, outre les deux régions déjà mentionnées, le protocole de surveillance fonctionne dans dix régions : Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Centre, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord - Pas-de-Calais et Poitou-Charentes.

Les objectifs du recueil sont de mesurer la prévalence des MCP, d'évaluer les liens entre agent d'exposition professionnelle et catégories de pathologies, et d'estimer la proportion de ces maladies non déclarées. L'enquête, de type « un jour donné », consiste à collecter des informations, sur l'ensemble des visites médicales faites par des médecins du travail volontaires durant deux semaines consécutives, d'une part, et de recueillir des informations supplémentaires sur tous les cas estimés comme ayant une MCP par le médecin, d'autre part.

En 2015, en Picardie, une quinzaine a été réalisée sur la période du 28 septembre au 9 octobre, avec la possibilité de décaler cette quinzaine du 30 novembre au 11 décembre suite à l'impossibilité d'organiser le recueil dans des conditions optimales pour certains services de santé au travail. Les médecins ont à disposition des outils standardisés pour permettre ce recueil : un tableau de bord permettant l'enregistrement de toutes les visites effectuées durant la quinzaine, des fiches permettant le signalement d'une ou plusieurs MCP et un tableau recensant leurs effectifs annuels attribués pour l'année en cours.

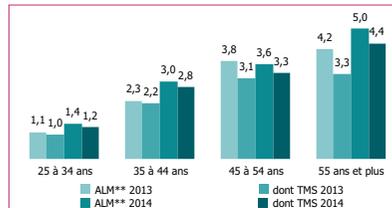
Depuis 2011, l'InVS propose une application qui permet d'informatiser l'ensemble des documents de recueil des MCP et de transmettre directement les données pour une validation nationale. Les médecins du travail ont un accès personnel à cette application, ce qui leur permet d'enregistrer directement toutes les visites qu'ils effectuent durant les quinzaines et de signaler les MCP rencontrées.

Quarante-huit médecins ont participé à la quinzaine de 2015, soit un peu moins de 30 % des médecins du travail en activité en Picardie, dont vingt via l'application informatique. La participation des médecins (38,2 %) connaît une légère baisse par rapport à 2014 malgré les efforts maintenus par l'OR2S et la Direccte d'aller à la rencontre des médecins du travail. Ainsi, trois réunions d'informations ont été organisées en amont de la quinzaine 2015 et une post-quinzaine dans les diverses structures de médecine du travail de la région. Ces réunions comprenaient deux parties : la présentation des premiers résultats régionaux de 2014 et la formation à une utilisation optimisée de l'application informatique pour la saisie des données. De façon plus générale, ce deuxième temps a permis aux médecins d'avoir une vision concrète de l'outil informatique.

Les données de la quinzaine 2015 sont en cours de validation au niveau régional avant d'être transférées au niveau national pour validation. L'analyse des données et la réalisation de la plaquette de rendu se feront au cours du deuxième trimestre 2016. Suivant un autre calendrier, l'analyse des données 2014 a été effectuée au cours du dernier trimestre 2015 ; celle-ci a abouti sur la production d'une plaquette publiée en décembre 2015 (cf. illustrations ci-contre). Il est à rappeler qu'une quinzaine avait eu lieu en 2014, soixante-cinq médecins y avaient participé.



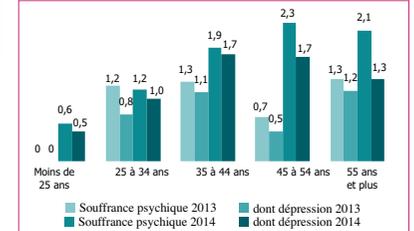
Taux de prévalence des affections de l'appareil locomoteur et notamment des TMS selon l'âge*



* Les salariés âgés de moins de 25 ans n'apparaissent pas, les données n'étant pas publiables.

** Affections de l'appareil locomoteur
Sources : Direccte, InVS, OR2S

Taux de prévalence de la souffrance psychique et notamment de la dépression selon la classe d'âge



Sources : Direccte, InVS, OR2S

État de santé des personnes détenues

Dans le cadre d'un partenariat santé/justice, à l'initiative alors de la Drass prolongé ensuite par l'ARS, l'OR2S avec les unités sanitaires des établissements pénitentiaires continue à surveiller la santé des personnes sous main de justice suivant un protocole élaboré dès 2009 mais en évolution permanente.

Le dispositif mis en place a pour objectif de disposer d'une photographie de l'état de santé des personnes arrivant en milieu carcéral afin d'adapter au mieux la prise en charge sanitaire des détenus. Ce travail est réalisé en partenariat étroit avec les unités sanitaires des établissements pénitentiaires de la région.

Le recueil des données se fait *via* une fiche épidémiologique remplie par le personnel médical de l'unité sanitaire pour chaque nouvel entrant lors de la visite médicale suivant l'incarcération. Les données sont saisies depuis une application informatique disponible sur un serveur sécurisé mis à disposition par l'OR2S¹.

La saisie effectuée, la fiche est imprimable et peut donc être intégrée au dossier personnel du détenu. Elle comprend des informations sur l'état de santé de celui-ci mais aussi sur sa situation sociale à l'aide de sept grandes thématiques :

- situation socio-économique (situation matrimoniale, enfant, domicile avant l'incarcération, situation professionnelle, couverture sociale...);
- antécédents médicaux (pathologies somatiques chroniques, consultation d'un médecin...);
- addictions (consommation de tabac, d'alcool et de stupéfiants);
- dépistages réalisés avant l'incarcération (hépatites, VIH...);
- vaccinations antérieures à l'incarcération (DTP, ROR...);

- état de santé actuel du détenu (poids, taille, tension artérielle, traitement en cours, état buccodentaire...);
- prescriptions et dépistages réalisés à l'entrée (prescription de consultation médicale, biologie prescrite...)

Après une phase de test en 2011, sur deux (Compiègne et Beauvais) des six établissements que la région comprend, l'année 2012 a vu l'entrée progressive des autres établissements pénitentiaires dans le processus de recueil.

Durant 2015, l'OR2S a récupéré l'ensemble des données saisies en 2014 afin de les analyser. Les données recueillies dans les cinq établissements enquêtés (Amiens, Beauvais, Compiègne, Laon et Liancourt) ont permis de visualiser l'état de santé des détenus -sur un total de 1 780 fiches- mais aussi leur situation sociale. Cette analyse a fait l'objet de la production d'une plaquette restituant les résultats. En 2015, près de 1 900 fiches ont pu être recueillies. Elles sont en cours de validation et feront l'objet d'une analyse et d'une plaquette qui sera diffusée à la fin du premier semestre 2016.

En 2015, un comité de pilotage, présidé par l'ARS, a permis de souligner l'intérêt de la démarche et la volonté de participation des établissements, et notamment du personnel médical. Concernant la fiche, il faut également mentionner qu'une réflexion a été mise en place concernant un recueil d'information abordant les aspects psychiatriques de façon plus détaillée. Après la mise en adéquation de l'application informatique, une phase de test s'est déroulée de juin à juillet 2015 auprès de deux établissements pénitentiaires. À l'issue de cette phase de test concluante, la nouvelle organisation est opérationnelle pour tous les établissements dès le 1^{er} janvier 2016.

Première page de saisie



La plaquette



¹ hormis pour Amiens où les données saisies sont récupérées à partir de l'exploitation informatique développée par le CHU d'Amiens.

Jeunes en santé, indicateurs et suivi

L'enquête *Jeunes en santé, indicateurs et suivi* (Jesais) a été réalisée à la demande du rectorat de l'académie d'Amiens et de la préfecture de région ; elle est cofinancée par l'ARS et le conseil régional. Connaître l'évolution de l'état de santé des élèves de sixième et de seconde scolarisés au niveau des bassins d'éducation et de formation (Bef), tel est l'objet de la constitution de cette base de données régionale qui prend en compte le gradient social. Le recueil repose sur la participation active des infirmier(ère)s au sein des établissements scolaires.

La première enquête *Jesais*, qui s'est déroulée au cours de l'année scolaire 2005-2006 auprès des élèves de sixième, était limitée à trois territoires : Thiérache, Santerre-Somme et Beauvaisis. À partir de 2006-2007, l'enquête permet une représentativité régionale et, à partir de 2009-2010, un échantillonnage d'un quart des élèves est effectué de façon aléatoire à partir du jour de naissance de l'élève (avec une possibilité toutefois pour les établissements d'enquêter tous les élèves). Chaque année, depuis 2008-2009, deux enquêtes sont effectuées, une auprès des élèves de sixième et l'autre concerne ceux de seconde.

L'enquête est constituée de deux parties. Dans la première, les thématiques abordées ont trait à l'activité professionnelle des parents, la composition de la famille, les pratiques sportives et activités extrascolaires, l'hygiène de vie, les habitudes alimentaires, les consommations de tabac, d'alcool et de drogue. L'élève remplit cette première partie, aidé si nécessaire de l'infirmière ou d'une autre personne. Dans la seconde partie, les infirmier(ère)s scolaires notent leurs observations suite aux différents exa-

mens qu'elles ont effectués (poids, taille, tour de taille, état dentaire, audiogramme, vision, vaccinations qui figurent sur le carnet de santé). Elles interrogent également les élèves sur leur éventuelle prise en charge par un professionnel de santé et sur leurs problèmes de santé. Pour les élèves de seconde, des questions relatives à leur vie affective et sexuelle sont intégrées (principalement sur le mode de protection et de contraception).

La saisie se fait via un questionnaire informatisé¹. Une fiche imprimable résumant toutes les informations saisies est à la disposition des infirmier(ère)s qui souhaiteraient l'intégrer au dossier de l'élève.

Pour offrir une parfaite représentativité des échantillons constitués, l'OR2S détermine en amont les inclusions d'élèves avec les infirmier(ère)s, ainsi que pendant tout le recueil. Il gère toutes les aides éventuelles avec le recrutement d'infirmier(ère)s et d'opérateur(trice)s de saisie. Depuis 2010, l'OR2S fournit à chaque collège et lycée un outil de restitution des résultats pour comparer leurs données à celles de l'ensemble du département et de la région.

En 2015, comme chaque année durant l'été et au début de l'automne, le travail de validation des données recueillies au cours de l'année scolaire 2014-2015 a débuté : nettoyage des bases, validation et contrôle de cohérence. Lorsque les données paraissent incohérentes, une vérification a été faite auprès des infirmier(ère)s scolaires. S'en suivent le travail de fusion et d'homogénéisation avec les données des années précédentes puis la mise en place de pondérations pour avoir des résultats représentatifs à différents échelons géographiques : région,

département, Bef... Ceci constitue un pré-a-lable pour effectuer les analyses d'évolution et pour obtenir des résultats à des niveaux infra-départementaux (garantissant une meilleure stabilité statistique du fait de l'agrégation de plusieurs années).

Enfin, des analyses pour la production de plaquettes et de présentations orales ont été réalisées en 2015. Deux plaquettes ont été réalisées : une portant sur les élèves de sixième et l'autre sur ceux de seconde. Elles abordent différentes dimensions présentes dans le questionnaire en regroupant le maximum d'années. Les données présentées sont le plus souvent déclinées par genre et, pour les élèves de seconde, par type de filière. Par ailleurs, une restitution des résultats a été faite dans le cadre du regroupement des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). En outre, ces données ont permis d'alimenter le *Diagnostic régional de santé*².

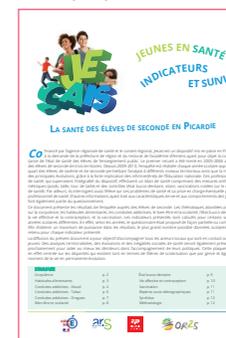
¹ des formations aux infirmières ont été mises en place à la fin 2014 et en janvier 2015. Pour plus de précision sur l'application de saisie en ligne cf. p. 91.

² pour plus de précision cf. p. 55.

La plaquette des 6^e



La plaquette des 2nde



Recherche-action en nutrition

Une recherche-action autour de la nutrition a été mise en place en Picardie en 2013 auprès des élèves de seconde sous l'appellation PicAlim. Ce projet est le fruit d'une collaboration entre l'OR2S et l'Ireps réalisé dans le cadre d'un appel à projet lancé par le Fonds français pour l'alimentation et la santé (FFAS) et co-financé par l'agence régionale de santé et le conseil régional de Picardie. L'objectif principal est de construire des messages de prévention avec les élèves grâce à la réalisation d'entretiens collectifs, et en se basant sur les résultats d'un recueil alimentaire mis en place préalablement à la tenue de ces entretiens.

Cette étude se divise en plusieurs axes : quantitatif (questionnaire et carnet alimentaire) et qualitatif (entretiens collectifs, puis co-construction de messages de prévention avec les élèves).

Le premier, piloté par l'OR2S, permet de documenter la prise de nourriture (types d'aliments, fréquences et moments de consommation) des élèves de seconde des filières générale, technologique et professionnelle, à partir d'un recueil alimentaire. Il est possible d'identifier les différentes familles d'aliments structurant chacune des occasions de consommation d'une journée, d'étudier les apports énergétiques et nutritionnels des lycéens mais aussi de décrire l'environnement de leurs repas.

Le second est piloté, d'une part, par l'OR2S pour les *focus groups* (entretiens collectifs) et, d'autre part, par l'Ireps pour la construction des messages de prévention. Ces derniers se basent sur les résultats des données alimentaires et sont complétés par la réalisation des entretiens collectifs. Ils ont permis de co-construire avec les jeunes des actions de prévention en matière de nutrition par la formulation de messages, l'écriture de scénarii de clips vidéo et l'utilisation des outils du marketing social.

L'activité 2015 liée à ce projet a consisté à terminer l'évaluation et l'écriture du rapport final qui a été rendu au printemps 2015 (des rapports intermédiaires ont été publiés au fur à mesure de l'avancée de l'étude, afin de présenter les résultats de chaque phase).

La vidéo d'animation a été mise sur internet. Une chaîne YouTube a été créée pour l'OR2S à cette occasion. L'animation permet de retrouver les principaux résultats du recueil PicAlim.

L'ensemble des résultats de ce projet a été validé par le comité de pilotage de PicAlim et par le Fonds français pour l'alimentation et la santé au cours de second semestre de l'année.

Les résultats de PicAlim ont été présentés lors du congrès de la Société française de santé publique qui s'est tenu à Tours (novembre 2015). Un article scientifique est en cours d'écriture. Il se rapporte à la partie recueil alimentaire. Un second devrait l'être sur l'évaluation en revenant sur l'ensemble du dispositif.

Enfin, une réunion s'est tenue à Paris au siège du Fonds français en janvier 2016 pour présenter une synthèse du projet et sa valorisation.

En marge de PicAlim, le *serious game* Nutribird, développé par l'Ireps a été finalisé et sera mis en téléchargement public au cours du 1^{er} semestre 2016. Ce jeu a reçu deux prix lors du hackathon de Strasbourg en 2014, celui de la meilleure solution pour l'éducation à la santé et celui du public.

PicAlim sur la chaîne YouTube de l'OR2S



Le rapport



La vidéo d'animation



Baromètre santé jeunes

Pour la troisième fois consécutive, le Baromètre santé jeunes a fait l'objet d'une extension régionale en 2010. La réalisation de ce troisième Baromètre a reçu le soutien financier de l'ARS, du conseil régional de Picardie et du conseil général de l'Oise. Un financement complémentaire dans le cadre d'un appel à projet par la Mildt, l'INCa et l'Inserm a permis d'accroître la taille de l'échantillon, et notamment d'évaluer les actions mises en place par le dispositif de la Task force alcool. En effet, dans cette édition, les personnes interrogées dans les territoires concernés par les actions de la Task force alcool (Picardie Maritime, Laon-Hirson et Oise Occidentale) ont été surreprésentées.

Le Baromètre santé, enquête nationale mise en place par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a pour objectif de décrire les principaux comportements, attitudes et perceptions liés à l'état de santé des Français. De nombreuses thématiques sont abordées dans le questionnaire :

- perception de santé, sentiment d'information ;
- qualité de vie ;
- téléphonie santé ;
- vaccinations ;
- conduite alimentaire ;
- tabac ;
- alcool ;
- drogues illicites ;
- santé mentale ;
- suicide ;
- sexualité et contraception ;
- évènement de vie, violence subie ;
- sommeil ;
- maladie chronique ;
- handicap ;
- accidents.

Le Baromètre santé repose sur une enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de la population. L'institut de sondage Lavalie (ISL) a réalisé la passation des questionnaires par téléphone en utilisant le système Cati (*Computer Assisted Telephone Interview*) entre octobre 2009 et octobre 2010 (de mai à octobre 2010 pour le sur-échantillon picard).

En Picardie, le sur-échantillon pour cette enquête générale est ciblé sur les jeunes de 15-34 ans et a été complété d'un sur-échantillon pour le département de l'Oise. Au total, 2 031 Picards de 15-34 ans, dont 1 065 Isariens, ont été interrogés.

Le questionnaire et la méthodologie employés dans la région sont, à quelques exceptions près, les mêmes que ceux mis en œuvre dans l'enquête nationale. Dans celle-ci, le questionnaire est divisé en quatre parties : un questionnaire principal proposé à l'ensemble des personnes interrogées et trois modules complémentaires adressés chacun à environ un tiers des personnes interviewées (chaque personne n'étant interrogée que sur l'un des trois modules). Pour le sur-échantillon régional, le questionnaire est composé de la partie principale du questionnaire national, de certaines questions des modules complémentaires. En région, des questions relatives à la connaissance de la *Task force alcool* et des actions de prévention concernant les risques liés à l'alcool ont été ajoutées.

Du fait de la reconduite de cette étude pour la troisième fois, il est possible de mesurer l'évolution des comportements, des connaissances et des attitudes des jeunes picards par rapport aux éditions précédentes de 2000 et 2005 pour les 15-25 ans. Ces évolutions peuvent également être comparées à celles observées au niveau national.

Trois plaquettes thématiques ont été publiées en 2015, à savoir, une première sur la santé mentale, une deuxième sur les conduites addictives et la troisième sur la sexualité et la contraception. Outre l'état des lieux de la situation en 2010, des évolutions sont présentées (hormis pour la plaquette « santé mentale »). Celles-ci sont réalisées sur la tranche des 15-25 ans qui a été retenue dans les trois recueils. Par ailleurs, ces données ont également permis d'alimenter différentes communications orales et le chapitre « Déterminants de santé et comportements » du *Diagnostic régional de santé*¹.

¹ pour plus de précision cf. p. 55.

Les plaquettes



Diagnostic régional de santé

Réalisé pour la première fois en 2006 à la demande de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie, le diagnostic régional de santé avait été actualisé en 2009. L'année 2015 a vu la réalisation de sa troisième édition, grâce aux financements de l'ARS et du conseil régional.

L'objectif de ce document est de disposer d'un outil complet de mesures de la situation régionale au regard des principales caractéristiques de santé et des déterminants sociaux. Il présente les indicateurs à l'échelon régional, en comparaison avec la France hexagonale et, quand cela est possible, également en regard des *minima* et *maxima* des régions de ce territoire national.

Cinq chapitres composent le cœur du document, après une brève introduction. Une synthèse faisant ressortir les spécificités régionales clôt le document. Le premier présente le contexte socio-démographique de la région, avec les données de l'Insee (recensement de la population, naissances, chômage localisé et taux de pauvreté), les données provenant des organismes versant allocations et prestations sociales et celles de la Banque de France (sur le surendettement). Des mesures d'évolution sont également présentées, notamment pour les indicateurs ayant trait aux recensements, avec l'évolution entre ceux de 2007 et 2012. Pour les naissances, quarante années sont désormais disponibles : 1975 à 2014.

Le deuxième chapitre aborde les aspects d'offre de soins avec des indicateurs sur les professionnels de santé et les établissements socio-sanitaires découlant notamment du répertoire partagé des profes-

sionnels de santé (RPPS), du système d'information Adeli (automatisation des listes) et du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess). L'état de santé constitue la troisième thématique, abordée principalement grâce aux données de mortalité et d'affections de longue durée, ces dernières étant analysées en termes de nouveaux cas (flux des admissions) et de total des ALD (stock). Ces données sont complétées par l'apport de divers organismes tels que l'InVS ou le réseau d'épidémiologie et information en néphrologie (Rein) pour ce qui concerne des pathologies spécifiques comme le sida, l'insuffisance rénale, la tuberculose ou le diabète. Pour la mortalité, des évolutions sur les trente dernières années sont présentées.

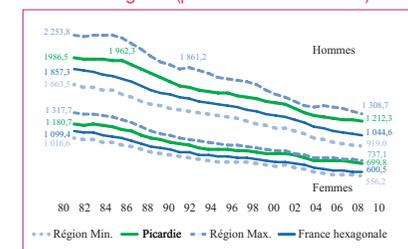
Le chapitre suivant a trait aux déterminants de santé et comportements. Il est alimenté par les enquêtes et dispositifs sur lesquels l'OR2S travaille, à savoir, l'enquête en milieu scolaire *Jesais*, la série des *Baromètres santé* et la surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP). À ces données, s'ajoutent celles de la mortalité liée aux comportements (alcool, tabac, suicide, accidents) et les indicateurs issus de la base de données nommée Odicer (Observation des drogues pour l'information sur les comportements en région) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). L'environnement est également abordé dans cette partie.

Enfin, un chapitre est consacré au dépistage et à la prévention, avec des informations sur la vaccination, la santé bucco-dentaire, la contraception et les IVG ainsi que les dépistages organisés (cancer colorectal et sein).

La synthèse/conclusion du document est illustrée par une cartographie positionnant la Picardie en regard des autres régions de la France hexagonale, d'après une analyse synthétique des données de dimensions sanitaires et sociales et des densités de professionnels de santé. Le diagnostic s'achève par les annexes où figurent le glossaire et les liens vers les sites Internet consultés.



Évolution du taux standardisé* de mortalité selon le genre (pour 100 000 habitants)



* données lissées sur trois ans.
Sources : Inserm CépiDc, Insee

Diagnostics territoriaux de santé

À la demande du conseil régional de Picardie, l'OR2S prépare l'actualisation des dix-huit diagnostics territoriaux de santé réalisés entre 2008 et 2011 sur les pays de Picardie. Ce travail s'inscrit dans une volonté de poursuivre l'accompagnement des politiques locales dans un contexte affiché de lutte contre les inégalités territoriales.

Fruit d'une démarche scientifique, les diagnostics territoriaux de santé réalisés entre 2008 et 2011 par l'OR2S pour l'ensemble des pays de Picardie avaient permis de disposer d'une photographie de la population et de ses caractéristiques en s'appuyant sur les données démographiques, sociales et sur des indicateurs de mesure de l'état de santé, d'une part, et d'un état des lieux territorialisé de l'offre existante en soins et de service, d'autre part.

Mais, ce type de production ne peut rester unique. En effet, aucune situation n'est statique et les évolutions des caractéristiques populationnelles nécessitent d'être ré-investiguées de manière régulière afin de favoriser une meilleure adéquation entre les réalités du moment et les actions à impulser. C'est dans ce contexte que le conseil régional de Picardie et l'OR2S travaillent à une nouvelle production de diagnostics territoriaux.

Chaque diagnostic permet de disposer d'une analyse détaillée de l'état sanitaire et social du pays, déclinée également au niveau des intercommunalités qui le composent. La production des indicateurs à ces deux niveaux territoriaux, mettant en parallèle la situation socio-démographique des habitants et leurs

caractéristiques de santé, permet de mesurer combien l'hétérogénéité est importante en Picardie, parfois dans un périmètre restreint à l'instar de ce qui se passe dans nombre d'autres régions. Le lien entre sanitaire et social expose ici clairement la relation entre inégalités sociales et inégalités sanitaires. S'ils viennent alimenter les productions menées sur les inégalités territoriales et sociales de santé, ces diagnostics se veulent surtout des outils d'aide à la décision, tant pour les décideurs dans l'élaboration des politiques publiques que pour l'ensemble des acteurs impliqués. Ils le font à un niveau géographique offrant un juste compromis entre finesse territoriale et significativité statistique. Ils se veulent être ainsi des outils complémentaires, à la disposition notamment des élus locaux, tant sur l'aménagement des territoires (par exemple, lors de l'élaboration des schémas d'organisation des services) que pour toute action destinée à la réduction des inégalités territoriales d'accès à la prévention et aux soins.

Ces documents se veulent plus condensés que les précédents tout en conservant un grand niveau d'information. C'est ainsi que sont présentés, dans la partie socio-démographique, les principales caractéristiques de la population. L'offre de soins, partagée entre le secteur libéral et les établissements de santé, décrit la démographie des professionnels de santé et leur répartition sur le territoire. L'offre de service aborde l'accueil des personnes âgées. La mesure de l'état de santé se veut exhaustive, à travers une approche de la morbidité (ALD) et de la mortalité.

Chaque diagnostic se termine par une synthèse permettant de faire ressortir les principales forces et faiblesses du territoire à partir des éléments les plus prégnants. Finalement, cette nouvelle version proposée est un outil qui se veut au service du plus grand nombre, en faisant de la proximité la convergence des politiques publiques.



Profil santé de la ville d'Amiens

En 2006, Amiens a édité le premier Profil santé de la ville. L'OR2S avait alors été sollicité pour la réalisation de fiches thématiques. Depuis 2008, l'OR2S contribue à la création ou à la réactualisation de cinq à dix fiches chaque année.

Le Profil santé s'inscrit dans une démarche ancienne, initiée en 1994 par l'adhésion de la ville d'Amiens au réseau des villes-santé de l'OMS. À cette époque, l'ORS avait publié un tableau de bord sur la ville d'Amiens. Il s'agissait du premier tableau de bord dit de la « Santé observée » concernant une ville, en parallèle aux documents en cours de constitution dans toutes les régions de France.

Dans le même temps, l'ORS avait aussi réalisé un tableau de bord à l'échelon d'un quartier, en l'occurrence celui d'Étouvie.

Le Profil santé s'inscrit donc dans la continuité de ce travail mené pour mieux connaître l'état de santé des Amiénois et ainsi pouvoir mieux répondre aux problèmes qui concernent la population. La connaissance de l'état de la santé n'est d'ailleurs pas la seule thématique traitée puisque les aspects socio-démographiques ainsi que les caractéristiques des professionnels de santé font aussi l'objet de plusieurs fiches.

L'OR2S n'est pas chargé de la mise en page de ces fiches qui est confiée à un prestataire de la ville, mais il en réalise le contenu qui repose sur l'analyse des bases de données internes.

Chaque fiche est par ailleurs complétée d'un encadré méthodologique qui permet au lecteur de disposer de la définition des indicateurs proposés et de précisions les concernant.

En 2015, dans le cadre de la formalisation du contrat local de santé (CLS), Amiens a sollicité l'OR2S pour dresser un état des lieux socio-sanitaire de la ville.

Cet état des lieux se divise en quatre grands chapitres. Le premier porte sur les données démographiques et de nature sociale¹, le deuxième a trait à l'offre de soins, le troisième aux dépistages des cancers du sein et colon-rectum, et le dernier à l'état de santé².

Les analyses réalisées sont basées sur des comparaisons entre Amiens et les vingt-trois autres villes³ dont les populations sont comprises entre 100 000 et 200 000 habitants (plus précisément entre 105 067 habitants à Nancy et 181 893 habitants à Reims au recensement de 2012). Par ailleurs, des comparaisons avec les valeurs départementale, régionale et nationale (France hexagonale) sont proposées.

Une analyse synthétique de la situation socio-sanitaire, à partir du croisement des indicateurs abordés dans les différentes parties, complète cet état des lieux.

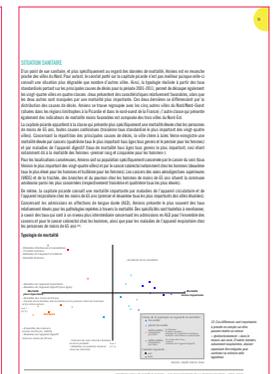
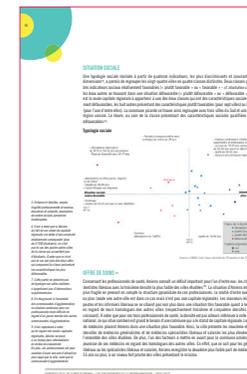
Les données présentées sont les plus actualisées possibles et des informations sur les évolutions sont également intégrées.

¹ à travers des indicateurs portant sur la scolarisation, l'emploi, les revenus, la fragilité sociale et les prestations sociales.

² ce dernier chapitre étant abordé à partir des données de mortalité et d'admissions en A.D.

³ hors Île-de-France.

Les documents



Atlas santé travail

Dans le cadre de l'actualisation de l'Atlas santé travail (édition 2015), la Direccte et la Carsat Nord-Picardie ont proposé à l'OR2S de mesurer la santé des Picards et des Picardes, notamment par zone d'emploi.

L'Atlas régional intitulé *La santé au travail en Picardie* a été publié pour la première fois en janvier 2010 (édition 2009) par la DRTEFP¹. Cet atlas, actualisé annuellement, est le fruit d'un travail collaboratif entre plusieurs institutions qui mettent en synergie des compétences existant au sein de leurs structures respectives. Ainsi, en 2015, la Carsat Nord-Picardie, la Direccte, la MSA et l'OR2S en ont rédigé chacun une partie. L'objectif de l'atlas est de mobiliser les connaissances en lien avec la santé et la sécurité au travail pour mieux connaître et mieux agir sur la prévention des risques professionnels. Il répond aux enjeux régionaux en matière de santé au travail.

Ce document, d'un peu plus de cinquante pages, présente des indicateurs socio-économiques, des indicateurs de sinistralité des accidents du travail et des maladies professionnelles sur la région et les zones d'emploi. Des zooms sur les zones d'emploi closent ce document.

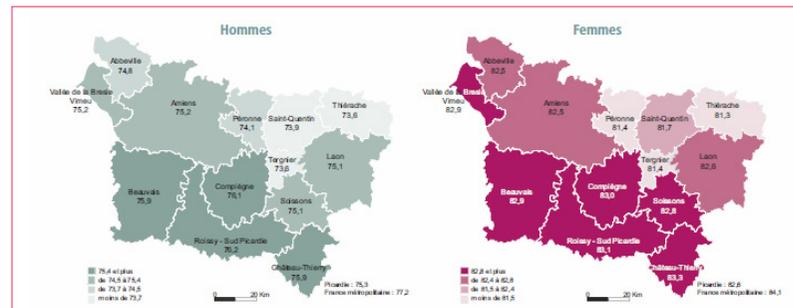
Un chapitre de quatre pages, produit par l'OR2S, est également consacré à la santé des Picards. Les données de mortalité et d'ALD, présentées dans l'édition 2014, n'évoluant pas suffisamment d'une année sur l'autre pour qu'il soit pertinent de faire une actualisation des mêmes indicateurs, il a été proposé de présenter des données d'espérances de vie. Ainsi, dans un premier temps, une rapide présentation des données de mortalité et d'ALD en 2007-2011 est faite, au niveau régional et par zone d'emploi. Puis, l'espérance de vie est analysée, selon le genre, selon l'âge (à la naissance et à 65 ans) et sur trois périodes (1979-1989, 1990-2000 et 2001-2011). Outre la comparaison de la situation régionale en regard de la France hexagonale, une analyse plus fine par zone d'emploi a été effectuée.

¹ devenue en 2010 la Direccte.

L'Atlas santé travail



Espérance de vie à la naissance par zone d'emploi picarde en 2001-2011 (en années)



Sources : Insee, OR2S

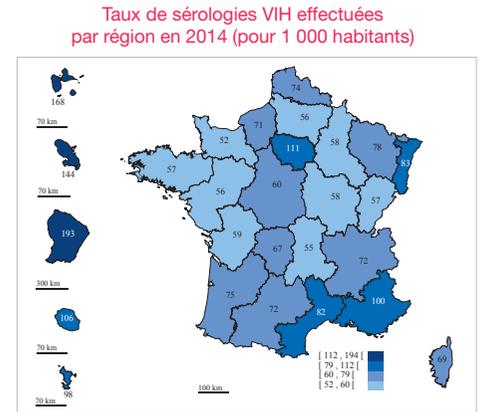
Infection par le VIH et sida

Chaque année, à l'occasion de la Journée mondiale du sida, est publiée une plaquette sur la situation épidémiologique et les principaux résultats de la Picardie concernant le sida et plus généralement l'infection par le VIH. Réalisée en partenariat avec la Corevih et cette année avec la Cire Nord - Pas-de-Calais - Picardie, elle est financée par l'ARS et le conseil régional.

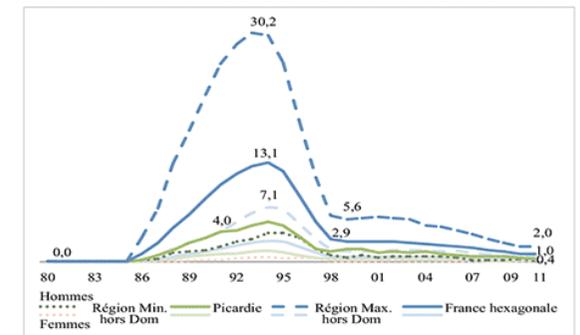
Le document, étoffé par rapport aux précédentes éditions, est le fruit d'une collaboration nouvelle avec la Cire Nord - Pas-de-Calais - Picardie. Il se présente désormais sous un format de huit pages. Quatre sources de données ont été mobilisées. L'InVS fournit les données issues de la notification obligatoire de diagnostics d'infection VIH et de la notification obligatoire des cas de sida ainsi que des informations sur les sérologies effectuées par les laboratoires d'analyses médicales. Le Corevih de Picardie¹ recueille des données relatives à la prise en charge des patients séropositifs dans les hôpitaux de la région. Les principaux régimes d'Assurance maladie (agricole, général et indépendant) permettent d'obtenir une certaine approche de la morbidité via les admissions en affection de longue durée et enfin l'Inserm, et plus précisément le CépiDc, met à disposition les données de décès par cause, à partir des certificats de décès.

Les indicateurs sont présentés à l'échelon régional et, quand cela est possible, en regard du niveau national et parfois des autres régions. Les données les plus récentes à disposition lors de la publication sont celles de 2014 pour l'InVS et le Corevih, celles de la période 2010-2012 pour les décès et celles de 2013 pour les admissions en affection de longue durée. Des graphiques permettent d'illustrer certaines évolutions depuis 2003 voire même 1979-1981 pour la mortalité. Enfin, des notes méthodologiques en encadré jalonnent le document afin d'apporter des précisions au lecteur pour mieux appréhender les différentes sources de données mobilisées.

¹ présidé par le Pr Jean-Luc Schmit, chef du service des maladies infectieuses et tropicales au CHU d'Amiens.



Évolution du taux standardisé* de mortalité par sida selon le genre en Picardie, France et régions extrêmes 1979-1981 à 2010-2012 (pour 100 000 habitants)



Cancer : inégalités régionales, cantonales et environnement

Le programme Circe (*Cancer inégalités régionales cantonales et environnement*) a commencé il y a près d'une dizaine d'années en Picardie. Très rapidement, plusieurs régions se sont intéressées à la question du lien entre santé et environnement. Le conseil régional de Picardie a été leader de la démarche en finançant l'OR2S et une thèse avec l'Ademe.

La question du lien entre cancer et environnement fait l'objet d'un important débat au plan scientifique, en France comme au niveau mondial. Le débat devient de plus en plus sociétal, dans la mesure où l'opinion s'interroge sur les causes d'un phénomène qui touche directement un homme sur deux et une femme sur trois dans les pays industrialisés.

Il devient alors légitime de parler d'épidémie, voire de pandémie dans la mesure où le phénomène touche aussi les pays du Sud. En France, le cancer est, depuis 2004, la première cause de décès même si la mortalité diminue depuis quelques décennies. Toutefois, l'incidence augmente fortement puisque, d'après l'InVS, entre 1980 et 2005, l'incidence a augmenté de +93 % pour les hommes et +84 % pour les femmes, dont +52 % et +55 % respectivement sont attribuables à l'environnement au sens large (une fois corrigé du changement démographique).

Les facteurs généralement invoqués pour expliquer l'épidémie de cancer sont les facteurs génétiques ou encore le comportement individuel (tabac, alcool, absence d'activité physique, exposition au soleil...) Ces facteurs ont un rôle indéniable, mais ne suffisent pas à expliquer une telle hausse de l'inci-

dence. L'impact de l'exposition des populations aux pollutions de l'environnement extérieur (via l'air, l'eau, le sol) et l'environnement intérieur (qualité de l'air intérieur) sur le cancer a pu être mis en évidence par de nombreuses études (Aschengrau et alii 1996, Sasco 2007, Brody et alii 2004...) Le niveau socio-économique joue lui aussi un rôle capital sur l'épidémie de cancer (Vinnakota et alii 2006)

L'analyse des facteurs de risque a longtemps reposé sur les données expérimentales des études de cohorte et cas-témoins. Depuis quelques années est apparue une nouvelle approche dite de corrélation écologique qui permet l'analyse des inégalités géographiques à l'aide des systèmes d'information géographiques (Nuckols et alii 2004). Le programme Circe a été conçu pour développer une approche de ce type en France. Il réunit l'Ineris, les ORS de sept régions (Aquitaine, Bretagne, Île-de-France, Lorraine, Nord - Pas-de-Calais, Picardie et Rhône-Alpes), les registres des cancers de l'Isère et de la Somme et l'Université technologique de Compiègne (UTC) et s'appuie sur une coopération avec le laboratoire Biomedware aux États-Unis. Il comprend plusieurs étapes.

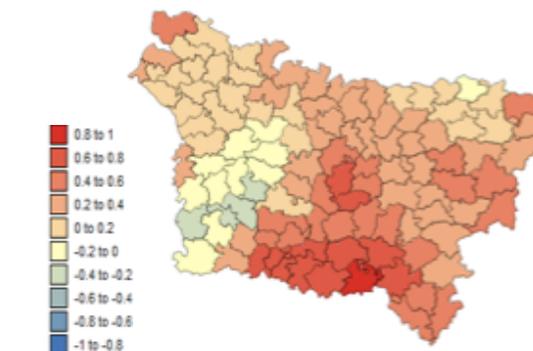
La première étape repose sur deux parties : caractérisation de la structure spatiale de la mortalité par cancer conduite à l'échelle cantonale pendant les périodes 1991-1999 et 2000-2007 à travers la production d'atlas des cancers sur la base de données lissées de mortalité, d'une part, et transformation des principales bases de données environnementales (air, eau, sol, alimentation) en base de données spatialisées et agrégées pour cinq polluants métalliques¹ (plomb, chrome, nickel, arsenic, cobalt), d'autre part.

La seconde étape a permis de réaliser les premiers croisements dans la région de Picardie (cf. cartographie ci-dessous à titre d'exemple) avant d'être étendue, dans un second temps, aux autres régions partenaires du projet.

La thèse de Mahdi-Salim Saïb, fruit d'un travail de trois années, notamment avec l'OR2S a été soutenue avec succès le 30 janvier 2015. Elle s'intitule « *Construction d'une méthode de caractérisation des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé* ». Elle repose sur les données picardes en proposant un outil d'intégration des phénomènes spatiaux pour la construction d'indicateurs composites à l'échelle régionale.

¹ d'autres polluants sont envisagés ultérieurement dans le cadre de travaux de l'Ineris.

Variation spatiale des coefficients de corrélation locale entre la mortalité par cancer de la plèvre et l'indice d'exposition par inhalation aux polluants métalliques par canton



Sources : Inserm, CépiDc, Insee, Ineris

Situation socio-sanitaire - Analyse des inégalités territoriales

Une plaquette permettant de mettre en exergue les disparités socio-sanitaires a été réalisée à l'attention du conseil régional de Picardie dans le cadre de la territorialisation des actions que celui-ci mène. Ce travail repose sur l'analyse d'une multitude de sources de données permettant d'aboutir à la production de cartes synthétiques présentant la situation socio-sanitaire de la Picardie. En outre, ceci permet de détailler les forces et les faiblesses des territoires et de faire émerger les particularités qui peuvent exister dans des zones restreintes.

L'objet de ce document est de fournir, en s'appuyant sur de nombreuses données, une photographie synthétique de la situation socio-sanitaire des pays picards, la plus actualisée possible, tout en prenant en compte les dynamiques d'évolution. Pour accompagner au mieux les politiques locales, dans un contexte de lutte contre les inégalités territoriales, une attention est portée aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Ces derniers ont été considérés dans une forme aménagée pour tenir compte des spécificités des communes les plus peuplées et de leur périphérie. Ce second niveau d'analyse permet d'identifier les situations parfois très hétérogènes qui peuvent exister au sein des pays.

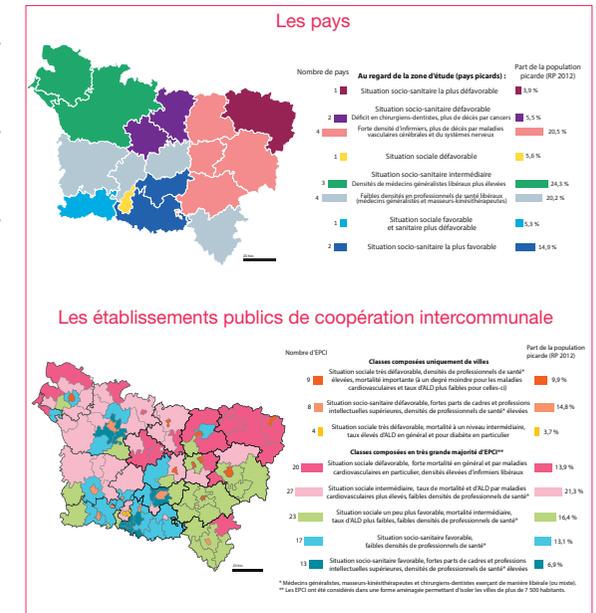
Les deux premières parties de ce document sont consacrées à l'analyse de la mortalité sur trente ans, en portant un zoom sur les deux principales causes de décès (cancers et maladies cardiovasculaires), et du domaine social, via la représentation de typologies réalisées à partir d'indicateurs couvrant de nombreux aspects. Pour faire émerger les forces et les faiblesses des territoires, l'analyse proposée dans la dernière partie du document prend en compte l'ensemble des données mentionnées précédemment auxquelles ont été rajoutés des indicateurs relatifs aux professionnels de santé et aux affections de longue durée. Deux typologies complémentaires socio-sanitaires sont présentées, l'une établie par pays et l'autre par EPCI (cf. illustrations ci-contre). En outre, ce travail traduit des spécificités territoriales de la Picardie en termes de santé mais aussi en regard de ses déterminants sociaux. Il identifie les zones géographiques les plus fragilisées et détaille leurs spécificités.

La plaquette a été finalisée en mars 2016, les modalités de diffusion, dans le nouveau contexte régional, restent à définir.

La plaquette



Typologies socio-sanitaires



Sources : Adeli 2015, CCMSA, CépiDc Inserm, Cnaf, Cnamts, CNRSI, Dreal Picardie ; RPLS, Drees / Asip - Santé - RPPS 2015, Insee, Ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP

Cancer du sein et données sociales dans le cadre de l'observatoire des maladies chroniques

Un groupe de travail, composé de professionnels de santé hospitaliers et libéraux, a proposé la mise en œuvre d'un observatoire des maladies chroniques. La création de cet observatoire fait aussi partie des objectifs du projet régional de santé (PRS) 2012-2017 de l'ARS. Débuté en 2014 et finalisé en 2015, le premier travail réalisé dans le cadre de cet observatoire a porté sur le cancer du sein, cancer le plus fréquent chez les femmes, et ce, aussi bien en termes d'incidence que de décès.

Depuis 2013, l'ARS de Picardie s'est engagée dans l'amélioration du parcours de santé du cancer du sein, plus particulièrement dans le territoire de santé Aisne Nord - Haute-Somme. Dans ce cadre, une étude a été menée sur ce cancer afin de définir des territoires prioritaires pour y développer des actions adaptées en matière de prévention et de communication. L'objet est de mettre en exergue les zones géographiques qui cumulent une situation défavorable en termes de cancer du sein et une situation sociale dégradée.

Les analyses réalisées reposent sur les données de mortalité et d'une morbidité diagnostiquée à travers les affections de longue durée (ALD). Ces dernières données ont été abordées en termes de flux, c'est-à-dire d'admission en ALD, et de stock, à savoir le nombre total des ALD à un instant « t ». Les analyses intègrent également des indicateurs autour du dépistage organisé du cancer du sein et les mammographies de femmes de 50-74 ans réalisées en dehors de ce dépistage. En outre, ces indicateurs ont été croisés avec des données sociales pour l'ensemble des établissements publics de coopéra-

tion intercommunale (EPCI) de la région. Les EPCI ont été considérés dans une forme « aménagée » afin d'isoler les communes les plus peuplées du reste de l'EPCI.

Les analyses reposent sur la réalisation de trois typologies : l'une a trait aux données d'état de santé, la deuxième porte sur le domaine social et la dernière croise ces deux dimensions. L'objectif de ces typologies est de regrouper dans une même classe les EPCI qui présentent des caractéristiques proches par rapport à la(aux) dimension(s) étudiée(s), les classes étant les plus dissemblables les une des autres. Ce protocole a permis d'identifier les territoires les plus « fragiles » et d'explicitier les spécificités de ceux-ci.

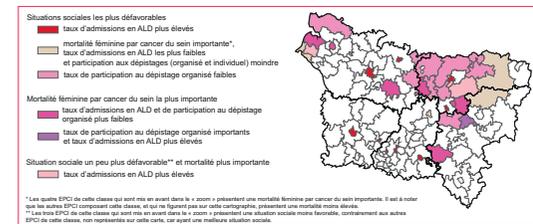
Deux documents ont été produits, une plaquette de huit pages précisant la démarche et commentant précisément les illustrations proposées et un recto-verso se voulant plus synthétique. Ce dernier fournit les chiffres clés au regard du cancer du sein chez les femmes, la cartographie des EPCI priorisés ainsi que leurs caractéristiques marquantes. Par ailleurs, ces analyses ont fait l'objet d'une présentation orale au groupe de travail « parcours de santé cancer » mis en place par l'ARS.

Ces documents constituent un outil d'aide à la décision pour les politiques territoriales de santé. Il s'agit de plus d'un préalable à la réalisation d'enquêtes de terrain sur les causes de l'état socio-sanitaire des territoires. L'objectif final est d'y développer des actions de prévention et de communication les mieux ciblées possible sur le cancer.

La plaquette



Zoom sur les EPCI présentant les situations les plus « fragilisées » de la région*



* Les quatre EPCI de cette classe qui sont mis en avant dans le « zoom » présentent une mortalité féminine par cancer du sein importante. Il est à noter que les autres EPCI composant cette classe, et qui ne figurent pas sur cette cartographie, présentent une mortalité moins élevée.
* Les trois EPCI de cette classe qui sont mis en avant dans le « zoom » présentent une situation sociale moins favorable, contrairement aux autres EPCI de cette classe, non représentés sur cette carte, qui ont une meilleure situation sociale.

Sources : Adécaso, Adema 80, Aisne Préventis, CCMSA, CépiDc Inserm, Cnaf, Cnamts, CNRSI, Cpm, Dreal Picardie - RPLS, Insee, ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP

HAUTE-NORMANDIE

Indiss - Indicateurs de suivi en santé

L'enquête Indicateurs de suivi en santé (Indiss) a été réalisée par l'observatoire régional de la santé de Haute-Normandie durant l'année scolaire 2012-2013 avec le soutien de l'académie de Rouen. Financée par l'ARS et la Région, elle a pour objectif de connaître l'état de santé, les comportements à risque et les modes de vie des élèves de cinquième et seconde.

Le recueil des données a été mené par auto-questionnaire auprès des élèves de cinquième et de seconde scolarisés dans un établissement public d'enseignement général, technologique ou professionnel de la région. Pour les élèves de cinquième, le recueil de données a été complété par une fiche d'examen clinique remplie par l'infirmière scolaire dans le cadre des visites systématiques.

Les thématiques abordées dans le questionnaire ont trait à l'état de santé physique et mentale, à l'alimentation, à la qualité de vie, aux consommations de tabac, d'alcool et de drogue, à la scolarité et à la violence. Par ailleurs, des thèmes supplémentaires sur la santé, notamment la vaccination et les troubles sensoriels (vision, audition), sont traités pour les élèves de cinquième et la sexualité et contraception pour les élèves de seconde. Les informations des questionnaires et des bilans infirmiers ont été recueillies entre novembre 2012 et avril 2013.

La saisie, le contrôle et le traitement des données ont été assurés par l'OR2S en 2013. Afin d'obtenir des résultats représentatifs au niveau régional, les échantillons ont été redressés selon le genre, le bassin d'éducation et de formation (Bef), le caractère ou non prioritaire du territoire¹ et, pour les élèves de seconde, le type de filière.

Les analyses ont été entreprises de façon thématique et réalisées pour les élèves de cinquième et de seconde. Pour synthétiser ces informations et dégager des spécificités territoriales, une analyse multivariée a été réalisée pour les élèves de cinquième et de seconde.

Les résultats issus des analyses ont donné lieu, à la rentrée scolaire 2014, à la publication de deux premières plaquettes de huit pages sur le thème de la santé mentale pour les élèves des deux niveaux.

En 2015, les plaquettes thématiques, portant sur la consommation de substances psychoactives, la nutrition, la sexualité et la contraception (pour les élèves de seconde uniquement) et sur la santé et la prévention (pour les élèves de cinquième uniquement) ont été publiées. Une plaquette de synthèse présentant les principaux résultats par Bef mettant en parallèle les résultats observés sur les deux niveaux est venue clore la série des publications thématiques en septembre 2015.

Dans leur ensemble, les plaquettes ont été diffusées à près de 2 000 exemplaires dans leur version papier. Les principaux résultats de cette enquête ont été présentés lors de réunion de la commission permanente de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) de Haute-Normandie et lors d'une réunion inter-établissements scolaires de Val-de-Reuil dans le cadre de la mise en place d'un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Certains résultats issus de la thématique « Sexualité et contraception » ont également été valorisés en étant intégrés dans un article publié dans le *Bulletin de veille sanitaire* n°17 de la Cellule de l'Institut de veille sanitaire (Cire) Normandie.

¹ les territoires prioritaires ont été définis par l'ARS à partir des territoires présentant des indicateurs socio-sanitaires défavorables (ouvrage « Les Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton » publié par la Fnors en 2010), des territoires « politiques de la ville », des villes prioritaires identifiées par l'Éducation nationale et des territoires qui ne répondent pas ou peu aux appels à projet du pôle Prévention et Promotion de la Santé.

Les plaquettes « Santé mentale »



Les plaquettes « Substances psychoactives »



Les plaquettes « Nutrition »



La plaquette « Sexualité et contraception »



La plaquette « Santé et prévention »



La plaquette « Synthèse »



Portraits territoriaux santé

À la demande de l'ARS, l'OR2S prépare trois portraits territoriaux santé, un en Seine-Maritime et deux dans l'Eure. Ils visent à dresser un diagnostic précis de la situation socio-sanitaire de certains territoires et à accompagner ainsi les politiques locales dans l'optique de la mise en place d'un contrat local de santé ou dans une logique de développement des politiques de prévention et/ou d'aménagement du territoire. Les territoires concernés par la réalisation d'un diagnostic santé sont le Territoire Elbeuvien (Elbeuf et ses alentours), la communauté d'agglomération des Portes de l'Eure et le pays Risle-Charentonne.

Les portraits reposent sur le traitement d'indicateurs issus de nombreuses sources de données. La majorité d'entre elles, disponibles pour l'ensemble de la France, permet des comparaisons avec le niveau national, la région et les territoires voisins et autorise un suivi de certains phénomènes dans le temps. Chaque portrait offre une analyse détaillée de l'état sanitaire et social de l'ensemble du territoire, ainsi qu'un zoom territorial au sein de celui-ci. La production des indicateurs à ces deux niveaux territoriaux, mettant en parallèle la situation socio-démographique des habitants et leurs caractéristiques de santé, permet en outre de mesurer combien l'hétérogénéité est importante au sein d'un territoire, parfois dans un périmètre restreint à l'instar de ce qui se passe dans nombre d'autres régions. Le lien entre situations sanitaire et sociale expose ici clairement la relation entre inégalités sociales et inégalités sanitaires. S'ils viennent alimenter les productions menées sur les inégalités territoriales et sociales de

santé, ces portraits se veulent être surtout des outils d'aide à la décision, tant pour les décideurs dans l'élaboration des politiques publiques que pour l'ensemble des acteurs impliqués. Ils le font à un niveau géographique offrant un juste compromis entre finesse territoriale et significativité statistique. Ils se veulent ainsi être des outils complémentaires, à la disposition notamment des élus locaux, tant sur l'aménagement des territoires (par exemple, lors de l'élaboration des schémas d'organisation des services) que pour toute action destinée à la réduction des inégalités territoriales d'accès à la prévention et aux soins.

Ces documents, dont la diffusion va s'étaler sur le premier semestre 2016, se veulent un condensé tout en apportant un grand niveau d'information. C'est ainsi que sont présentés, dans la partie sociodémographique, les principales caractéristiques de la population. L'offre de soins, partagée entre le secteur libéral et les établissements de santé, décrit la démographie des professionnels de santé et leur répartition sur le territoire. L'offre de services aborde l'accueil des personnes âgées. La mesure de l'état de santé se veut exhaustive avec une approche de la morbidité (à travers les données d'ALD et de la mortalité). Chaque portrait se termine par une synthèse permettant de faire ressortir les principales forces et faiblesses du territoire à partir des éléments les plus prégnants et de dégager plusieurs pistes de préconisations. Finalement, un tel document est un outil qui se veut au service du plus grand nombre, en faisant de la proximité la convergence des politiques publiques.

Le document



Situation socio-sanitaire - Analyse des inégalités territoriales

Pour mieux cibler les zones « prioritaires » en termes de mise en place d'actions de prévention et de déploiement des moyens y étant rattachés, une analyse de la situation socio-sanitaire à un niveau territorial fin a été réalisée à l'attention de l'agence régionale de santé et du conseil régional en Haute-Normandie. Ce travail, qui s'est conclu par la publication d'une plaquette de douze pages, repose sur l'analyse d'une multitude de sources de données permettant d'aboutir à la production de cartes synthétiques présentant les situations sociale, sanitaire et socio-sanitaire de la Haute-Normandie.

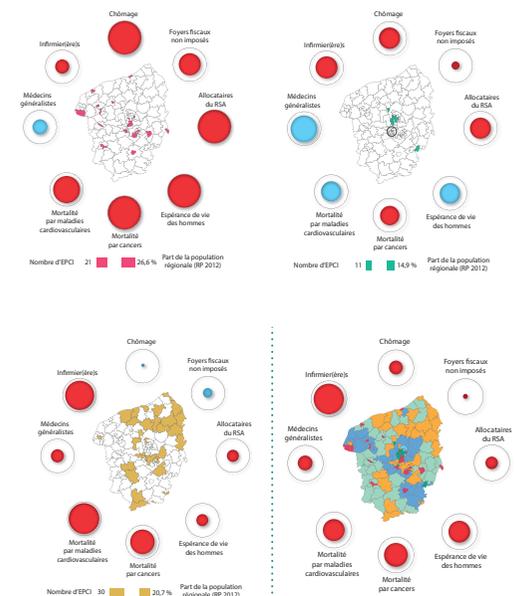
L'objet de ce document est de fournir, en s'appuyant sur de nombreuses données, une photographie du paysage socio-sanitaire de la Haute-Normandie, la plus actualisée possible, tout en prenant en compte les dynamiques d'évolution. Les analyses ont été menées au niveau des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), dans une forme aménagée pour considérer également les communes les plus peuplées. Ainsi, ce travail rend compte, de manière synthétique, des spécificités territoriales de la région en termes de santé mais aussi en regard de ses déterminants sociaux. Il identifie les zones géographiques les plus fragilisées et détaille leurs spécificités.

La mortalité permettant une bonne approche de la mesure de l'état de santé, la première partie de ce document est dédiée à son analyse sur trente ans. Un zoom est porté sur les deux principales causes de décès : les cancers et les maladies cardiovasculaires. La morbidité, bien que complexe à mesurer, constitue une autre dimension de l'état de santé. Les données d'affection de longue durée en permettent une certaine approche, mais ne sont le reflet que d'une partie de la morbidité diagnostiquée. Celles-ci sont croisées avec les données de mortalité dans la deuxième partie du document. Le troisième chapitre est consacré au domaine social, via une typologie réalisée à partir d'indicateurs couvrant des thématiques variées : enfance et familles, emploi, fragilité professionnelle et revenus, éducation et scolarité, prestations de nature sociale, personnes handicapées, logement. Pour faire ressortir les forces et les faiblesses des territoires, la dernière partie du document prend en compte l'ensemble des données mentionnées précédemment auxquelles ont été rajoutés des indicateurs relatifs aux professionnels de santé.

La plaquette



Extrait des résultats de la typologie socio-sanitaire



Accompagnement des politiques publiques

Depuis son installation en Haute-Normandie, l'OR2S accompagne l'ARS sur différents aspects de son animation de la politique régionale de santé.

Comme en 2014, l'OR2S a été associé en 2015 à différents comités de pilotage ou groupes de travail thématiques animés par l'ARS : comités de pilotage « suicide », « santé des jeunes », « nutrition » et « santé auditive » qui se sont respectivement tenus les 10 mars, 23 juin, 22 septembre et 2 octobre 2015. L'OR2S est aussi représenté au comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Par ailleurs, l'OR2S siège à l'assemblée plénière de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et plus particulièrement dans deux commissions : offre de soins et prévention. De plus, l'OR2S a été invité à plusieurs reprises aux réunions des commissions permanente et médico-sociale (dans le cadre du lancement de l'observatoire régional du handicap).

L'OR2S et le pôle Observation, statistique et analyse (Osa) de l'ARS ont intensifié leur relation en 2015. Cette relation s'est matérialisée notamment au travers d'échanges d'informations, de discussions autour de certaines méthodes (sources disponibles, projections de population, représentations cartographiques, zonages géographiques, construction d'indicateurs synthétiques) ou encore via la participation commune aux travaux menés dans le cadre du comité technique de la PF2S (cf. page 84). La fourniture de données et d'indicateurs socio-sanitaires par l'OR2S sur certains territoires et/ou certaines thématiques spécifiques (maladies dégénératives, addictions...) est également une des composantes de cette relation. Des échanges sur certains fichiers de données (tels le

RPPS ou les données des Caf) entretiennent aussi ces relations. L'OR2S a également participé aux réunions du comité de pilotage de l'étude menée conjointement par l'Insee et le pôle Osa sur « L'offre de soins de proximité à l'horizon 2022 ». Enfin, le pôle Osa et l'OR2S mettent à disposition l'un de l'autre les outils d'interrogation de données qu'ils utilisent, à savoir la *Base territorialisée des indicateurs* (cf. page 81) et l'*Atlas santé*.

En outre, l'OR2S a livré un bilan des indicateurs disponibles couvrant les champs du schéma régional de prévention (prévention et dépistage des IST, santé mentale, dépistage des cancers, nutrition et activité physique, vaccination, périnatalité, santé des jeunes, addictions et santé-environnement).

L'OR2S a reçu plusieurs coordinateurs de réseaux de prévention locaux de santé (RLPS) et d'ateliers santé ville (ASV) nouvellement installés afin de leur présenter ses missions et son caractère de pôle de ressources pour une observation localisée de l'état de santé des populations. L'OR2S a accompagné certains d'entre eux dans la fourniture d'indicateurs socio-sanitaires permettant une contextualisation des territoires sur lesquels ils interviennent.

Enfin, la plateforme de partage de fichiers mise en place par l'OR2S à la demande de l'ARS fin 2014 a été adaptée au nouveau périmètre régional. Pour rappel, cette plateforme a pour objectif de faciliter les échanges entre les différents acteurs des projets de prévention et de promotion de la santé gérés par l'ARS. Accessible par Internet, elle permet aux promoteurs de projets de déposer les fichiers constituant leur dossier de demande de financement, avec un accès sécurisé.

Par rapport à l'année précédente, en 2015, des améliorations techniques ont été apportées pour faciliter son utilisation par les promoteurs et les

instructeurs des projets. Les guides d'utilisation ont également été mis à jour et complétés.

Cette plateforme a vu son utilisation étendue aux acteurs de l'ancienne région Basse-Normandie dans le cadre de la réforme territoriale avec la création de plus de 240 nouveaux comptes (identifiant et mot de passe) et l'homogénéisation des procédures de soumission et d'instruction des projets. Ces comptes s'ajoutent aux 248 précédemment créés en 2014.

Page d'accueil



Page de consultation



Santé au travail : le dispositif *Evrest*

Le service de médecine du travail et pathologie professionnelle du CHU de Rouen, coordonne le dispositif *Evrest* en Haute-Normandie. Ce dispositif suit différents aspects des relations entre santé et travail à partir d'un recueil permanent d'informations obtenues à l'occasion du suivi médical des salariés. Dans ce cadre, l'OR2S a été sollicité pour valoriser les données régionales et accompagner les médecins du travail dans l'exploitation des données qu'ils collectent.

Initié au début des années deux mille par des médecins du travail, le dispositif Évolutions et relations en santé au travail (*Evrest*) apporte des informations précieuses sur le « vécu » et le ressenti des salariés. Ce dispositif repose sur la participation de médecins du travail et de leurs équipes santé-travail qui alimentent un échantillon national de salariés interrogés. Ils peuvent, s'ils le souhaitent, élargir leur collecte d'information selon les besoins : interroger tous les salariés d'une même entreprise, d'un même secteur d'activité, etc., constituant ainsi des échantillons « *Evrest* entreprises ». Les données sont recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé qui permet de traduire des informations obtenues au cours des entretiens médicaux. Les thématiques suivantes sont abordées : conditions de travail, formation, mode de vie et état de santé.

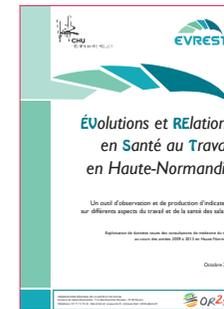
À l'initiative et sous le pilotage du CHU de Rouen, un groupe de suivi régional a été mis en place en 2014. Il se compose notamment de médecins et d'infirmiers de santé au travail, de l'agence régionale de santé, de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi. Dans le cadre d'une

convention sur l'exercice 2014-2015 co-signée par le CHU de Rouen et le Gis *Evrest*, l'OR2S s'est vu confier l'analyse et la valorisation des données recueillies en région, ainsi que l'accompagnement des médecins du travail dans le traitement et l'exploitation de leurs données.

Les résultats issus de l'échantillon régional (1 900 questionnaires collectés entre 2009 et 2013) ont été présentés au groupe de suivi régional en mai 2015. Un rapport récapitulatif des principaux résultats et leurs croisements (sexe, âge, secteur d'activité, PCS) et deux lettres d'information (*Synthèse du rapport régional* et *Les troubles musculo-squelettiques*) ont été validés par le groupe de suivi régional puis publiés en mars 2016. En 2015, l'OR2S a également été sollicité pour un soutien méthodologique dans le cadre de quatre « *Evrest* entreprises ». L'un a été consacré à un métier, les aides à domicile suivies par un service de santé au travail inter-entreprises, les autres ont porté sur les salariés de trois entreprises distinctes (un laboratoire pharmaceutique, une industrie tex-tile et une société d'assurances).

Par ailleurs, dans le cadre du plan d'action de prévention des RPS déployé au CHU de Rouen pour la période 2013-2015, un « *Evrest* entreprise » a été conduit par le service de santé au travail auprès d'un échantillon de salariés du CHU. Dans le cadre d'un appel d'offre, le CHU de Rouen a retenu l'OR2S pour le traitement statistique de ces données spécifiques. La restitution définitive, à la fin du premier trimestre 2015, a pris la forme d'un diaporama présenté, entre autres, devant le service des ressources humaines en mars 2015, devant la commission des risques psychosociaux du CHU

de Rouen en juin 2015 et en CHSCT en septembre 2015. Un poster synthétisant les résultats, à destination de l'ensemble des salariés du CHU, a également été réalisé. En outre, une thèse d'exercice de médecine s'appuyant sur cette enquête est en cours et fera l'objet d'une communication orale au 34^e congrès national de médecine et santé au travail en juin 2016 sous le titre « *Évaluation du retentissement des risques psychosociaux sur l'état de santé du personnel hospitalier : étude comparative à l'aide de la démarche Evrest dans un centre hospitalier universitaire* ». Un article à destination d'une revue internationale portant sur l'enquête est également en cours d'écriture.



Santé, précarité, nutrition

Une réflexion est menée avec l'ARS Haute-Normandie afin de mettre en place une évaluation des ateliers cuisine ayant pour objectif de sensibiliser les personnes y participant à la nutrition (et à la santé de façon plus générale) tout en tissant du lien social.

Le but de cette évaluation est d'augmenter la fréquentation de ces ateliers et donc de connaître les freins et les leviers qui influent sur le niveau de participation des publics cibles. De plus, l'ARS souhaite disposer de données sur l'évolution des pratiques nutritionnelles de la population avec un *focus* particulier sur les populations en situation de précarité, en particulier celles qui bénéficient d'actions financées.

L'enquête proposée, d'ordre qualitatif à travers la réalisation d'entretiens collectifs et individuels, cherchera à objectiver le regard des participants aux actions qui s'inscrivent dans le cadre des ateliers cuisine et à apporter une aide aux acteurs participant à la mise en place d'actions de prévention dans le champ de la nutrition/alimentation.

Les résultats permettront de mieux orienter et de prioriser les actions à mettre en place et de renforcer ainsi la stratégie de prévention. Autrement dit, il s'agit d'identifier des actions probantes et les nœuds qui peuvent y être associés en vue d'améliorer l'efficacité d'une politique de prévention.

En octobre 2015, le comité technique s'est réuni pour asseoir le protocole et définir les structures à solliciter.

L'utilisation du dispositif nutrition précarité de l'ARS par les structures est ajoutée à la recherche.

L'étude concerne les quatre territoires de santé de Haute-Normandie avec des entretiens individuels et collectifs.

Pour les entretiens individuels, six structures font partie des enquêtés ; dans chacune, le responsable de la structure et l'animateur de l'atelier cuisine étant rencontrés.

Pour les entretiens collectifs, quatre structures font partie des enquêtés ; dans chacune, un entretien collectif ayant lieu avec des personnes ayant déjà participé à un atelier cuisine, et un autre avec des personnes n'ayant jamais participé à un atelier cuisine.

La sélection des structures à enquêter est faite selon les critères suivants, en recherchant le plus possible les équilibres : représentation de chacun des quatre territoires de santé, financements des ateliers (ARS ou non ARS) et situation géographique des structures (zone rurale ou urbaine).

Un rapport ainsi qu'une plaquette de synthèse sont attendus pour la fin d'année 2016.

Au terme de l'année 2015, des contacts ont été pris avec les coordonnateurs des réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS) et des ateliers santé ville (ASV) pour lister les structures organisant ou ayant organisé des ateliers cuisine, qu'ils soient financés ou non par l'ARS.

La phase d'entretien est prévue au cours du premier semestre de l'année 2016, pour une analyse effectuée au cours de l'été.



Contrats locaux de santé (CLS)

L'OR2S et l'Ireps Haute-Normandie ont entamé à la demande de l'ARS Haute-Normandie l'évaluation des contrats locaux de santé. La première phase porte sur trois d'entre eux et doit se terminer au premier semestre 2016.

La direction de la santé publique de l'ARS a souhaité évaluer les contrats locaux de santé de la région, principalement leur genèse, leur mise en œuvre et l'implication des acteurs. Cette évaluation a été menée conjointement par l'OR2S et l'Ireps de Haute-Normandie qui ont constitué un groupe de travail *ad hoc*.

Sur les sept contrats locaux de santé existant, l'évaluation a d'abord porté sur les trois qui arrivaient à échéance : Saint-Étienne-du-Rouvray, la communauté de l'agglomération havraise (Codah) et la communauté d'agglomération Seine-Eure (Case) autour de Louviers. Pour les quatre autres, une évaluation plus légère sera menée par la suite.

L'objet de cette évaluation est d'analyser comment les contrats locaux de santé ont été créés et qu'elle en a été la base de gouvernance. La phase d'implantation a été aussi particulièrement observée ainsi que le déroulement du CLS sur sa durée ; les éléments facilitateurs qui y ont aidé ou les freins devant lesquels il s'est trouvé confrontés forment la base des questions évaluatives.

Enfin, le point de vue des acteurs et institutions parties prenantes a été relevé pour comprendre en quoi le contrat local avait pu ou non modifier les pratiques et dans quelle mesure cet outil était pertinent pour construire un territoire socio-sanitaire à l'échelle d'une ville ou d'une agglomération.

L'évaluation ne portait pas sur les axes du contrat local ni sur la réalisation des actions elles-mêmes.

À partir de ces trois exemples, la finalité de l'évaluation était de construire un premier référentiel pour aider à la ré-orientation des CLS existant et à l'écriture des CLS de deuxième génération.

À travers les questions évaluatives suggérées par l'ARS, l'OR2S et l'Ireps de Haute-Normandie ont construit un protocole d'évaluation composé de trois dimensions :

- matrice des acteurs ;
- analyse documentaire ;
- entretiens individuels des pilotes du CLS et *focus groups* avec quelques partenaires associatifs et institutionnels.

La matrice des acteurs permet de repérer les acteurs inscrits dans le cadre du CLS, leur place, rôles et fonctions.

L'analyse documentaire nécessite de récupérer l'ensemble des documents produits dans le cadre du contrat local de santé, le contrat lui-même, les diagnostics de départ, les comptes rendus de réunions, etc. Elle a pour but de mettre en évidence qu'elle a été la structuration du CLS, à la fois théorique - inscrite dans le contrat lui-même - et dans la réalité ; et de mesurer les éventuels écarts.

L'analyse qualitative des entretiens permet de recueillir la perception qu'ont les acteurs sur l'ensemble du contrat local de santé, leur implication réelle et leur souhait d'évolution du dispositif.



Enquête Normanut III

La troisième édition de l'enquête Normanut a été initiée à la rentrée 2016 en collaboration avec l'ARS et le service de nutrition du CHU de Rouen dans le cadre de la préparation d'une thèse en médecine générale. L'objectif de cette enquête est d'évaluer la prévalence des différents types de troubles nutritionnels au sein d'une population suivie en médecine générale tel que cela a été fait lors des deux précédentes enquêtes réalisées en 2001 et 2009 en Haute-Normandie.

Un comité de pilotage, constitué de représentants du CHU, de l'ARS, de l'OR2S ainsi que l'interne en médecine générale réalisant sa thèse, s'est réuni à deux reprises fin 2015 pour mettre en place l'enquête Normanut III et finaliser son protocole. Basée sur la même méthode d'enquête que les précédentes éditions de Normanut, le protocole, le questionnaire et l'ensemble des documents constituant le kit d'enquête pour les médecins libéraux participants ont été revus et mis à jour. Cette enquête, de type transversal, porte sur un échantillon représentatif de la population consultant en médecine générale une semaine donnée dans les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime. L'échantillonnage est basé sur un tirage au sort des médecins et des patients à deux degrés avec stratification selon la taille de l'unité urbaine à laquelle appartient la commune où ils exercent et selon leur date d'installation dans le département. Le recueil de données s'est effectué par questionnaire papier rempli par les médecins participants.

Par rapport aux précédentes éditions de Normanut, en plus du questionnaire papier, une version accessible par Internet avec un accès personnel sécurisé pour chaque médecin a été développée, leur offrant la possibilité de saisir directement les informations en ligne.

Les thématiques abordées dans le questionnaire ont trait à des renseignements d'ordre socio-démographique (sexe, âge, couverture maladie complémentaire, statut professionnel, profession), des données cliniques (poids, taille, tour de taille), des données concernant les troubles du comportement alimentaire (antécédents et évaluation par le questionnaire Scoff), des renseignements sur la consommation de tabac et d'alcool (Audit-C), sur l'activité physique et sur les habitudes alimentaires. Des informations relatives à la consultation médicale sont également renseignées par le médecin (motif de la consultation, diagnostic, besoin du patient en termes de nutrition). La phase de recueil des données s'est déroulée en janvier 2016 et a permis la constitution d'un échantillon de 967 patients. Le redressement de l'échantillon, le travail d'apurement des données et de préparation de l'analyse vont se dérouler au cours du 1^{er} trimestre 2016. La production des résultats est prévue pour le courant du deuxième trimestre 2016 en vue de permettre la rédaction d'une thèse de médecine générale. Les analyses donneront lieu au cours du second semestre 2016 à la production d'une plaquette de présentation des résultats.

Extrait du questionnaire en ligne

The screenshot shows a web-based form titled 'Enquête Normanut III'. It contains several sections with input fields and checkboxes. The top section is for 'Médico' (doctor) information, including name, address, and contact details. Below that, there are sections for 'Patient' information such as sex, age, and insurance status. The form also includes checkboxes for various medical conditions and professional details. The interface is clean and organized, typical of a secure online data collection tool.

Première page du questionnaire papier

The screenshot shows the first page of a paper questionnaire form. It is titled 'Enquête Normanut III' and features the logos of OR2S and ARS. The form is divided into several sections: 'Médico' (doctor information), 'Patient' (patient information), and three numbered sections (1, 2, 3) containing various questions and checkboxes. Section 1 asks about the reason for consultation. Section 2 asks about chronic diseases. Section 3 asks about tobacco consumption. The form is designed for easy completion by a general practitioner.

Tableau de bord santé environnement

Le tableau de bord santé environnement (TBSE) a été coordonné par l'observatoire régional de la santé de Haute-Normandie entre 2010 et 2013 avec le soutien financier de l'ARS et de la Région. Il a fait l'objet en 2015 de la production d'une synthèse par l'OR2S.

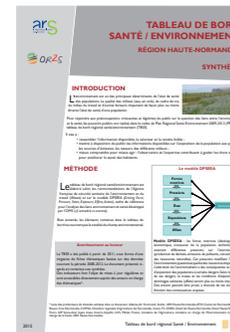
Le tableau de bord santé environnement (TBSE) vise à rassembler l'information disponible, à la valoriser et à la rendre lisible. Il a également pour objectif de mettre à disposition les données pour répondre aux demandes de transparence et d'accessibilité des informations disponibles sur l'exposition de la population aux polluants, les sources d'émission, les teneurs des différents milieux. Financé par l'ARS et la Région et réalisé en partenariat avec l'Arehn, la Cire Normandie, Air Normand, le GIP Seine-Aval et la Dreal, il s'inscrit dans une démarche d'observation et d'expertise visant à guider les choix d'actions pour améliorer la santé des habitants.

Constitué de dix-neuf fiches thématiques indépendantes, le TBSE est basé sur les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset devenue depuis Anses) et sur le modèle DPSEEA (*Driving Force, Pressure, State, Exposure, Effect, Action*), cadre de référence pour l'analyse des liens environnement et santé développé par l'Organisation mondiale de la santé.

En 2014, l'OR2S a effectué la relecture des fiches qui s'est accompagnée d'un travail de finition (diverses corrections, harmonisation de la mise en page...)

En 2015, une fiche de synthèse a été rédigée par l'OR2S et validée par le comité de pilotage constitué de l'ensemble des partenaires. Les éléments du TBSE ont également été intégrés dans le cadre de présentations portant sur la thématique santé environnement notamment auprès de la Commission prospective du Ceser de Haute-Normandie et lors de la deuxième journée de l'Observatoire des conditions de vie organisée par l'Université de Rouen.

Les fiches thématiques et la synthèse sont téléchargeables à partir du site de l'ARS Normandie.



Santé mentale des populations migrantes

Dans le cadre d'une valorisation de l'approche inter-culturelle dans les actions menées dans la prise en charge en santé mentale des populations migrantes, Médecins du Monde s'est rapproché de l'OR2S en vue de l'enrichissement de son plaidoyer.

Parmi ses activités menées en Normandie, Médecins du Monde (MdM) assure au Havre des consultations de soutien psychologique aux demandeurs d'asile ayant subi des traumatismes lourds dans leur pays d'origine, dans leur trajet migratoire ou du fait des conditions d'accueil.

Dans ce cadre et dans un objectif général plus large d'« amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes migrantes en souffrance psychique » et en s'appuyant sur l'expérience acquise au cours des dix dernières années, MdM a pu dégager les principaux axes de plaidoyer et envisager sa valorisation à travers la volonté de produire un article scientifique sur ce sujet.

L'OR2S a apporté un soutien technique à l'équipe du Havre (une psychologue clinicienne, une responsable d'antenne et un assistant) ainsi qu'à la délégation Normandie MdM afin d'expertiser les données existantes (principalement issues des rapports d'activité) et de contribuer à la documentation et à la rédaction de l'article. L'OR2S a également apporté ses compétences en matière de traitement et d'analyse des données, ainsi que son expertise pour aider dans l'organisation de l'argumentation d'un tel article. L'article est en voie d'être soumis à une revue.

Bilan de la permanence des soins dans les établissements de santé publics

La Fédération hospitalière de France Haute-Normandie (FHF-HN) a sollicité l'OR2S pour traiter des données relatives à la permanence et la continuité des soins dans les établissements de santé publics de la région.

La mission de service public de permanence des soins en établissements de santé (PDES) consiste en l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, le week-end et les jours fériés. Selon la loi HPST, l'ARS organise territorialement cette mission et le Sros en constitue le cadre opérationnel. Cette mission concerne le seul champ du MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).

L'enquête « Bilan de la permanence des soins en établissements de santé » diligentée par l'ARS permet d'évaluer la mission de PDES des établissements de santé. Elle permet d'objectiver les pratiques et sert de base aux travaux en cours d'évaluation du schéma cible de la permanence des soins intégré au Sros-PRS en 2012.

L'enquête a été menée sur 15 jours en février 2015 au moyen d'un questionnaire envoyé par l'ARS par mail aux établissements de santé. Elle vise à recenser les gardes (permanences sur place) et astreintes médicales en période de permanence des soins. Cette enquête a également pour objectif de recenser les activités de continuité de soins et mesurer l'impact des activités sur les organisations du lendemain (repos compensateur).

Elle permet d'actualiser les informations recensées lors de l'enquête PDES nationale de 2011, de préciser les activités 2015 au regard de chaque ligne de permanence ou continuité des soins et de documenter les réflexions sur les évolutions de la permanence des soins hospitalières.

Dans ce cadre, l'OR2S a pu apporter une assistance technique à la FHF-HN dans le traitement des données recueillies auprès de huit établissements adhérents. L'analyse statistique des données a fait l'objet d'un document de travail technique et d'un diaporama commenté synthétisant les principaux résultats de l'enquête. Elle a été présentée lors de la réunion de Bureau de la FHF Haute-Normandie en juin 2015.

MAC 44	NOM	Prénoms	
	Date de naissance	Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Autre	Date de passage	
	Echelle d'ajustement mental au cancer, MAC 44		

Les items ci-dessous décrivent les réactions des personnes atteintes de cancer. Veuillez cocher, à droite de chaque item, le chiffre correspondant à la mesure qui décrit le mieux votre situation. Par exemple, si l'item 1 se coche, il s'applique à votre situation, sinon il ne s'applique pas à votre situation.

	1 « Pas du tout »	2 « Peu »	3 « Modérément »	4 « Beaucoup »
1- J'ai l'impression que je ne peux plus faire pour me remettre à l'état normal.	1	2	3	4
2- J'ai l'impression que mes émotions ne sont en rapport avec mes projets.	1	2	3	4
3- Je crains que mes attitudes puissent nuire à mes soins.	1	2	3	4
4- Je me inquiète des soins que je vais recevoir.	1	2	3	4
5- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
6- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
7- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
8- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
9- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
10- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
11- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
12- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
13- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
14- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
15- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
16- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
17- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
18- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
19- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
20- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
21- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
22- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
23- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
24- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
25- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
26- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
27- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
28- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
29- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
30- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
31- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
32- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
33- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
34- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
35- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
36- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
37- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
38- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
39- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
40- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
41- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
42- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
43- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
44- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
45- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
46- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
47- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
48- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
49- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
50- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
51- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
52- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
53- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
54- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
55- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
56- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
57- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
58- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
59- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
60- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
61- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
62- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
63- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
64- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
65- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
66- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
67- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
68- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
69- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
70- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
71- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
72- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
73- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
74- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
75- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
76- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
77- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
78- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
79- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
80- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
81- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
82- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
83- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
84- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
85- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
86- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
87- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
88- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
89- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
90- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
91- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
92- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
93- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
94- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
95- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
96- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
97- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
98- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
99- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4
100- Je suis sûr de moi-même et de mes capacités.	1	2	3	4

Retour à l'emploi après un cancer

L'OR2S a été sollicité pour un appui technique relatif au traitement des données d'une recherche doctorale menée à partir de données issues de la consultation pluridisciplinaire d'aide à la reprise du travail après un cancer du CHU de Rouen.

La consultation pluridisciplinaire d'aide à la reprise du travail après un cancer est une action innovante financée par l'ARS.

Dans ce cadre, une thèse de doctorat a été réalisée par la psychologue de la consultation financée par la Ligue nationale contre le cancer. Cette recherche s'inscrit dans le plan cancer 3, plus particulièrement dans l'objectif 9 « diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle ». Cette recherche vise à mieux comprendre le vécu des patients face à la reprise du travail pour améliorer l'accompagnement vers le retour à la vie « normale » et sensibiliser les professionnels de santé, les employeurs ou les responsables des ressources humaines à cette question.

Le travail de l'OR2S a consisté à analyser les caractéristiques psychologiques, médicales et socio-professionnelles et les résultats issus de grilles, d'échelles de valeurs et d'un questionnaire renseignés par les patients. Il s'est agi plus particulièrement de comparer les résultats de patients ayant l'intention de reprendre une activité professionnelle sans accompagnement par rapport aux patients qui ont repris ou qui ont l'intention de reprendre une activité professionnelle avec accompagnement de la consultation.

La thèse « Retour à l'emploi après un cancer : une situation conflictuelle sur le plan psychologique » a été soutenue le 9 novembre 2015.

National

La France des régions 2016 - Approche socio-sanitaire

Le document publié au début de 2016 se situe dans le contexte des réformes qui visent à transformer l'organisation territoriale française. La loi du 16 janvier 2015, relative notamment à la délimitation des régions, conduit à en réduire le nombre au sein de l'Hexagone passant de 22 à 13. Sept ensembles territoriaux résultent d'un regroupement des régions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015 : Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine, Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, Auvergne - Rhône-Alpes, Normandie issue de la fusion de la Basse-Normandie et de la Haute-Normandie, Bourgogne - Franche-Comté, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, et Nord - Pas-de-Calais - Picardie. Six régions ne changent pas de délimitation : Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Île-de-France, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les régions ultramarines restant inchangées, la France compte désormais 17 régions depuis le 1^{er} janvier 2016.

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) avec le concours de plusieurs observatoires de la santé dont l'OR2S a souhaité mettre à la disposition des acteurs du champ sanitaire, médico-social et social, des éléments de cadrage socio-sanitaires de ces nouveaux territoires. Le document produit vise à fournir une vision volontairement synthétique de l'état de santé de la population et de ses déterminants, basée sur une sélection d'indicateurs. Ceux-ci sont par ailleurs disponibles à différents niveaux territoriaux, dont les régions 2016, dans la base SCORE-Santé développée par la Fnors et consultable en ligne : www.scoresante.org.

Cette approche socio-sanitaire des régions 2016 s'articule autour de trois axes : un contexte général, l'état de santé à travers la mortalité et les affections de longue durée, et l'offre de soins de proximité. Certains indicateurs sont valorisés sous la forme de cartes régionales, d'autres sont présentés dans des tableaux. Des graphiques illustrent l'évolution de la mortalité sur une trentaine d'années.

Les indicateurs démographiques et sociaux ont été sélectionnés pour les liens entre les phénomènes qu'ils décrivent et l'état de santé ou l'offre de soins. L'état de santé repose sur les données de mortalité pour lesquelles il est possible d'avoir une vision sur plus de trente ans d'évolution et sur les admissions en affection de longue durée (ALD), approche d'une « certaine morbidité » de la population. Ces dernières fournissent des indications sur des maladies chroniques, non nécessairement causes directes de décès, mais qui occasionnent des traitements longs et coûteux.

L'analyse de l'offre est centrée sur les soins de proximité. L'offre de soins hospitaliers et spécialisés, concentrée sur les zones denses, n'est en effet pas abordée dans ce document.

Enfin, pour aller au-delà de l'approche descriptive unidimensionnelle, les résultats d'une analyse multidimensionnelle sont présentés en guise de synthèse. Celle-ci permet de dresser une typologie des régions 2016 à partir d'une sélection plus large d'indicateurs, et de définir des groupes de régions aux caractéristiques proches.

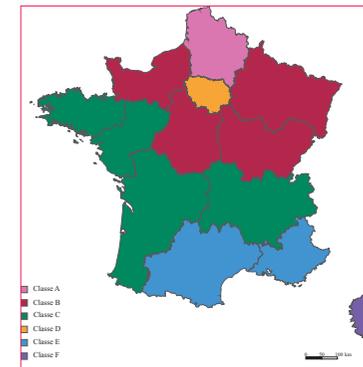
L'OR2S a largement contribué à la production des données à partir de son outil, aux analyses multidimensionnelles de même qu'à la mise en forme finale

du document. À noter que la *France des régions 2016* a été largement diffusée, tant au niveau national que dans les régions et qu'il constitue l'un des premiers documents à présenter quelques caractéristiques de santé et du social pour la nouvelle répartition administrative. Il s'inscrit ainsi en parallèle avec SCORE-Santé qui a mis depuis le début 2016 ce nouveau découpage de base, avec une réactivité en temps quasi réel aux changements.

Le document



Typologie des treize régions hexagonales



SCORE-Santé

La base SCORE-Santé est née en 1998 suite au rapprochement de la démarche « La santé observée », menée par la Fnors et les ORS, et de la base régionale de santé publique (BRSP) développée par deux services du ministère chargé de la Santé : Sesi et Sintel.

L'objectif de la base est de présenter des données sur la santé des populations et sur ses déterminants. En accès gratuit sur Internet depuis 2000, elle est utilisée par les professionnels de santé, chargés de mission/études, statisticiens, épidémiologistes, documentalistes, journalistes, personnels qui exercent dans des établissements de santé, au sein de collectivités territoriales, des associations, des ARS ou encore dans des agences nationales et organismes de protection sociale.

L'OR2S, les ORS d'Aquitaine et de Bretagne, le Creai-ORS du Languedoc-Roussillon et la Fnors font partie du Groupe technique qui est chargé de faire fonctionner le programme SCORE-Santé dans le cadre d'une CPO passée avec le ministère en charge de la Santé (période 2013-2015).

SCORE-Santé regroupe un certain nombre d'indicateurs de santé concernant la population et ses conditions de vie, son état de santé, les pathologies, le comportement, l'environnement, les structures et activités de soins ainsi que les structures et activités de prévention. Il est possible de les visualiser sous forme de cartes ou, pour certains indicateurs, d'en apprendre plus sur le contexte auquel ils sont rattachés.

La mise à jour d'un certain nombre de données provenant notamment de l'Inserm, des trois principaux régimes de l'Assurance maladie, de la Cnaf, de la

Drees et de l'Insee est pérenne. Pour une grande partie des bases de données, elle est assurée par l'outil de calcul développé au sein de l'OR2S¹.

En 2015, de nombreuses bases de données ont été ainsi enrichies d'une année supplémentaire. C'est notamment le cas pour les bases en provenance des trois principaux régimes de l'Assurance maladie pour les ALD, mais aussi des données sociales en provenance de la Cnaf et de la CCMSA ou encore des données du recensement de population 2012. À noter qu'une nouvelle convention pluriannuelle a été signée avec la Cnaf sur une période de cinq ans. Par ailleurs, l'année 2015 aura vu l'actualisation d'une vingtaine de contextes nationaux et la création de fiches de synthèse. Mais l'année 2015 aura aussi été marquée par l'amélioration de l'outil de cartographie, notamment repris sur le modèle picard et le développement de séries temporelles avec la notion de significativité. Elle aura vu aussi l'adaptation pour le 1^{er} janvier 2016 de la déclinaison des indicateurs au niveau des nouvelles régions. Un numéro de la lettre électronique SCORE-Santé a été diffusé en 2015 aux ORS, naturellement, et aux organismes et services membres du Groupe projet, mais aussi aux personnes inscrites sur la base SCORE-Santé. Volontairement succincte, les lettres comportent quatre à cinq rubriques selon les numéros. Enfin, il est important de préciser que le site Internet enregistre environ 12 000 visites mensuelles et près de 2 300 personnes sont inscrites sur l'espace personnel SCORE-Santé, la plupart l'étant à titre professionnel.

Cependant, pour SCORE-Santé, deux éléments ont été essentiels pour son avenir. En effet, SCORE-

Santé a fait l'objet d'un audit au même titre que d'autres bases nationales de santé telles que Éco-santé développée par l'Irdes et Statiss par la Drees. Cet audit a abouti au fait que SCORE-Santé allait à terme devenir la base de référence en matière d'indicateurs de santé avec l'intégration des informations d'Éco-santé dès 2016 et de celles de Statiss en 2017. Par ailleurs, la Drees et l'InVS ont sollicité la Fnors en fin d'année pour qu'elle réalise des fiches régionales de 4 pages dans chacune des régions suivant le nouveau découpage et pour que ces fiches intègrent le rapport sur l'État de santé des Français produit conjointement par la Drees et l'Agence nationale de santé publique (qui regroupe l'InVS, l'Inpes et l'Eprus depuis le 1^{er} mai 2016). Ce rapport sera désormais diffusé tous les deux ans et le premier avec des fiches régionales le sera en janvier 2017.

¹ cf. p. 89 développement informatique - outil de calcul.

Page d'accueil de SCORE-Santé

The screenshot shows the homepage of the SCORE-Santé website. At the top, there is a navigation bar with the logo 'FNORS' and 'Fédération nationale des observatoires régionaux de santé'. Below this, there is a main menu with links to 'Présentation', 'Indicateurs', 'Contextes', 'Tableaux thématiques', 'Outil de calcul', 'Publications', 'Partenaires', 'Actes BDD', and 'Espace Presse'. The main content area is divided into several sections. On the left, there is a vertical list of icons representing different categories: Indicateurs, Contextes, Tableaux thématiques, Outil de calcul, Guide d'utilisation, and Démonstrations vidéo. The central part of the page features a large heading 'Bienvenue sur la base de données SCORE-Santé' followed by a paragraph of text. To the right, there is a section titled 'La lettre de SCORE-Santé' with a small image of the letter and a link to 'Accéder aux lettres produites...'. At the bottom, there is a section for 'Description gratuite à l'espace personnel' with a list of bullet points and a link to 'Cliquez ici pour vous inscrire'. The overall design is clean and professional, with a blue and white color scheme.

Étude qualitative sur les représentations concernant le dopage et sa prévention chez les sportifs et leur entourage

Le ministère chargé des Sports s'est rapproché de la Fnors en 2011 avec pour objectif la réalisation d'une étude qualitative apportant notamment des éclaircissements sur les mécanismes qui influencent les comportements liés au dopage en vue d'élaborer une prévention mieux adaptée.

Financée dans le cadre d'une convention pluriannuelle d'objectifs par le ministère en charge des Sports, cette étude a pour objectif d'apporter une aide aux acteurs participant à la mise en place d'actions de prévention du dopage chez les sportifs. Le travail repose sur l'analyse de plus de 150 entretiens semi-directifs menés dans six régions (Auvergne, Bretagne, Haute-Normandie, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes) auprès de six sous-populations (sportifs mineurs, sportifs majeurs, parents de sportifs, élus et cadres, encadrants et professionnels de santé) dans six disciplines (basket-ball, cyclisme, football, gymnastique, judo et tennis). Chacun des six sports est investigué dans deux régions différentes permettant ainsi d'avoir des points de vue divers. L'année 2012 avait été dédiée à la réalisation d'une grande partie des entretiens (et à leur retranscription) ainsi qu'au travail de synthèse bibliographique. L'année 2013 a été consacrée au bouclage du terrain (fin des entretiens) et à la rédaction d'un rapport. Le rapport, qui a été finalisé en 2014, a pour objet de mettre en exergue, d'une part, les représentations, attitudes et les pratiques des sportifs et de leur entourage vis-à-vis des conduites dopantes et des pratiques de dopage et, d'autre part, les leviers et freins existants chez ces différents publics. En final, l'objet est de développer et d'améliorer la prévention, compte tenu des représentations, pratiques et systèmes de contraintes de chacun.

Le rapport comprend une présentation des résultats par type de public interrogé (chaque sous-groupe fait l'objet d'un chapitre), une synthèse des différents profils ayant émergé de l'analyse et une série de recommandations adressées aux différents publics en vue d'améliorer la prévention du dopage. Ce rapport est complété par une synthèse bibliographique.

Deux plaquettes synthétisant les résultats et les principales recommandations destinées aux décideurs afin d'aider à l'amélioration de la pertinence de la prévention en matière de dopage ont complétés les productions papier à la fin du premier semestre 2014. La première est destinée aux pouvoirs publics et la seconde adressée plus spécifiquement aux fédérations sportives.

Une restitution orale des résultats s'est tenue le 21 mars 2015 à Paris lors du 15^e colloque national de lutte et de prévention du dopage organisé par le Comité national olympique du sport français, réunissant de nombreux acteurs des secteurs médical, scientifique, juridique, social, etc. Les résultats de cette enquête ont également été présentés sous forme affichée lors du 9^e congrès de la Société française de santé publique, plus particulièrement consacré aux « Déterminants sociaux de la santé : des connaissances à l'action », qui s'est tenu à Tours les 4, 5 et 6 novembre 2015.



PÔLE SOCIAL

Données de nature sociale

Dans le cadre des Plateformes sanitaires et sociales, et grâce à la volonté commune de multiples acteurs, de nombreuses données de nature sociale couvrant des thématiques variées sont partagées. Ces données permettent de disposer d'indicateurs aux différents niveaux géographiques que les décideurs locaux utilisent.

Des données de nature sociale sont produites par différents organismes pour leurs propres besoins. Outre leur vocation première, ces données permettent d'améliorer la connaissance dans le domaine social de la population aux plans régional et infra-régional. En Picardie comme en Haute-Normandie, elles sont en partie rassemblées au sein de la *Plateforme*¹. Elles sont ensuite validées et analysées par l'OR2S pour aboutir à la production d'indicateurs de suivi et de travaux synthétiques.

Une description de la situation sociale relativement fine est rendue possible par la production d'indicateurs déclinables à différents niveaux géographiques ; elle est la plus complète possible, *via* la multitude des thématiques couvertes. Les indicateurs disponibles se rapportent aux thématiques suivantes :

- démographie ;
- éducation et scolarité ;
- emploi, fragilité professionnelle et revenus ;
- allocations et autres prestations ;
- logement ;
- personnes handicapées ;
- enfance et familles ;
- personnes âgées.

Les données proviennent de sources multiples, une même source pouvant alimenter plusieurs thématiques.

Elles sont issues d'un conventionnement préalable avec des acteurs régionaux signataires de la charte de la *Plateforme*, d'un conventionnement avec des producteurs de données au niveau national ou sont téléchargeables librement sur les sites Internet de différents producteurs de données.

Aussi, selon les données, elles couvrent l'ensemble du pays, permettant ainsi des comparaisons avec le niveau national et les autres régions de France, ou sont uniquement disponibles au niveau de l'une des deux régions, ne permettant pas de comparaisons avec le niveau national (sauf dans certains cas où la valeur nationale est disponible par ailleurs).

Les données actuellement disponibles, proviennent :

- de la Cnaf et de la CCMSA, permettant d'obtenir des indicateurs autour des allocations et prestations sociales, du logement, de l'enfance, des familles et des personnes handicapées ;
- de la Carsat et de la MSA, permettant d'obtenir des indicateurs autour des personnes âgées ;
- des conseils départementaux permettant d'obtenir des indicateurs autour de l'enfance, des familles et des personnes âgées ;
- des Cnam, de la MSA et du RSI, permettant d'obtenir des indicateurs autour de la CMU ;
- de la DGFIP, permettant d'obtenir des indicateurs autour des revenus ;
- de Pôle emploi/Dares fournies par la Direccte, permettant d'obtenir des indicateurs autour du chômage ;
- de la Dreal, permettant d'obtenir des indicateurs autour du logement ;

- du ministère de la Défense et du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, permettant d'obtenir des indicateurs autour de l'éducation à partir de la Journée défense et citoyenneté ;

- de l'Insee, permettant d'obtenir des indicateurs autour de la démographie, de l'emploi, des revenus, du chômage, de la scolarité, du logement, de l'enfance, des familles et des personnes âgées ;
- du rectorat, permettant d'obtenir des indicateurs autour de la scolarité et de la réussite aux examens. Les indicateurs produits peuvent être enrichis en fonction des besoins et des demandes des partenaires².

Un outil de calcul³ permet de gérer ces données afin d'obtenir de façon rapide et adaptée des indicateurs calculés automatiquement à différents niveaux géographiques *via* l'interrogation des tables de données préalablement intégrées à cet outil.

Certains indicateurs sont accessibles, à différents échelons géographiques, aux membres de la *Plateforme sanitaire et sociale*, *via* un login et un mot de passe sur le site Internet dans la partie dédiée aux indicateurs, la Base territorialisée des indicateurs⁴.

¹ cf. *au verso*, pour plus de détail concernant la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie et en p.84 pour la Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie.

² le groupe de travail autour du logement a permis d'alimenter cette base de données avec de nouveaux indicateurs. Pour plus d'informations sur ce groupe, cf. p. 82.

³ cf. p. 89, développement informatique - Outil de calcul.

⁴ cf. p. 81, Base territorialisée des indicateurs.

Plateforme sanitaire et sociale

La Plateforme sanitaire et sociale de Picardie, installée en 2010 et co-présidée par le Préfet de région, le Président du conseil régional et le Directeur général de l'ARS, est animée par l'OR2S. En 2015, l'activité a tourné autour de six axes qui ont été décidés lors du Copil qui s'est tenu le 11 février 2015.

Groupe projet

Animé par l'OR2S, le groupe projet est composé d'Apradis (ex-Creai), chargé du pôle d'observation du médico-social, de la DRJSCS, de l'Insee, de l'ARS, du conseil régional, des conseils départementaux de l'Oise et de la Somme, de la direction de coordination régionale du risque pour les caisses d'Assurance maladie de Picardie, de la Carsat Nord-Picardie, de la MSA et de l'UPJV.

Le Groupe projet s'est réuni six fois en 2015, essentiellement en comité de rédaction de la lettre d'information de la *Plateforme sanitaire et sociale* (trois réunions), mais aussi pour l'organisation de la journée annuelle de la *Plateforme* (trois réunions).

Pôle d'observation médico-sociale

Les objectifs de ce pôle géré par l'Apradis Picardie sont le recueil des données actualisées et fiables, le renforcement du partage de ces informations et la réalisation d'analyses partagées et cohérentes du territoire avec l'ensemble des acteurs. La diffusion auprès des acteurs, des décideurs, des financeurs... d'une synthèse actualisée des données disponibles fait aussi partie des objectifs.

En 2015, Apradis a publié une étude sur le public des maisons départementales des personnes handicapées de la Somme.

Groupes de travail

Le Groupe de travail sur le logement s'est réuni en 2015 pour expertiser la base de données *Filosofi* de l'Insee afin d'intégrer quelques données dans la *Plateforme* ; ce travail devrait se poursuivre en 2016.

À la demande de l'union des CCAS de la Somme lors du Copil, un groupe de travail a été monté pour définir quelques indicateurs permettant aux communes et à leurs CCAS de rédiger leurs analyses des besoins sociaux (ABS). Ce travail aboutira en 2016 à la mise en œuvre d'une expérimentation dans quelques communes avec le soutien de l'Unccas.

Le Croisement d'informations régionalisées¹

Daté de décembre 2015, le numéro 14 du *Croisement d'informations régionalisées* comprend huit thématiques : Population, Logement, Emploi, fragilité professionnelle et revenus, Prestations sociales, Enfance et familles, Personnes âgées, Autour des soins et Autour de la santé.

Journée du 13 octobre 2015



La Journée²

La journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* s'est déroulée à Saint-Quentin le 13 octobre 2015 sur la thématique du non-recours aux droits.

Site Internet³

Le site Internet présente l'actualité des domaines de santé, social et médico-social et rend disponible en téléchargement les publications de la *Plateforme*. En plus de ces productions, les signataires de la charte ont accès à des indicateurs déclinables à différents niveaux géographiques (*Base territoriale des indicateurs*)⁴.

La lettre d'information

Quatre numéros sont parus au titre de l'année 2015 (mai, juin, octobre, décembre). La lettre d'information est adressée par mail à plus de 2 500 adresses contacts⁵.

La nouvelle région

Les Ceser de Picardie et du Nord - Pas-de-Calais ont présenté le 1^{er} juillet 2015 le fruit de leurs travaux sur la construction de la nouvelle région. Au titre de la santé et du social, la PF2S picarde a été mise en exergue. Une présentation de la PF2S a eu lieu quelques temps auparavant devant la commission de travail.

¹ cf. p. 83.

² cf. p. 102.

³ cf. p. 98.

⁴ cf. p.81

⁵ www.pf2s.fr ; cf. p. 99.



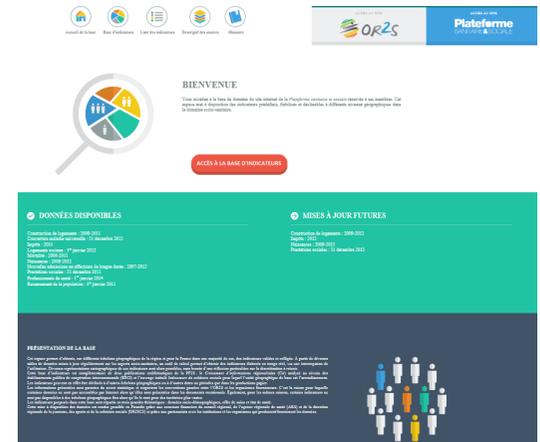
Base territorialisée des indicateurs

En plus des productions papier des Plateformes sanitaires et sociales, les signataires des chartes ont accès à des indicateurs accessibles à différents niveaux géographiques, sur les espaces dédiés des sites Internet des Plateformes, la Base territorialisée des indicateurs.

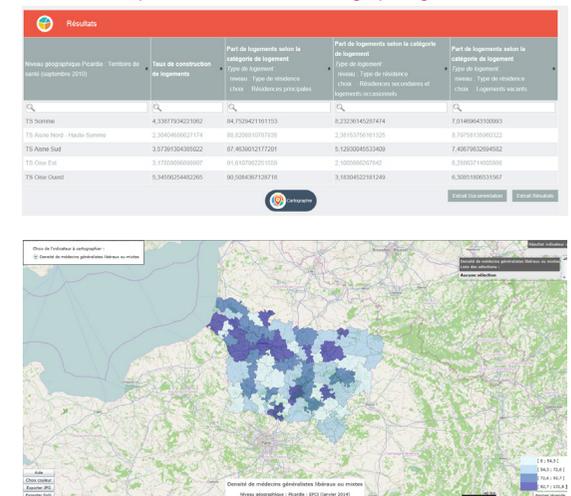
Depuis le début de l'année 2015, un espace dédié accessible à partir du site Internet des Plateformes permet à des personnes identifiées travaillant au sein des structures signataires de la charte d'obtenir des indicateurs validés et colligés, en se connectant sur un espace sécurisé via un login et un mot de passe personnels. Cette mise à disposition des données est rendue possible grâce aux concours financiers des conseils régionaux, des ARS et des DRJSCS de Picardie et Haute-Normandie et grâce aux partenariats avec les institutions et les organismes qui produisent/fournissent les données. Les données permettant d'alimenter cette base d'indicateurs proviennent de sources multiples. Elles sont issues d'un conventionnement préalable avec des acteurs régionaux signataires de la charte des Plateformes, d'un conventionnement avec des producteurs de données au niveau national ou sont téléchargeables librement sur les sites Internet de différents producteurs de données. À partir des tables de données préalablement intégrées, un outil de calcul permet d'obtenir de façon rapide des indicateurs calculés en temps réel via l'interrogation effectuée par l'utilisateur. Diverses représentations cartographiques de ces indicateurs sont alors possibles, sans besoin d'une réflexion particulière sur la discrétisation à retenir. Pour accéder à la base, les partenaires doivent suivre une formation d'une demi-journée dispensée par l'OR2S. Sept sessions ont été organisées en 2015

(cf. p. 112) et au début de l'année 2016 afin de permettre aux utilisateurs d'avoir une bonne utilisation de cet outil et de présenter les données qui y sont intégrées. Les identifiants de connexion sont envoyés aux participants après que ceux-ci ont signé un acte d'engagement d'utilisation des données. Les informations présentées sont garanties du secret statistique et respectent les conventions passées entre l'OR2S et les organismes fournisseurs. C'est la raison pour laquelle certaines données ne sont pas accessibles par Internet alors qu'elles sont présentées dans les documents papier. Pour les mêmes raisons, certains indicateurs ne sont pas disponibles à des échelons géographiques fins alors qu'ils le sont pour des territoires plus vastes. Quelque soixante utilisateurs disposent ainsi d'indicateurs actualisés régulièrement sur l'échelon le plus proche de leur territoire d'expertise : pour le niveau géographique le plus fin de leur choix, soit le canton dans sa nouvelle délimitation, l'EPCI, le Bef ou le bassin de vie. Les indicateurs proposés (actuellement près de 200) sont répartis en trois grandes thématiques : données socio-démographiques, offre de soins et état de santé. Cette base, naturellement évolutive, s'inscrit dans la pérennité et est en permanente adéquation avec les demandes. Ainsi, les indicateurs sont régulièrement mis à jour en fonction de la disponibilité des données. De même, en fonction des besoins spécifiés, de nouveaux indicateurs et de nouvelles thématiques peuvent être intégrées à l'image de celle sur le logement en Picardie qui s'est vu être étoffée d'indicateurs relevant d'une réflexion issue du groupe logement mis en place dans le cadre de la PF2S. L'affichage des cartographies a été développé via Javascript afin de pouvoir les visualiser sur les mobiles et les tablettes.

Page d'accueil de l'espace dédié



Exemple de tableau et de cartographie générés



Autour du logement

Dans le cadre de la Plateforme sanitaire et sociale, le groupe de travail autour du logement, animé par la DRJSCS et la Dreal, a continué ses réflexions pour répondre aux besoins de connaissances autour du logement, du logement social, de l'hébergement et de l'accès au logement, suite au constat du manque de données sur cette thématique dans l'observation sociale.

L'objectif de ce groupe de travail est de développer une expertise commune et de mettre à la disposition des partenaires de la *Plateforme sanitaire et sociale* des indicateurs autour du logement qui soient validés et pertinents. Outre la reproductibilité dans le temps et dans l'espace, les données sur lesquelles reposent les indicateurs se veulent fiables. Il existe en effet une multitude de sources possibles dans ce domaine, mais peu sont réellement exploitées et disponibles à un échelon infra-régional. Les indicateurs proposés le sont à différents niveaux géographiques. Outre les échelons départemental, régional et, dans la mesure du possible, national, ces indicateurs sont, quand cela est pertinent et réalisable, déclinables à des échelons infra-régionaux (cantons, EPCI, bassins de vie, arrondissements, unités territoriales d'action sociale, pays, territoires de santé...), pour répondre aux besoins de la plupart des utilisateurs de la *Plateforme*.

Afin de compléter la trentaine d'indicateurs déjà validés par le groupe, les réflexions ont porté sur les données Dalo, sur les aides Anah, sur la demande de logement social et sur le taux d'effort. Certains indicateurs sur ces thématiques doivent être ajustés avant d'être définitivement validés. L'OR2S a également rencontré le directeur de l'Udaus 80 pour aborder l'hébergement d'urgence.

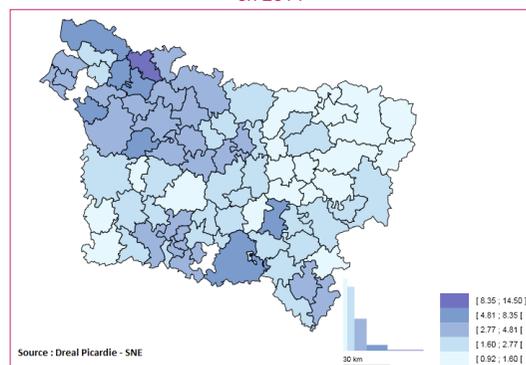
Certains indicateurs sont disponibles grâce à un login et un mot de passe, via la *Base territorialisée des indicateurs* (cf. p.81) pour les signataires de la charte de la Plateforme ayant effectué une formation à l'utilisation de la base et ayant signé un acte d'engagement. Les informations fournies sont nécessairement en accord avec le secret statistique et les conventions passées entre l'OR2S et les organismes fournisseurs de données. C'est pourquoi quelques données ne sont accessibles que sur les publications papier de la *Plateforme*.

Analyse des besoins sociaux

Un groupe de travail sur les analyses des besoins sociaux (ABS) a été constitué au sein de la Plateforme sanitaire et sociale. Deux réunions ont rassemblé du personnel d'Apradis Picardie, du CCAS d'Amiens, de la DRJSCS, de l'OR2S et de l'URCCAS.

Ce groupe de travail a été constitué dans l'objectif de fournir un set d'indicateurs de base à proposer aux communes (CCAS, CIAS) à intégrer dans leur ABS. Un document de travail a été rédigé, rassemblant une proposition d'indicateurs à retenir dans le cadre d'une ABS (avec notamment la mention des sources, échelons de disponibilité des données et précautions d'utilisation).

Nombre de demandes de logements sociaux pour une attribution en 2014



Croisement d'informations régionalisées

La quatorzième édition du Croisement d'informations régionalisées (Cir) a été publiée en toute fin d'année dans le cadre de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie. Avec 108 cartes et 10 graphiques, ce document garde comme objectif prioritaire la description la plus fine et la plus complète possible de la situation socio-sanitaire de la région.

Financé par la DRJSCS, le conseil régional et l'ARS dans le cadre de la *Plateforme sanitaire et sociale*, le *Cir* est l'outil emblématique du rassemblement des données de santé avec les déterminants sociaux et de l'information territorialisée en Picardie. Dans ce numéro, l'unité géographique de référence reste, comme pour les deux précédentes éditions l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI), échelon correspondant à une échelle plus en rapport avec la réalité d'une prise de décision. Néanmoins, pour chaque indicateur, quand cela est possible, deux cartographies présentent les données pour les pays et les territoires de santé selon la même discrétisation que pour la carte par EPCI. Ces données sont par ailleurs accessibles aux membres de la *Plateforme*, à différents échelons géographiques, lorsque les conventions passées avec les différents partenaires en offrent la possibilité, et ce via la *Base territorialisée des indicateurs* (cf. p. 81).

La structure de cette édition reste proche de la précédente avec un chapitre renforcé sur le logement, grâce aux réflexions menées par le groupe de travail sur le logement, constitué au sein de la *Plateforme sanitaire et sociale*, et grâce au partage des données qui en a découlé. En effet,

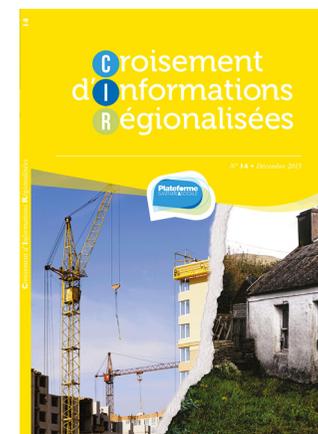
entre les indicateurs habituellement présentés sur le logement issu du recensement de la population et du répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux (RPLS), une place est donnée à quatre indicateurs provenant de l'exploitation du fichier des logements par commune (Filocom). Ceux-ci abordent l'époque de construction des résidences principales et la situation des ménages vis-à-vis des plafonds de revenus permettant l'accès au logement social. Un indicateur provenant du système national d'enregistrement (SNE) de la demande de logement social est également présenté.

Le recensement de la population de 2012, qui alimente nombre d'indicateurs dans plusieurs chapitres, a permis d'étoffer notamment le chapitre «Population» de deux indicateurs concernant la structure par âge de la population : le rapport de dépendance et l'indice de vieillissement. L'indice de grand vieillissement est quant à lui exposé dans le chapitre «Personnes âgées». Le premier chapitre est également complété par l'analyse de l'indice conjoncturel de fécondité avec notamment un recul de près de quarante ans en termes d'évolution.

En outre, pour permettre une meilleure connaissance des ménages en situation de fragilité financière, des taux de pauvreté provenant de l'exploitation de différentes sources de données par l'Insee (dispositif Filosofi - fichier localisé social et fiscal) sont présentés notamment en les déclinant chez les moins de 30 ans, chez les propriétaires et chez les locataires.

Concernant les données de mortalité et celles de morbidité au travers des admissions en affection de longue durée (ALD), l'attention est désormais portée

sur les 75 ans et plus en lieu et place des 65 ans et plus. Également nouveau, la mortalité par causes externes de morbidité et de mortalité et les ALD pour diabète intègrent ce chapitre. Les annexes font l'inventaire de la structure des populations protégées, des méthodes utilisées pour la construction des indicateurs, d'une aide à la lecture des différentes cartes, des conditions d'attribution des allocations présentées et d'un glossaire explicitant les sigles jalonnant le document. Des données sur d'autres échelons géographiques portant sur le chômage, la réussite aux examens et les difficultés de lecture figurent également en annexe.



HAUTE-NORMANDIE

Plateforme d'observation sanitaire et sociale

La Plateforme d'observation sanitaire et sociale (PF2S) de Haute-Normandie a été installée le 7 novembre 2014 sous la coprésidence du Préfet de région, du Directeur général de l'ARS et du Président de la Région. En 2015, son activité s'est structurée autour de six axes.

Comité de suivi

Animé par l'OR2S, le Comité de suivi est composé du Pôle Osa de l'ARS, de la région, de la DRJSCS, de la Dreal, de la Direccte, de l'Insee, du Creai, du conseil départemental de l'Eure, de la direction de coordination régionale du risque pour les caisses d'assurance maladie de Haute-Normandie, de la Caf, du rectorat et du Crefor.

Ce Comité s'est réuni à plusieurs reprises en 2015, essentiellement pour la rédaction de la Lettre d'information de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale*, mais également pour l'organisation de la journée de la *Plateforme*.

Les indicateurs de cohésion sociale

Le document intitulé *Les indicateurs de cohésion sociale* daté de 2015 (cf. page 85), comprend huit thématiques : démographie, éducation et scolarité, emploi, fragilité professionnelle et revenus, allocations et autres prestations, logement, personnes handicapées, enfance et familles, personnes âgées. Seize tableaux d'indicateurs et des textes explicitant la situation régionale et les spécificités infra-régionales forment le corps de ce document. Cinquante cartes par arrondissement illustrent le document.

La Journée

La première journée de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* s'est déroulée à Rouen le 15 décembre sur la thématique de la jeunesse. Elle a réuni 150 acteurs du secteur social et sanitaire.

Site Internet

Le site Internet présente l'actualité des domaines de santé, social et médio-social et rend disponible en téléchargement les publications de la PF2S. En plus de ces productions, les signataires de la convention constitutive ont accès à partir de la rubrique « Données » à des indicateurs déclinables à différents niveaux géographiques (Base territoriale des indicateurs, cf. page 81).

La Lettre d'information

Trois numéros sont parus au titre de l'année 2015 (juin, novembre et décembre). La Lettre d'information est adressée par mail à près de 2 000 adresses contacts et 200 exemplaires papier sont en règle générale diffusés. Les *focus* (dossier thématique occupant les pages centrales de chaque numéro) ont concerné : la protection des majeurs et les mesures familiales, les jeunes, la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

La Base territorialisée des indicateurs

En 2015, la trentaine de partenaires signataires de la convention constitutive de la PF2S a été conviée aux quatre sessions de formation organisées par l'OR2S à la découverte et à l'utilisation de la *Base territorialisée des indicateurs*. Cet outil met à dispo-

sition des partenaires des indicateurs validés et colligés sur différentes entités géographiques (notamment infra-régionales) auxquels ils peuvent ensuite accéder sous forme de tableaux ou de cartes exportables dans des logiciels courants.

La trois numéros de 2015



Les indicateurs de cohésion sociale

La Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie a publié en novembre 2015 un document dédié aux Indicateurs de cohésion sociale. Ce document donne une vision globale de la situation sociale de la population haut-normande, en y intégrant aussi la dimension territoriale à travers une vue à l'échelle des départements et arrondissements.

Inspiré d'initiatives développées en Centre - Val de Loire et en Picardie, cet ouvrage a mis à contribution des organismes fournisseurs de données (Insee, Direccte, Éducation nationale, conseils départementaux, Carsat, Cnam, MSA, RSI, Caf, Dreal...) dont la quasi totalité est signataire de la convention de la Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie. Financé par la DRJSCS de Haute-Normandie, la Région Haute-Normandie et l'ARS de Haute-Normandie, cet outil est destiné aux acteurs régionaux, départementaux et locaux afin de favoriser la cohérence et la complémentarité des actions menées par l'ensemble des partenaires, à un niveau plus fin que la région ou le département.

Composé d'une soixantaine de pages, ce document présente des indicateurs aux niveaux départemental, régional, et national, avec les *minima* et *maxima* pour l'ensemble des départements de l'Hexagone. Mise en place au 1^{er} janvier 2016, la région Normandie figure aussi dans les tableaux, ce qui permet de la situer par rapport à la moyenne nationale. Outre les seize tableaux intégrant les indicateurs pour les différents niveaux géographiques mentionnés, cinquante cartes en illustrent certains au niveau de l'arrondissement, montrant ainsi les spécificités infra-départementales des caractéristiques sociales.

Les Indicateurs de cohésion sociale permettent d'approcher la situation sociale de la Haute-Normandie à travers différentes thématiques :

- démographie ;
- éducation et scolarité ;
- emploi, fragilité professionnelle et revenus ;
- allocations et autres prestations ;
- logement ;
- personnes handicapées ;
- enfance et familles ;
- personnes âgées.

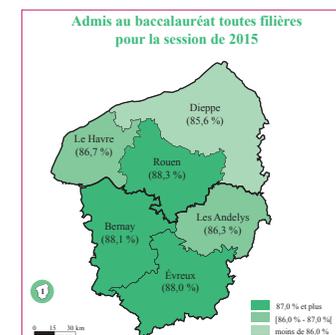
Les projections démographiques départementales à l'horizon 2040 sont également abordées dans certains de leurs aspects. Ces indicateurs reposent pour la grande majorité d'entre eux sur des données collectées entre 2012 et la mi-2015, et sont d'ores et déjà disponibles sur la Base territorialisée des indicateurs (cf. page 81) à d'autres niveaux infra-départementaux.

Outre les tableaux et les cartes, chaque thématique est enrichie d'un commentaire explicitant la situation régionale et les spécificités infra-départementales. Cet ouvrage a été tiré à plus de 900 exemplaires dont 200 furent notamment distribués aux participants à la journée organisée par la Plateforme « La jeunesse en Haute-Normandie : éviter les ruptures, favoriser les passerelles » (cf. page 103). Préfacé par le Préfet de la région Haute-Normandie, le Président de la Région Haute-Normandie et le Directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie, ce document contribue à la priorisation des actions dans les secteurs social, médico-social et sanitaire.

Le document



Admis au baccalauréat toutes filières pour la session de 2015



Source : Rectorat de l'académie de Rouen - DPP/PRSAP - Base des examens et concours

RECHERCHE & DÉVELOPPEMENT

Développement informatique - Outil de calcul

L'OR2S a développé un outil de calcul qui permet de gérer des bases de données. La finalité de cet outil est de fournir, à divers utilisateurs internes à l'OR2S et à des partenaires extérieurs, l'accès à des indicateurs qui sont calculés automatiquement, via l'interrogation des tables de données préalablement intégrées à cet outil.

À la fin des années quatre-vingt-dix, devant le nombre croissant de demandes de données faites par différents partenaires, l'OR2S a développé un outil informatique qui permet de répondre plus rapidement à ces demandes spécifiques. Ainsi, depuis une quinzaine d'années, un outil de calcul est développé dans une vision qui se veut la plus généraliste possible de gestion de grandes bases de données. Cet outil a tout d'abord été déployé pour répondre aux besoins internes de l'OR2S et, depuis quelques années, il est aussi utilisé par des personnes extérieures à la structure : notamment d'autres ORS et par des structures signataires de la charte de la *Plateforme*¹.

Cet outil donne à l'utilisateur un accès à des formules, permettant le calcul d'indicateurs, qui sont préalablement définies, développées puis validées par l'OR2S. L'intérêt est que l'utilisateur n'a pas nécessairement besoin d'avoir des compétences informatiques ou en gestion de bases de données pour l'utiliser. En effet, l'obtention des indicateurs se fait par simple clic-bouton, via une connexion Internet sécurisée et cryptée (par *https*), où chaque utilisateur se voit doter d'un login et d'un mot de passe.

Cet outil de calcul permet de décliner les indicateurs à différents niveaux géographiques : cantons, EPCI, bassins de vie, communes (pour les plus importantes), pays, territoires de santé, arrondissements, bassins

d'éducation et de formation, zones d'emploi, départements, régions, France... De plus, une majorité de ces indicateurs repose sur des données recueillies de manière pérenne, permettant la mesure des évolutions sur ces différentes unités géographiques. Les indicateurs disponibles sont classés par grandes thématiques en provenance de sources multiples, une même source pouvant alimenter plusieurs thèmes. Ils concernent actuellement le secteur sanitaire (mortalité, morbidité, offre de soins...) et le domaine socio-démographique².

L'utilisateur a la possibilité de calculer facilement des indicateurs complexes, et avec de nombreux degrés de liberté. Cependant, tous les utilisateurs n'ont pas accès au même type de formules. Certaines sont déployées pour des profils de personnes ayant une certaine technicité des données, et d'autres, plus simples, pour des personnes souhaitant avoir la valeur d'un indicateur bien défini sur un zonage et une périodicité donnés. Aussi, cet outil permet de gérer des utilisateurs, en prédéfinissant les formules et les niveaux (notamment géographiques) qui sont alloués à un utilisateur donné en fonction de son profil et de ses besoins.

Comme tout produit informatique, cet outil est en constante évolution, offrant de façon régulière de nouvelles possibilités, tant au niveau des données disponibles que des offres d'indicateurs. Par ailleurs, différentes interfaces d'interrogation des données ont été déployées, ou sont en cours de développement, pour répondre au mieux au profil et aux besoins des utilisateurs. De plus, des travaux sont également en cours pour permettre à l'utilisateur d'effectuer rapidement et simplement des cartographies des indicateurs calculés³.

Pour aboutir à des formules de calculs d'indicateurs valides, un travail important de gestion de bases de données est nécessaire en préalable. En effet, la structure des tables intégrées et les nomenclatures de ces tables peuvent être amenées à évoluer au cours du temps. De même, les données n'étant pas toujours disponibles au niveau communal, unité de base de tout regroupement géographique (outre le niveau infra-communale), un travail d'estimation des données doit alors être réalisé. Cette fonction de gestionnaire de base de données est à coupler avec des compétences techniques sur les données qui y sont intégrées, afin de définir des requêtes, pouvant être plus ou moins complexes selon les données traitées et les indicateurs proposés.

¹ cf. p. 81 Base territoriale des indicateurs.

² pour plus de détail sur les données sanitaires, cf. p. 45 à 47 et, sur les données de nature sociale, p. 79.

³ cf. Développement informatique - Cartographie page suivante.



Développement informatique - Cartographie

Une branche du développement informatique mené au sein de l'OR2S a trait aux outils cartographiques. L'objet est de permettre à des personnes qui ne sont pas des spécialistes de la cartographie d'obtenir simplement et rapidement des cartes à partir de données recueillies en temps réel ou déjà intégrées dans la base de données de l'OR2S.

Depuis quelques années, l'OR2S a investi dans le déploiement d'un module cartographique qui soit le plus ouvert possible pour qu'il puisse s'intégrer dans des projets de nature différente. De manière générale, deux types de données peuvent être cartographiés, des données qui sont à représenter sous forme de points, par exemple la localisation géographique d'établissements, ou des données faisant référence à un polygone, comme les valeurs d'un indicateur sur un zonage géographique. Ces deux types de cartographie font l'objet de développements informatiques.

En finalité, l'objectif est d'avoir un outil permettant aux utilisateurs de disposer de cartographies modifiables en temps réel, lors de l'actualisation des données, et ce sans que celui-ci ait besoin de manipuler les données, ni de passer par un SIG. Ce travail implique une réflexion importante pour sa mise en place et nécessite un développement qui s'inscrit dans la durée. Ainsi, des évolutions et améliorations vont encore être apportées.

Une partie déjà opérationnelle depuis plusieurs années, a trait à une cartographie modifiable en temps réel, notamment dans le cadre de la gestion de crises (sanitaires ou sociales), pour une première application, et de suivi de projet et/ou d'actions, pour d'autres applications. Les informations sont

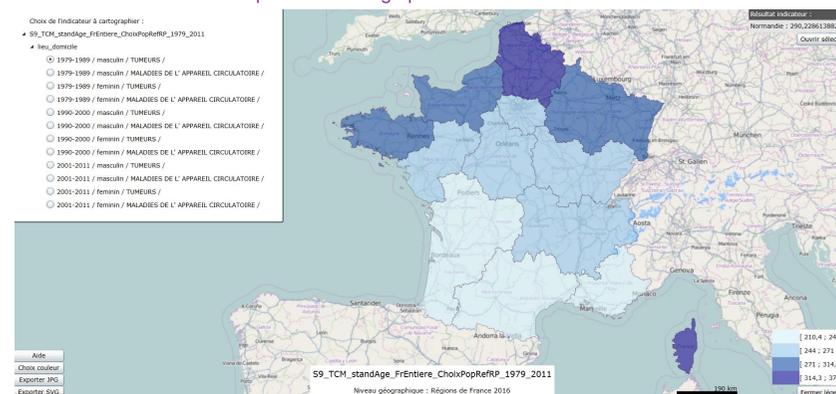
recueillies via un ou plusieurs questionnaires informatiques¹. Des éléments de nature différente sont présentés et superposés sur une même carte, et sont mis à jour dès qu'un nouvel élément est saisi. La superposition de diverses couches permet la comparaison et une lecture aisée entre ces différents types de données. L'affichage cartographique peut également être filtré à partir de réponses données à une ou plusieurs questions spécifiques. Le système permet l'intégration des coordonnées GPS (directement ou en conversion d'adresse) avec un système de visualisation ou de correction cartographique, un point pouvant être facilement déplacé sur une carte. La cartographie étant dynamique, la visualisation se fait donc à des niveaux de zooms différents.

Une seconde partie a trait à la représentation d'indicateurs à différents niveaux géographiques. L'objet du développement est de permettre à une personne d'obtenir rapidement la cartographie d'indicateurs disponibles via un outil de calcul, et ce par simple sélection d'indicateur², et sans que cette personne ait besoin de déterminer la discrétisation la plus adéquate (algorithme basé sur la distribution de la série). Davantage de méthodes de représentation cartographique sont en cours de développement (points proportionnels pour représenter des nombres - cf. illustration - d'autres méthodes de discrétisation : *Jenks...*). Des réflexions sont également en cours pour améliorer l'algorithme permettant de déterminer la discrétisation optimale. Par ailleurs, ces applications initialement programmées en *Silverlight* ont entièrement été reprogrammées en *Javascript* pour pouvoir être utilisées sur tablette et *smartphone*.

¹ cf. Développement informatique - Questionnaire page ci-contre.

² cf. Développement informatique - Outil de calcul page précédente.

Exemple d'une cartographie issue de l'outil de calcul²



Exemple d'une représentation cartographique par point proportionnel



Développement informatique - Questionnaire

Permettre aux partenaires de disposer d'un outil sécurisé de recueil de données par Internet fait aussi partie de l'activité de l'OR2S. C'est ainsi qu'est déployé un outil généraliste de développement de questionnaires, actuellement utilisé pour des enquêtes spécifiques mises en place par différents acteurs régionaux ou du niveau national.

En travaillant avec des partenaires régionaux sur la mise en place d'enquêtes et, plus spécifiquement concernant la genèse de cet outil, sur un recueil pérenne portant sur l'état de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire, il s'est avéré que le recueil des données serait facilité *via* une saisie par Internet à l'aide d'un questionnaire informatique. Le besoin exprimé n'était pas uniquement de disposer d'une application qui offre une saisie informatique, mais qui permette également d'obtenir, simplement et en temps réel sous forme d'une fiche imprimable, des informations recueillies pour chaque détenu. C'est ainsi qu'en 2010, l'OR2S a déployé un outil de développement de questionnaires qui répondent à ces problématiques et, de manière plus large, qui puisse être utilisé pour d'autres projets et dans d'autres cadres.

L'objet de cet outil est de créer, à partir d'un questionnaire donné, une interface de saisie accessible *via* Internet, la connexion étant sécurisée et cryptée (*https*). Il autorise naturellement les différentes formes de questions : ouvertes ou fermées, avec modalités de réponses quantitatives ou discrètes,

à choix unique ou multiple. Des contrôles de cohérence et l'introduction de questions filtres peuvent être mis en place pour éviter les erreurs de saisie.

Les personnes en charge de la saisie des questionnaires peuvent être nombreuses et sur différents sites. Un login et un mot de passe qui leurs sont personnels offrent l'accès, en permanence et de façon simultanée, aux données pour lesquelles un droit leur est alloué. Les données saisies par l'ensemble des utilisateurs sont directement stockées dans une base informatisée, permettant une obtention rapide de résultats.

Cette application permet aussi de générer, pour chaque questionnaire, un PDF restituant les informations saisies. Celui-ci peut être enregistré ou imprimé par l'utilisateur, et ainsi être intégré dans des dossiers ou archivé sous une forme standardisée. Le *design* du PDF est adaptable (mise en page, ajout éventuel d'illustrations, logo...) et donc différencié d'un projet à l'autre. Cette application permet également à l'utilisateur un export sous forme de table des données saisies.

Selon les besoins, cet outil peut être utilisé pour faire uniquement la saisie des données pour un questionnaire spécifique ou être intégré dans un projet plus vaste, offrant davantage de possibilités, allant de la saisie des données aux traitements et à la restitution de celles-ci. Ainsi, cet outil peut être couplé avec d'autres applications déployées par l'OR2S, comme l'outil cartographique¹. Les données récoltées *via* le questionnaire

informatique sont directement mobilisables, sans intervention humaine, pour être cartographiées, permettant en temps réel, d'avoir un état des lieux de la situation faisant l'objet du recueil. Il est également à noter que le recueil peut être issu d'un ou plusieurs questionnaires différents, l'ensemble des données recueillies pouvant être visualisé sur la même cartographie. Selon les droits alloués à l'utilisateur, il peut n'avoir accès qu'à une partie de l'application ou à son ensemble. Un utilisateur peut, par exemple, ne pas avoir la possibilité de saisir le questionnaire, mais pouvoir visualiser les cartographies. De plus, la représentation cartographique de données issues d'autres sources, par exemple d'indicateurs provenant de bases de données de nature sanitaire, sociale..., peut aussi être insérée dans un projet.

Si un programme intégrant plusieurs modules (un ou plusieurs questionnaires, cartographie...) est déployé, l'accès à ces modules se fait *via* une interface unique, qui peut être adaptée dans sa forme en fonction des demandes.

Une fois que l'application est déployée, le partenaire qui en a fait la demande est totalement autonome, et n'a plus besoin d'intervention de l'OR2S pour pouvoir l'utiliser. Ceci n'empêche bien évidemment pas que cette application puisse être adaptée à tout moment pour offrir de nouvelles possibilités en fonction des besoins exprimés.

¹ pour plus de détail sur l'outil cartographique, cf. page ci-contre.

Les entretiens collectifs, ou *focus groups*

Mis au point dans les années quarante, les entretiens collectifs relèvent d'une démarche qualitative cherchant à faire émerger les attitudes, croyances et opinions qui sous-tendent les comportements.

Cette méthode est utilisée notamment en marketing (études des comportements des consommateurs) mais elle l'est aussi en sciences sociales, y compris pour les programmes d'éducation à la santé.

Elle constitue une autre forme de réponse dans la démarche qualitative aux entretiens individuels.

L'entretien collectif permet d'explorer les représentations, perceptions et opinions des personnes d'une manière spécifique du fait de la confrontation des points de vue exprimés. Cette confrontation joue le rôle d'une stimulation particulière qui permet de repérer les points de convergence et de divergence au sein d'un groupe, voire de faire émerger des « profils » d'opinion différents. Cet outil permet de saisir en un temps relativement réduit les différentes positions possibles par rapport à un ou plusieurs thèmes.

Comme pour les entretiens individuels, les personnes rencontrées en entretiens de groupe doivent faire l'objet d'un choix « raisonné » : en qualitatif, il ne s'agit pas de rechercher la représentativité au sens statistique du terme, mais la diversité existante par rapport à une thématique donnée. Selon le sujet exploré, il est nécessaire de choisir des participants en fonction des critères qui correspondent à la problématique étudiée (santé des jeunes, des seniors ou de populations spécifiques en regard de certaines caractéristiques...), en intégrant également des éléments de diversité au sein de la population concernée tels que le genre, l'âge, la profession, la pathologie...

La première difficulté inhérente à la mise en œuvre des entretiens collectifs est donc la sélection des participants. En effet, une fois les caractéristiques des participants définies, il reste à trouver des personnes répondant aux critères. Le « recrutement » des participants peut se faire de multiples façons selon la thématique étudiée et le temps disponible : associations d'un quartier, médecins spécialistes, affichage dans un lieu donné, information par voie de presse... Plus le temps imparti est court, plus il est nécessaire de s'appuyer sur des réseaux, des « personnes-relais » qui pourront elles-mêmes contacter des habitants, usagers, patients...

Les participants peuvent ou non se connaître mais il faut éviter une proximité trop grande entre eux (collègues, parents, amis) afin d'éviter la formation de « clans ». Une fois les « bonnes » personnes trouvées, il faut ensuite les convaincre de participer aux groupes de discussion. Le manque de disponibilité des personnes et leur éloignement des lieux de discussion constituent un autre frein. Un groupe est idéalement constitué de neuf à douze personnes. Au-delà, la discussion devient difficile et le risque est que le brouhaha s'installe. À l'inverse, un groupe réduit sera moins à même d'apporter la richesse et la diversité des opinions. D'autant plus si plusieurs réunions doivent être programmées et que des défections se fassent.

Les entretiens collectifs ont une durée variable, généralement comprise entre une heure trente et trois heures, cette durée permettant à chacun de s'exprimer et d'approfondir le sujet de l'étude. Ils font l'objet d'une prise de note et le plus souvent d'un enregistrement audio. Ils sont menés par une

personne experte dans le domaine qui s'appuie sur un guide d'entretien, réalisé au préalable à partir des hypothèses du projet d'étude. Cette personne fixe les règles de la discussion (égalité des participants, pas de « bonnes » ou « mauvaises » réponses, respect de la parole de chacun...) et rappelle que l'anonymat des participants est naturellement garanti.

Apparaît alors une nouvelle difficulté, appelée la dérive consensuelle. En effet, selon la composition des groupes, les individus peuvent avoir tendance à adopter le point de vue d'un « leader ». Tout l'intérêt des entretiens collectifs est alors perdu.

Enfin, les discours recueillis font l'objet d'une analyse de contenu, qui permet de catégoriser les réponses obtenues, de repérer des profils, des leviers, des freins des participants par rapport à la thématique étudiée. Le traitement des informations est long et chronophage, du fait de la retranscription des entretiens, de leur codage et de leur analyse.

Pour optimiser une partie de ce temps, l'OR2S possède depuis quelques années un logiciel d'analyse qualitative (Nvivo) qui permet une analyse plus rapide, bien que ne se substituant pas à la personne chargée de l'analyse du contenu.

En 2015, c'est l'étude portant sur l'évaluation des contrats locaux de santé¹ (CLS) qui a mobilisé les équipes sur les entretiens, à la fois individuels (différents postes au sein de l'ARS, coordonnateurs des CLS, élus et responsables administratifs des collectivités) et collectifs (partenaires institutionnels et promoteurs d'actions).

¹ cf. p. 69 CLS.

Enquêtes quantitatives

Les enquêtes quantitatives permettent d'obtenir des informations sur une population donnée en interrogeant la totalité de cette population pour les recensements ou en n'observant qu'une fraction de celle-ci pour les enquêtes par sondage. Ces derniers n'ont d'intérêt que si l'échantillon constitué est représentatif de la population étudiée, permettant donc une extrapolation des résultats à l'ensemble de la population.

Les recueils existants, qu'ils concernent des données de nature épidémiologique ou des données administratives, ne permettent pas toujours d'aborder certaines thématiques ou de manière parcellaire. Pour disposer d'éléments complémentaires nécessaires à la mise en place des politiques, il est possible de mettre en place des enquêtes spécifiques auprès de populations cibles (population générale, personnes hébergées en établissement spécialisé, travailleurs, professionnels de santé...) Il peut s'agir d'un recensement si la population à étudier est petite ou d'un sondage si la population est plus conséquente, le but étant d'obtenir des résultats représentatifs de cette population cible. L'avantage des sondages par rapport aux recensements est qu'ils permettent, lorsque la population étudiée est grande, d'obtenir des informations sur cette population à un coût moindre et de manière plus rapide (temps de recueils plus court et volumétrie des données à traiter plus faible, facilitant par la même le contrôle de la qualité). Par contre, les enquêtes par sondage permettent plus difficilement d'obtenir des renseignements sur des petites sous-populations ou sur des petites zones géographiques, compte tenu du coût occasionné.

Lorsqu'une enquête est réalisée, il est nécessaire au préalable de bien définir les différentes étapes permettant sa mise en place, afin de garantir un maximum de précision et de limiter les différentes erreurs possibles. En effet, dans le cas contraire, l'enquête peut s'avérer inexploitable.

Il existe des enquêtes descriptives et des enquêtes analytiques. Les premières ont pour objet de faire un état des lieux d'une situation en regard d'une thématique donnée ; il s'agit d'enquêtes réalisées ponctuellement, mais qui peuvent être reconduites dans le temps. Les secondes visent à analyser les relations entre l'exposition à un facteur de risque et une maladie ou un état de santé, entre une campagne de prévention et l'évolution d'un comportement... Ce type d'enquête compare deux groupes distincts (sur la présence de la maladie, sur la présence du facteur de risque, sur le fait d'avoir été destinataire d'une campagne de prévention...) Il peut s'agir d'enquête de cohorte, cas-témoin, avant-après...

Les limites des sondages et des recensements, résultent des erreurs d'observation, des erreurs de représentativité et de celles liées aux non-répondants. Les erreurs d'observation sont dues au fait que la situation réelle d'un individu ne correspond pas forcément à l'information qui est recueillie via l'enquête : biais de mémoire de la personne enquêtée, biais introduit volontairement par l'enquêté du fait de questions sensibles (exemple de la sous-déclaration du poids par certaines personnes en situation de surpoids ou d'obésité), questions ambiguës, mal définies ou mal formulées, erreurs de saisies des réponses... Les deux autres types d'erreur

sont liés au fait que la base de sondage (ensemble des individus listés composant la population) n'est pas toujours exhaustive et aux non-réponses de certains (refus, non joignables). Ces types d'erreur peuvent être corrigés *via* des méthodes de redressement. Elles consistent à utiliser *a posteriori* une information supplémentaire corrélée avec la variable à étudier (comme la répartition de la population par âge et genre, par zone géographique, par niveau de diplôme...).

À ces trois types d'erreur, s'ajoutent pour les enquêtes par sondage les erreurs d'échantillonnage. Elles sont dues au fait que les résultats publiés à la suite d'un sondage dépendent des individus qui composent l'échantillon. Il est possible de mesurer la précision d'un indicateur, qui tient compte de la taille de l'échantillon : plus l'échantillon est grand, meilleure est la précision. Les extrapolations effectuées à partir de l'échantillon, pour être étendues à la population, ne peuvent donc être utilisées avec une précision acceptable qu'à partir d'échantillons de taille suffisamment importante.

Plusieurs enquêtes quantitatives ont été mises en place, reconduites et/ou analysées en 2015 : *Jesais*, enquête menée auprès d'élèves de sixième et de seconde scolarisés dans un établissement public de Picardie ; *Indiss*, enquête passée auprès des élèves de cinquième et de seconde scolarisés dans un établissement public de Haute-Normandie ; le *Baromètre santé* portant sur les jeunes picards de 15-34 ans ; le programme de surveillance des MCP pour la Picardie ; *Evrest*, dispositif santé-travail pour la Haute-Normandie ; l'étude portant sur l'état de santé des personnes détenues en Picardie.

COMMUNICATION & DOCUMENTATION

Documentation

La documentation a été mise en place en mars 1991 quand l'ORS est arrivé à la faculté de médecine. Plus de 7 000 documents sont consultables dans ce centre, seulement sur rendez-vous. Toutefois, la recherche documentaire passe de plus en plus par la base régionale documentaire dans le cadre du pôle de compétence en éducation pour la santé.

S'y trouvent en premier lieu les ouvrages des principaux producteurs de données dans le domaine sanitaire et social (Drees, Cnamts, Insee et Inserm, mais également des productions des autres ORS) et de nombreux ouvrages techniques en statistique et épidémiologie. De nombreux rapports de la Documentation française sont également disponibles. Par ailleurs, l'OR2S reçoit quelques périodiques : le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, la *Revue française de santé publique*, la *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, *Insee Première*, *Actualité et dossier en santé publique*.

Des bases de données sur support informatique étendent les ressources puisque les fichiers de mortalité de l'Inserm se trouvent à côté des fichiers de l'Atih, des ALD des trois régimes de l'Assurance maladie, de l'Insee (recensements de population et estimations) et d'autres producteurs de données du domaine social. Le site Internet de l'OR2S (cf. page suivante) permet d'avoir accès aux principaux travaux en cours ou déjà publiés.

De façon complémentaire, certains travaux sont également consultables sur le site Internet de la Fnors (www.fnors.org) ou sur celui de la *Plateforme sanitaire et sociale* (www.pf2s.fr) qui a ouvert début 2013. Sur ce dernier, un accès à une partie des bases de données de l'OR2S est possible, à des personnes disposant d'un *login* et d'un mot de passe.

En 2015, dans le cadre du pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie, le fonds documentaire a poursuivi son informatisation via la base régionale documentaire. Les références de près de 700 ouvrages sont ainsi disponibles sur Internet.

La base de données documentaires

Réseau documentaire du Pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie
 Bienvenue sur la base de données bibliographiques du Pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie

Recherche simple | Recherche multi-critères | Recherche par termes | Recherche par tags

Vous pouvez lancer une recherche portant sur un ou plusieurs mots (titre, auteur, éditeur, ...).

Tout type de document x | Tous sites

Titres
 Collections
 Tags

Auteurs
 Catégories
 Résumé et notes

Editeurs
 Indexations décimales
 Tous les champs

Rechercher Aide

Bienvenue sur la base de données bibliographiques du Pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie

Vous n'avez pas d'idée pour chercher ? Entrez dans la bibliothèque...

Accueil
 Sélection de la langue
 Français
 Se connecter
 accéder à votre compte de lecteur
 identifiant
 Mot de passe oublié ?
 Coordination
 IREPS de Picardie
 Espace industriel nord
 67 rue de Poulainville
 80080 AMIENS
 03 22 71 78 02

Familes rurales
 Visser médias !
 Pont-Rémy et environs
 Asso. Familles Rurales Pont-Rémy et environs
 ireps
 IREPS Oise

Espace Santé
 CCAS - Espace Santé d'Abbeville
 ireps
 IREPS Somme

SCBREN
 CRDP
 Académie d'Amiens
 CRDP de l'Académie d'Amiens
 ireps
 IREPS Aisne

OR2S
 INFORMATION JEUNESSE
 Point Information Jeunesse de Chauny

Ville
 d'HIRSON
 Point Infos-Santé - CCAS d'Hirson
 SIS Animation

Réseau documentaire du Pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie | Faire une recherche avec Google | pmb

Site Internet de l'OR2S

Au cours de l'année 2014, le site Internet de l'OR2S a été complètement repensé, dans son architecture comme dans son ergonomie. Plus lisible, il permet de rechercher les publications produites par l'observatoire et de mettre en Une les actualités les plus récentes.

Le site demeure convivial et facile d'utilisation, permettant aux internautes d'avoir accès à tous les documents produits par l'OR2S (en les téléchargeant en format PDF) dès que disponible.

Il se compose de quatre grands modules.

La partie « Actualités » de l'OR2S propose des annonces de publication, communiqués de presse, annonces de manifestations et de colloques.

La partie « Structure » présente le fonctionnement de l'association, ainsi que son historique et ses

coordonnées complètes. Les rapports d'activité et autres documents administratifs sont situés dans cette partie.

La partie « Publications » présente les travaux diffusés par l'OR2S, tant en Picardie qu'en Haute-Normandie, réparties par grandes thématiques ou par territoires.

À cela s'ajoute un accès direct vers le site de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie ou de Haute-Normandie et l'inscription aux lettres électroniques via l'interface disponible sur le site de la PF2S.

Enfin, les quelque 600 documents mis sur la précédente version du site de l'OR2S sont en cours de réimplantation sur le site actuel. Les études les plus anciennes de l'ORS Picardie sont également susceptibles d'être rajoutées sur le site.

La Chaîne YouTube de l'OR2S

En 2015, l'OR2S a créé sa chaîne YouTube. Deux vidéos y sont déjà implantées :

- le micro-trottoir réalisé à l'occasion de la journée de la Plateforme de Beauvais (2011) sur la nutrition;
- l'animation présentant les résultats de PicAlim (2015).

D'autres vidéos de colloques, de manifestations, d'animations synthétisant les résultats d'études ou encore présentant l'OR2S seront mises à disposition au fur et à mesure de leur réalisation.



Les pages du site OR2S

Actualités

Publications

Sites Internet des Plateformes sanitaires et sociales

Le site Internet de la Plateforme de Picardie a ouvert en début 2013 et a été revu en 2014 pour intégrer la Plateforme haut-normande. Désormais, l'adresse www.pf2s.fr renvoie à une interface permettant de choisir l'un des deux sites, Picardie ou Haute-Normandie.

Dans leur structure, les deux sites sont identiques, composés de trois parties. La première partie, « Actualités », met en ligne les actualités de santé, du social et du médico-social de la région, mais aussi du niveau national, européen, voire mondial.

La deuxième partie, « Plateforme », présente l'objet de la Plateforme sanitaire et sociale et les différentes instances qui la composent : Copil, Groupe projet, Comité de suivi, les partenaires. Un hyperlien permet d'accéder directement aux sites Internet des membres de la Plateforme.

La troisième, « Publications », permet de visualiser et télécharger l'ensemble de productions de la Plateforme, à la fois en version intégrale mais également par chapitre ou article. Ainsi s'y trouvent les documents complets des publications et les Lettres d'information de la Plateforme sanitaire et sociale. De plus, chaque article ou chapitre de ces documents peut être téléchargé de manière isolée. Un moteur de recherche par mots-clés permet de sélectionner les documents demandés. Dans cette partie se trouvent aussi les présentations des communications effectuées lors des Journées annuelles de la Plateforme.

Pour la Picardie, l'interface d'inscription est commune à l'OR2S et à l'Ireps, ainsi qu'aux dispositifs qu'ils gèrent, la Plateforme sanitaire et sociale pour l'OR2S, le pôle régional de compétence en éducation pour la santé pour l'Ireps. Elle permet de s'inscrire pour recevoir les Lettres d'informations Plateforme sanitaire et sociale et électronique Picardie en santé et bien-être, ou les communiqués de parution des différents documents publiés ou des formations dispensées par l'Ireps de Picardie.

En 2015, pour le versant picard, cent-soixante-quatre articles ont été publiés. Parmi eux, cent-treize concernaient la santé, trente-quatre le social et douze le médico-social. Dans le top-dix des articles les plus populaires de 2015, les PF2S n° 27 (2 827 clics), n° 28 (2 793) et n° 29 (1 787). 1 249 clics pour la transformation du Creai en Apradis clics et 1 195 pour la présentation de la journée de la Plateforme.

En 2015, pour le versant haut-normand, cent-trois articles ont été publiés. Parmi eux, soixante concernaient la santé, quatorze le social et sept le médico-social. Dans le top-dix des articles les plus populaires de 2015, les PF2S n° 0 (2 114 clics), n° 1 (2 107), la présentation de la Plateforme (1 901).

Page d'accueil (choix du territoire)



Lettre d'information de la *Plateforme sanitaire et sociale*

La Lettre d'information permet de mieux comprendre les problématiques sociales et sanitaires de la Picardie et d'apporter un éclairage utile aux décideurs locaux. En 2015, quatre lettres sont parues en mai (n°27), juin (n°28), octobre (n°29). Le n°30 daté de décembre a été diffusé au début 2016.

L'objectif de la *Plateforme sanitaire et sociale* est un partage d'informations et d'études entre les partenaires, principaux acteurs locaux de l'action sociale : services de l'État, collectivités locales, organismes de protection sociale, secteur associatif. La Lettre d'information en constitue le principal vecteur, bien au-delà d'ailleurs de ces organismes compte tenu des quelque 2 500 destinataires auxquels elle est adressée.

Avec les statuts de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie, le Groupe projet fait office de comité de rédaction. Il revient au comité de pilotage de définir la ligne éditoriale de la parution et la thématique des *focus*, tandis que le Groupe projet est chargé de l'élaboration des quatre numéros annuels.

Les articles parus en 2015

En région Mai 2015

Le cancer du sein en Picardie
 Pauvreté et précarité en Picardie
 Des formations sur le système de santé
 Le Creai change de nom
 La PF2S change de look
 Charte Romain Jacob : signature en région

Juin 2015

Accompagner le handicap psychique
 Amexa, indemnité journalière
 Service de convivialité dans l'Oise
 Bouge... pour ta santé en Picardie
 EIS en région

Octobre 2015

Panorama statistique picard 2014
 Base territoriale des indicateurs
 Agir et penser local : journée du pôle
 Diagnostic régional de santé
 Non-recours : une journée en région

Décembre 2015

Observatoire des fragilités
 Journée mondiale du sida
 Santé des personnes détenues
 La France des régions 2016
 JF2T : au cœur de la santé et du social

Actualités Mai 2015

Loi de modernisation du système de santé
 Feuille de route contre la pauvreté
 Dis-moi comment tu manges, je te dirai...

Juin 2015

Jesais : santé des élèves de sixième et de seconde
 Le coût de l'enfant
 Santé publique France
 Grande conférence de la santé
 Forum alcool et santé

Octobre 2015

États généraux du travail social

Décembre 2015

Effets de la CMU sur le recours aux soins
 Loi de modernisation de notre système de santé
 Pacte territoire santé 2
 La santé en 2015

Europe

Interreg V est lancé (mai)
 Villes en santé : acte VI 2014-2018 (juin)
 L'organisation internationale pour les migrations (octobre)
 Agenda numérique pour l'Europe (décembre)

Ressources documentaires

Portraits d'adolescents (mai)
 L'évaluation d'impact sur la santé (juin)
 Pauvreté : les chiffres clés (décembre)

Focus Édito

Nicole Klein (mai)
 Antoine Gueniffey (juin)
 Antoine Dubout (octobre)
 Françoise Jabot (décembre)

Thématiques

Transition écologique (mai)
 Contrats locaux de santé, contrats de ville (juin)
 Maintien à domicile (octobre)
 Évaluation (décembre)

Tribune libre

Philippe Boulogne (mai)
 Entretien avec Joseph Casile (octobre)
 Dominique Carpentier, Jean-Luc Dehaene (décembre)

Les quatre numéros de 2015



Journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* : Non-recours aux droits

En 2015, la traditionnelle Journée de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie s'est déroulée le 13 octobre sur le thème *Non-recours aux droits* au Palais de Fervaques à Saint-Quentin. Elle a réuni une centaine de participants.

En abordant le non-recours, la journée de la Plateforme a engagé une réflexion sur la citoyenneté et la justice sociale. Pierre Mazet (Odenore), en conférence introductive, est revenu sur les différentes définitions du non-recours (cf. ci-dessous) mais il a surtout affirmé que le non-recours est en quelque sorte un rapport à l'État et à la chose publique, dans le fait de recourir ou non à un service ou une prestation. Quatre facteurs caractérisent le non-recours : le non-recours dû à l'allocataire, dû au traitement institutionnel des demandes, avec un marqueur d'intensité et avec un marqueur de durée. La question du non-recours aux droits, comme aux services en général, est une préoccupation contemporaine, liée d'abord à l'évaluation des politiques publiques - savoir ce que l'on fait - et ensuite à l'émergence du souci de l'équité et de la justice. S'il est apparu en France à la fin des années quatre-vingt-dix, le concept de non-recours a été

créé en Angleterre dès le début du XX^e siècle et repris aux États-Unis une décennie plus tard. Les réponses institutionnelles obéissent à des logiques tant sociales qu'économiques pour ajuster politiques publiques et dispositifs, les rendre visibles ou lisibles, tout autant qu'elles peuvent aussi les remettre en cause par leur manque d'intérêt pour les populations elles-mêmes. C'est la loi de 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions qui entérine le non-recours aux prestations sociales dans le droit français.

Pour Pierre Mazet, le non-recours à toutes les prestations auxquelles un individu aurait droit est rarissime, il y a plutôt des non-recours partiels, pour telle ou telle prestation. La complexification des droits et leur connaissance, y compris par les travailleurs sociaux eux-mêmes, sont des facteurs facilitant le non-recours. L'anticipation de la finitude de l'offre par les travailleurs sociaux, leurs représentations des publics qui, en toute bienveillance, leurs font offrir ou non des prestations auxquels ils auraient de toute évidence droit, participent aussi des décisions et des possibles pour l'avenir à la place de l'autre.

L'affiche et le programme



Pierre Mazet Odenore



HAUTE-NORMANDIE

Journée de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* : La jeunesse en Haute-Normandie - éviter les ruptures, favoriser les passerelles

La Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie a organisé sa première journée annuelle avec pour thématique la jeunesse en Haute-Normandie : éviter les ruptures, favoriser les passerelles.

La journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Haute-Normandie s'est déroulée le 15 décembre dernier à la faculté de médecine et de pharmacie de Rouen devant 150 personnes issues des secteurs social, sanitaire et médico-social. Elle a été introduite par Alain Trugeon, directeur de l'OR2S, Nathalie Viard, directrice de la santé publique à l'ARS et par Sylvie Mouyon-Porte, directrice régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) représentant le Préfet de région.

La matinée s'est poursuivie par une conférence d'Olivier Sirost, sociologue à l'Université de Rouen, consacrée à « La jeunesse dans la post-modernité : entre peurs et espoirs », au cours de laquelle il a été question du caractère attirant, fascinant et inquiétant de la jeunesse et du fait que les jeunes permettent à leurs aînés de leur faire revivre leur propre jeunesse. Le sociologue a notamment rappelé que la jeunesse est un fait social instable, en perpétuelle mutation avec une césure entre enfance et âge adulte loin d'être nette.

Dans la foulée, une table ronde a réuni Sylvie Mouyon-Porte (DRJSCS), Marc Granier, Gérard Granier et Jean-Luc Léger (Ceser de Haute-Normandie) autour du plan territorial pour la jeunesse et du rapport « Jeunesses, une ressource

pour la région ». David Durand (DRJSCS) et François Michelot (OR2S) ont conclu la matinée avec des éléments relatifs aux modalités de suivi du plan territorial jeunesse.

L'après-midi s'est déroulé sous forme de sessions en *speed meeting* autour d'acteurs œuvrant dans le champ de la jeunesse. Ces sessions portaient notamment sur l'engagement des jeunes et la citoyenneté, les mobilités européennes et internationales, l'accès aux droits, le décrochage scolaire et l'insertion professionnelle. Leur animation a été assurée par la DRJSCS, l'Association régionale des missions locales de Haute-Normandie, le centre régional d'information pour la jeunesse, la caisse d'allocations familiales de Seine-Maritime, l'ARS et le rectorat. D'une durée de quarante minutes par atelier, ces échanges ont permis de détailler les actions et dispositifs « passerelles » permettant de minimiser certaines ruptures dans le parcours de vie des jeunes. L'intégralité des actes de cette journée sera mise en ligne au cours du premier trimestre 2016 sur le site Internet de la PF2S.

Le programme



Lettre d'information de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale*

La Lettre d'information permet de mieux comprendre les problématiques sociales et sanitaires de la Haute-Normandie et d'apporter un éclairage utile aux décideurs locaux. En 2015, trois lettres sont parues en juin (n°1), novembre (n°2) et décembre (n°3).

L'objectif de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* est un partage d'informations et d'études entre les partenaires, principaux acteurs locaux de l'action sociale : services de l'État, collectivités locales, organismes de protection sociale, secteur associatif. La Lettre d'information en constitue le principal vecteur, bien au-delà d'ailleurs de ces organismes compte tenu des quelque 2 000 destinataires auxquels elle est adressée.

Avec les statuts de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* de Haute-Normandie, le comité de suivi fait office de comité de rédaction. Il revient au comité de pilotage de définir la ligne éditoriale de la parution et la thématique des *focus*, tandis que le Comité de suivi est chargé de l'élaboration des numéros.

Les articles parus en 2015

En région Juin 2015

Les pensions de famille
Journée citoyenneté
Solidarité à Saint-Étienne-du-Rouvray
Enfance : Prévention et protection
Filosofi

Novembre 2015

Jeunesse : journée de la *Plateforme*
Indiss
Benzodiazépines
Famille et parentalité : un programme à l'essai
Indicateurs de cohésion sociale

Décembre 2015

Les jeunes à bas niveau de formation
1^{re} journée de la *Plateforme*
Evrest en Haute-Normandie
Offre de soins de proximité à l'horizon 2022
Carsat : système d'observation

Actualités Juin 2015

Le coût de l'enfant
Santé publique France
Grande conférence de la santé
Forum tabac et santé

Novembre 2015

États généraux du travail social
Sommet du développement durable
Grande conférence de la santé
Forum alcool et santé

Décembre 2015

Effets de la CMU sur le recours aux soins
Loi de modernisation de notre système de santé
Pacte territoire santé 2
L'ARS Normandie est (presque) née

Europe

Villes en santé : acte VI 2014-2018 (juin)
L'organisation internationale pour les migrations (novembre)
Agenda numérique pour l'Europe (décembre)

Ressources documentaires

L'évaluation d'impact sur la santé (juin)
Calais : rapport sur la situation sanitaire (novembre)
Pauvreté : les chiffres clés (décembre)

Focus Édito

Sylvie Mouyon-Porte (juin)
Gérard Lissot (novembre)
Émile Groult (décembre)

Thématiques

Protection des majeurs et mesures familiales (juin)
Jeunesses, une ressource pour la région (novembre 2015)
Loi d'adaptation de la société au vieillissement

Les trois numéros de 2015



Interventions

13 février, Mont-Saint-Aignan

François Michelot, Nadège Thomas

Colloque P2Ris et Université de Rouen, les nouveaux défis de la question sociale, Observer les inégalités sociales de santé en Haute-Normandie

21 mars, Paris

Patricia Medina, François Michelot et Alain Trugeon

*14^e colloque national du CNOSF de lutte contre le dopage
Étude qualitative sur les représentations concernant le dopage et sa prévention chez les sportifs et leur entourage*

25 mars 2015, Amiens

Alain Trugeon

*Commission régionale santé justice
État de santé des personnes entrant dans un établissement pénitentiaire en Picardie*

30 mars 2015, Rouen

Angélique Lefebvre

*Restitution de l'enquête auprès du service des ressources humaines
Evrest dans l'entreprise : Enquête auprès des salariés du CHU – Hôpitaux de Rouen*

1^{er} avril 2015, Amiens

Nadège Thomas

*Groupe de travail sur le parcours cancer
Cancer du sein et données sociales*

9 avril 2015, Amiens

Nadège Thomas, Alain Trugeon

*Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
Système intégré de calcul, allant de la gestion de bases de données à la représentation cartographique*

10 avril 2015, Rouen

François Michelot

*Comité de pilotage régional suicide
Le suicide en Haute-Normandie, cadrage épidémiologique*

10 avril 2015, Amiens

Alain Trugeon

*Instance régionale de coordination « cohésion sociale » de Picardie
Utilisation des données pour la politique de la ville*

17 avril 2015, Amiens

Alain Trugeon

*Mener une politique d'éducation à la santé et à la citoyenneté en EPLE - Rectorat d'Amiens
Quand les indicateurs en population générale rencontrent ceux des élèves scolarisés*

17 avril 2015, Prémontré

Anne Lefèvre

*Colloque régional Croix-Marine. Psychiatrie du sujet âgé : approche clinique et problématiques institutionnelles
Indicateurs socio-sanitaires autour des personnes âgées en Picardie*

24 avril 2015, Saint-Étienne-du-Rouvray

François Michelot

*Les 2^{es} assises de la solidarité à Saint-Étienne-du-Rouvray
La santé des habitants sur les quartiers prioritaires - Éléments de contexte*

4 juin 2015, Rouen

Angélique Lefebvre, Florence Guerre et Samantha Bertrand (CHU de Rouen)

*Réunion des participants à Evrest en Haute-Normandie
Evrest dans l'entreprise : Enquête auprès des salariés du CHU - Hôpitaux de Rouen*

5 juin 2015, Amiens

Alain Trugeon

*Être professionnel de santé... et y rester - FHF Picardie
Situation des professionnels de santé*

16 juin 2015, Rouen

François Michelot

*Journée des coordonnateurs RLPS/ASV
La santé des jeunes en Haute-Normandie, Présentation de l'enquête Indiss en missions locales*

25 juin 2015, Rouen

François Michelot

*Commission Prospective Ceser de Haute-Normandie
Santé et environnement en Haute-Normandie*

25 juin 2015, Amiens

Anne Lefèvre

Journée PMI. La santé de la mère et de l'enfant : la PMI, un levier pour la réduction des inégalités sociales de santé ?

Santé de la mère et de l'enfant. Chiffres et repères dans le département de la Somme

26 juin 2015, Rouen

Angélique Lefebvre

Réunion du Bureau de la Fédération hospitalière de France (FHF) Haute-Normandie

Bilan de la permanence des soins dans les établissements de santé publics en Haute-Normandie

26 juin 2015, Rouen

Angélique Lefebvre, D^r Laëtitia Rollin et Corinne Le-nôtre (CHU de Rouen)

Commission des risques psychosociaux du CHU de Rouen Evrest dans l'entreprise : Enquête auprès des salariés du CHU – Hôpitaux de Rouen, Restitution de l'enquête

22 septembre 2015, Rouen

Angélique Lefebvre, D^r Laëtitia Rollin et Florence Guerre (CHU de Rouen)

CHSCT du CHU de Rouen

Evrest dans l'entreprise : Enquête auprès des salariés du CHU - Hôpitaux de Rouen, Restitution de l'enquête

9 octobre 2015, Amiens

Nadège Thomas

Séminaire les inégalités du social - Curapp
Inégalités territoriales et sociales - Quelles données et quels moyens pour les mesurer ?

13 octobre 2015, Saint-Quentin

Émilie Fauchille, Anne Lefèvre

Journée de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie. Non-recours aux droits

Table ronde sur le non-recours aux soins

3 novembre 2015, Douains

François Michelot

Comité de pilotage du contrat local de santé de la Cape

Diagnostic territorial de la communauté d'agglomération des Portes de l'Eure

4 novembre 2015, Amiens

Nadège Thomas

Réseau Picardie Nutrition

Jeunes en santé indicateurs et suivi (enquête Jesais) - La santé des élèves en Picardie

4, 5 et 6 novembre 2015, Tours

Patricia Medina, François Michelot et Alain Trugeon

Étude qualitative sur les représentations concernant le dopage et sa prévention chez les sportifs et leur entourage (Communication affichée), Colloque de la SFSP

4 et 6 novembre 2015, Tours

Philippe Lorenzo

Les contrats locaux de santé, Colloque SFSP
Les déterminants sociaux de la santé

4, 5 et 6 novembre 2015, Tours

Philippe Lorenzo

PicAlim : des états des lieux quantitatifs et qualitatifs sur l'alimentation des élèves de seconde, Colloque SFSP - Les déterminants sociaux de la santé

23 novembre 2015, Val-de-Reuil

Olivia Guérin

Réunion CESC inter-établissement

La santé des jeunes en Haute-Normandie

24 novembre 2015, Amiens

Alain Trugeon

Les états généraux de la pédopsychiatrie en Picardie
Mieux connaître les jeunes

26 novembre 2015, Amiens

Alain Trugeon

Commission spécialisée prévention

Baromètre santé, les jeunes de 15 à 34 ans

2 décembre 2015, Amiens

Nadège Thomas, Sophie Debuissier

Copil Praps

Diagnostic régional de santé 2015

3 décembre 2015, Rouen

Olivia Guérin

Commission permanente de la CRSA de Haute-Normandie
La santé des jeunes en Haute-Normandie

3 décembre 2015, Rouen

François Michelot

Commission permanente de la CRSA de Haute-Normandie
La Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie

10 décembre 2015, Mont-Saint-Aignan

François Michelot

2^e journée de l'observatoire des conditions de vie
Le tableau de bord santé environnement de Haute-Normandie

15 décembre 2015, Rouen

François Michelot

1^{re} journée de la Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie
Les indicateurs de suivi du plan territorial jeunesse

Documents publiés par l'OR2S (depuis 2014)

Janvier 2014

Émilie Fauchille, Anne Lefèvre, Céline Thienpont, Nadège Thomas, Alain Trugeon
Personnes handicapées psychiques accueillies dans les foyers de vie et foyers d'accueil médicalisés de la Somme. Situation et enjeux. Rapport final
OR2S, Conseil général de la Somme, 62 p.

Émilie Fauchille, Anne Lefèvre, Céline Thienpont, Nadège Thomas, Alain Trugeon
Personnes handicapées psychiques accueillies dans les foyers de vie et foyers d'accueil médicalisés de la Somme. Situation et enjeux. Synthèse
OR2S, Conseil général de la Somme, 8 p.

Geneviève Besse, Julien Caudeville, François Michelot, Nicolas Prisse, Alain Trugeon
Inégalités territoriales, environnementales, et sociales de santé - Regards croisés en régions : de l'observation à l'action
SGMAS, CGDD, Ineris, Fnors, 68 p.

Février 2014

Nadège Thomas, Céline Thienpont, Lucile Hider, Sophie Debuissier, Alain Trugeon
Santé et social - De la région aux territoires
DRJSCS, ARS, Conseil régional, Rectorat de l'académie d'Amiens, OR2S, 4 p.

Nadège Thomas, Sophie Debuissier, Alain Trugeon
Social - De la région aux territoires
DRJSCS, ARS Picardie, Conseil régional, OR2S, 4 p.

Nadège Thomas, Céline Thienpont, Lucile Hider, Sophie Debuissier, Alain Trugeon
Santé - De la région aux territoires
ARS Picardie, Conseil régional, Rectorat de l'académie d'Amiens, OR2S, 4 p.

Nadège Thomas, Alain Trugeon
Le suicide en Picardie
Conseil régional, ARS, OR2S, 12 p.

Avril 2014

Mahdi-Salim Saïb, Julien Caudeville, Florence Carré, Olivier Ganry, Alain Trugeon, André Cicoella
Spatial relationship quantification between environmental, socioeconomic and health data at different geographic levels
Int J Environ Res Public Health, 11(4) pp 3765-88

Louise Bouchard, Jean-Marie Berthelot, Arnaud Castegts, Mariette Chartier, Alain Trugeon, Jan Warnke
Les systèmes d'information socio-sanitaire à l'appui de la planification locale de la santé : défis et enjeux
Université d'Ottawa, Université de Bordeaux, University of Manitoba, OR2S, Université Laval, 23 p.

Patricia Medina, François Michelot, Alain Trugeon, et alii
Étude qualitative sur les représentations concernant le dopage et sa prévention chez les sportifs et leur entourage

Ministère des Droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, Fnors, ORS Rhône-Alpes, OR2S, ORS Auvergne, ORS Bretagne, ORS Haute-Normandie, ORS Paca, (rapport 372 p., deux plaquettes de 8 p.)

Mai 2014

Anne-Claire Bouchez, Danièle Bourgerie, Laetitia Cecchini, Yassine Chaïb, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Bruno Goethals, Marie-Véronique Labasque, Lugdivine Godin, Laurent Haegemann, Philippe Lorenzo, Éric Moreau, Anna Ouattara, Aline Osman-Rogelet, Yvonne Pérot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°23

ARS Picardie, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 20 p., n° ISSN : 1962-283X

Juillet 2014

Anne-Claire Bouchez, Danièle Bourgerie, Laetitia Cecchini, Yassine Chaïb, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Lugdivine Godin, Bruno Goethals, Laurent Haegemann, Marie-Véronique Labasque, Philippe Lorenzo, Éric Moreau, Anna Ouattara, Aline Osman-Rogelet, Yvonne Pérot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°24
ARS Picardie, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 20 p., n° ISSN : 1962-283X

Septembre 2014

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon
Le suicide en Haute-Normandie
OR2S, ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, 12 p.

Émilie Fauchille, Philippe Faillie, Christophe Level, Madeleine Valenty
Les maladies à caractère professionnel - La Picardie dans le dispositif de surveillance épidémiologique des maladies à caractère professionnel
Direccte, InVS, OR2S, Conseil régional, 8 p.

Octobre 2014

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon
La santé des jeunes en 2^{nde} en Haute-Normandie - Santé mentale
OR2S, ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, 8 p.

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon

La santé des jeunes en 5^e en Haute-Normandie - Santé mentale

OR2S, ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, 8 p.

Novembre 2014

Nadège Thomas, Alain Trugeon, François Michelot, André Ochoa, Marie-Josiane Castor-Newton, Vanessa Cornely, Sylvie Merle, Emmanuelle Rachou, et *alii*

Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer - Analyses infra-régionales et comparaisons avec le niveau national

Fnors, 96 p.

Catherine Gay, Christelle Gougeon, Corinne Leroy, Philippe Lorenzo, François Michelot, Cyrille Tellart, Alain Trugeon, Nathalie Viard

Lettre d'information de la Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie n°0

ARS, Région Haute-Normandie, DRJSCS, OR2S, 16 p.

Anne-Claire Bouchez, Danièle Bourgerie, Sylvia Carrette, Laetitia Cecchini, Rémy Caveng, France Culie, Émilie Fauchille, Lugdivine Godin, Bruno Goethals, Laurent Haegemann, Marie-Véronique Labasque, Patrick Le Scouëzec, Philippe Lorenzo, Éric Moreau, Anna Ouattara, Aline Osman-Rogelet, Yvonne Pérot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon, Cédric Vangertruy

Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°25

ARS, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 20 p., n° ISSN : 1962-283X

Valérie Evrard, Émilie Fauchille, Anne Lefèvre, Céline Thienpont, Philippe Lorenzo, Alain Trugeon

PicAlim - Recherche-action en nutrition avec les élèves de seconde de Picardie : des constats à l'action

OR2S, Ireps, Rectorat de l'Académie d'Amiens, ARS, Conseil régional, Fonds français pour l'alimentation et la santé

Angélique Lefebvre, François Michelot, Sophie Debuissier, Nadège Thomas, Alain Trugeon
Situation sociale : Analyses des inégalités territoriales en Haute-Normandie

Préfecture de la région Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, ARS, OR2S, 8 p.

Nadège Thomas, Sophie Debuissier, Angélique Lefebvre, François Michelot, Alain Trugeon

Situation sociale : Analyses des inégalités territoriales en Picardie

Préfecture de la région Picardie, Conseil régional, ARS, OR2S, 8 p.

Décembre 2014

Cyril Boisson, Sophie Debuissier, Nadège Thomas, Cindy Alix, François Michelot, Alain Trugeon

Les indicateurs de cohésion sociale

DRJSCS, Conseil régional, ARS, OR2S, 64 p., n° ISBN : 978-2-909195-63-6

Anne-Claire Bouchez, Sylvia Carrette, Laetitia Cecchini, Rémy Caveng, France Culie, Émilie Fauchille, Lugdivine Godin, Bruno Goethals, Laurent Haegemann, Marie-Véronique Labasque, Patrick Le Scouëzec, Philippe Lorenzo, Laurence Moutiez, Éric Moreau, Anna Ouattara, Aline Osman-Rogelet, Yvonne Pérot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon, Cédric Vangertruy

Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°26

ARS, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 20 p., n° ISSN : 1962-283X

Olivia Guérin, Sophie Debuissier, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Jean-Luc Schmit, Nathalie Decaux, Martine Rodriguès

Sida et infection par le VIH en Picardie

OR2S, ARS, Conseil régional, Corevih, 4 p.

Janvier 2015

Valérie Évrard, Émilie Fauchille, Anne Lefèvre, Céline Thienpont, Philippe Lorenzo, Alain Trugeon

Rapport PicAlim - Recherche-action en nutrition avec les élèves de seconde de Picardie : des constats à l'action

OR2S, Ireps, Rectorat de l'Académie d'Amiens, ARS, Conseil régional, Fonds Français alimentation & santé, 76 p.

Février 2015

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon

La santé des jeunes en 2^{de} en Haute-Normandie - Consommation de substances psychoactives

OR2S, ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, 8 p.

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon

La santé des jeunes en 5^e en Haute-Normandie - Consommation de substances psychoactives

OR2S, ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, 8 p.

Avril 2015

Céline Thienpont, Lucile Hider, Axel Clermont, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Catherine Rousseau, Véronique Thuez, Odile Beauvais, Anne-Sophie Pourchez
Jesais - Jeunes en santé indicateurs et suivi. La santé des élèves de sixième en Picardie

Rectorat de l'Académie d'Amiens, ARS Picardie, Conseil régional, OR2S, 8 p.

Mai 2015

Bertrand Boixeda, Anne-Claire Bouchez, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Bruno Goethals, Laurent Haegemann, Marie-Véronique Labasque, Patrick Le Scouëzec, Philippe Lorenzo, Laurence Moutiez, Anna Ouattara, Aline Osman-Rogelet, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon, Cédric Van Gertruy
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°27
ARS Picardie, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 16 p., n° ISSN : 1962-283X

Nadège Thomas, Alain Trugeon, Sylvia Carette
Cancer du sein - Données sanitaires et sociales
ARS Picardie, OR2S, 8 p.

Nadège Thomas, Alain Trugeon, Sylvia Carette
Cancer du sein - Faits saillants
ARS Picardie, OR2S, 2 p.

Salah Zerkly, Céline Thienpont, Émilie Fauchille, Nadège Thomas, Alain Trugeon, René Faure, Audrey Joly, Charlotte Kovar, Kaissa Azzam, Marie-Pierre Bauzin, Frédéric Belot, Muriel Boudigou, Vincent Brema, Jérôme Dulot, Didier Fremaux
État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire en Picardie - Caractéristiques sanitaire et sociale en 2013
ARS Picardie, ministère de la justice, CH de Château-Thierry, EPSMD de l'Aisne, CH de Laon, CH de Beauvais, CHI Clermont de l'Oise, CHI Compiègne-Noyon, GHPSO, CHU Amiens Picardie, CH Philippe Pinel, OR2S, 4 p.

Juin 2015

Bertrand Boixeda, Anne-Claire Bouchez, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Bruno Goethals, Juliette Halifax, Laurent Haegemann, Marie-Véronique Labasque, Patrick Le Scouëzec, Philippe Lorenzo, Laurence Moutiez, Anna Ouattara, Aline Osman-Rogelet, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon, Cédric Van Gertruy
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°28
ARS Picardie, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 20 p., n° ISSN : 1962-283X

Gérard Bouvais, Catherine Gay, Christelle Gougeon, Corinne Leroy, François Michelot, Cyrille Tellart, Alain Trugeon, Nathalie Viard
Lettre d'information de la Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie n°1
ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, DRJSCS, OR2S, 16 p.

Juillet 2015

Céline Thienpont, Cyril Boisson, Lucile Hider, Bruno Sawczynski, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Catherine Rousseau, Véronique Thuez, Odile Beauvais, Anne-Sophie Pourchez
Jesais - La santé des élèves de 2^{nde} en Picardie
Rectorat de l'académie d'Amiens, ARS Picardie, Conseil régional, OR2S, 12 p.

Août 2015

Céline Thienpont, Nadège Thomas, Alain Trugeon
Baromètre santé - Santé mentale en Picardie
ARS Picardie, Conseil régional, Inpes, OR2S, 8 p.

Septembre 2015

Hervé Villet, Olivia Guérin, François Michelot, Angélique Lefebvre, Nadège Thomas, Alain Trugeon
La santé des jeunes en 2^{nde} en Haute-Normandie - Sexualité et contraception
ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, OR2S, 8 p.
Angélique Lefebvre, François Michelot, Olivia Guérin, Nadège Thomas, Alain Trugeon
La santé des jeunes en 5^e en Haute-Normandie - Santé et prévention
ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, OR2S, 12 p.

Olivia Guérin, François Michelot, Angélique Lefebvre, Nadège Thomas, Alain Trugeon
La santé des jeunes en 2^{nde} en Haute-Normandie - Nutrition
ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, OR2S, 8 p.

Olivia Guérin, François Michelot, Angélique Lefebvre, Nadège Thomas, Alain Trugeon
La santé des jeunes en 5^e en Haute-Normandie - Nutrition
ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, OR2S, 8 p.

Angélique Lefebvre, Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon

La santé des jeunes en Haute-Normandie - Synthèse
ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, OR2S, 12 p.

Octobre 2015

Bertrand Boixeda, Anne-Claire Bouchez, Sylvia Carette, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Lugdivine Godin, Bruno Goethals, Juliette Halifax, Laurent Haegemann, Marie-Véronique Labasque, Patrick Le Scouëzec, Philippe Lorenzo, Laurence Moutiez, Anna Ouattara, Aline Osman-Rogélet, Claude Thiaudière, Alain Trugeon, Cédric Van Gertruy

Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°29
ARS Picardie, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 20 p., n° ISSN : 1962-283X

Céline Thienpont, Nadège Thomas, Alain Trugeon
Baromètre santé - Sexualité et contraception en Picardie
ARS Picardie, Conseil régional, Inpes, OR2S, 8 p.

Céline Thienpont, Nadège Thomas, Alain Trugeon
Baromètre santé - Conduites addictives en Picardie
ARS Picardie, Conseil régional, Inpes, OR2S, 8 p.

Novembre 2015

Gérard Bouvais, Catherine Gay, Christelle Gougeon, Corinne Leroy, François Michelot, Cyrille Tellart, Alain Trugeon, Nathalie Viard
Lettre d'information de la Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie n°2
ARS, Région Haute-Normandie, DRJSCS, OR2S, 16 p.

Nadège Thomas, François Michelot, Alain Trugeon
Situation socio-sanitaire. Analyse des inégalités territoriales
ARS, Région Haute-Normandie, OR2S, 12 p.

Quentin Ory, Sophie Debuissier, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Rémi Andrzejewski, Philippe Arzoumanian, Laila Bentoudja, Jean-Paul Bocquet, Gérard Bouvais, Cédric Carretier, Karim Chougui, Catherine Daunou, Juan-Francisco Gutierrez, Mauricette Hervé, Laurence Jaumont, Michel Leroy, Virginie Louedec, Camille Ndongki, Jessica Panchout, Sabrina Perronnet, Erwan Pouliquen, Isabelle Soret, Cyrille Tellart ,

Les indicateurs de cohésion sociale
Préfet de la région Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, ARS, OR2S, 64 p.

Sophie Debuissier, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Anne Lefèvre, Céline Thienpont-Bouré, Émilie Fauchille, Cindy Alix, Thibaut Balcaen, Cyril Boisson, Lucile Hider, François Michelot, Marion Brusadelli, Philippe Lorenzo
Diagnostic régional de santé
ARS Picardie, Conseil régional, 96 p.

Décembre 2015

Bertrand Boixeda, Anne-Claire Bouchez, Sylvia Carette, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Lugdivine Godin, Bruno Goethals, Juliette Halifax, Laurent Haegemann, Marie-Véronique Labasque, Patrick Le Scouëzec, Philippe Lorenzo, Laurence Moutiez, Anna Ouattara, Aline Osman-Rogélet, Claude Thiaudière, Alain Trugeon, Cédric Van Gertruy
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°30
ARS Picardie, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 20 p., n° ISSN : 1962-283X

Gérard Bouvais, Catherine Gay, Christelle Gougeon, Corinne Leroy, François Michelot, Cyrille Tellart, Alain Trugeon, Nathalie Viard
Lettre d'information de la Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie n°3
ARS, Région Haute-Normandie, DRJSCS, OR2S, 16 p.

Salah Zerkly, Émilie Fauchille, Alain Trugeon, René Faure, Charlotte Kovar, Kaissa Azzam, Marie-Pierre Bauzin, Frédéric Belot, Vincent Breme, Jérôme Dulot, Tong Gentil, Michèle Savin

État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire en Picardie
ARS, ministère de la justice, CH de Château-Thierry, EPSMD de l'Aisne, CH de Laon, CH de Beauvais, CHI Clermont de l'Oise, CHI Compiègne-Noyon, GHPSO, CHU Amiens Picardie, CH Philippe Pinel, OR2S, 4 p.

Bakhao Ndiaye, Pascal Chaud, Sophie Debuissier, Olivia Guérin, Alain Trugeon, Nathalie Decaux, Myriam Lombard, Dr Sylvain Nappez, P^r Jean-Luc Schmit
Sida et infection par le VIH en Picardie
InVS, OR2S, ARS Picardie, Conseil régional, Corevih, 8 p.

Anne Lefèvre, Quentin Ory, Sophie Debuissier, Cindy Alix, François Michelot, Alain Trugeon, Philippe Arzoumanian, Bertrand Boixeda, Céline Dargaisse, Maryse Delclitte, Anne Évrard, Jérôme Gauchet, Lugdivine Gobin-Dabonneville, Bruno Goethals, Catherine Huette, Laurence Jaumont, Anne Langue, Lugdivine Laude, Annabelle Leroy-Derome, Louise Obein, Jérôme Peng, Valérie Pétigny, Mickaël Rusé, Chantal De Seze, Jacqueline Smulevici, Isabelle Vasseur
Croisement d'informations régionalisées, n°14
DRJSCS, Conseil régional, ARS, MSA, Carsat Nord-Picardie, Adema 80, Adécaso, Aisne Preventis, Creai, RSI, Caf de Picardie, Rectorat de l'académie d'Amiens, Conseil général de l'Aisne, Conseil général de l'Oise, Conseil général de la Somme, Dreal, Urssaf de Picardie, Direccte, Cpmam de l'Aisne, Cpmam de l'Oise et Cpmam de la Somme, OR2S, 128 p., ISBN : 978-2-909195-62-9

Salah Zerkly, Émilie Fauchille, Philippe Faillie, Juliette Chatelot
Les maladies à caractère professionnel - La Picardie dans le dispositif de surveillance épidémiologique des maladies à caractère professionnel
Direccte, InVS, OR2S, 8 p.

Janvier 2016

Angélique Lefebvre, Quentin Ory, Laétitia Rollin, François Michelot

Évolutions et relations en santé au travail (Evest) - Rapport régional portant sur les données 2009 à 2013
ARS, Direccte, Carsat, CHU Hôpitaux de Rouen, OR2S, 91 p.

Angélique Lefebvre, Quentin Ory, Laétitia Rollin, François Michelot, Alain Trugeon

Lettre Evest en Haute-Normandie n°3, Synthèse du rapport régional - Données 2009 à 2013
ARS, Direccte, Carsat, CHU Hôpitaux de Rouen, OR2S, 4 p.

Février 2016

Angélique Lefebvre, Laétitia Rollin, François Michelot, Alain Trugeon

Lettre Evest en Haute-Normandie n°4, Les troubles musculo-squelettiques
ARS, Direccte, Carsat, CHU Hôpitaux de Rouen, OR2S, 4 p.

Mars 2016

Sylvie Bonin, Gérard Bouvais, David Durand, Catherine Gay, Olivia Guérin, Angélique Lefebvre, Corinne Leroy, Philippe Lorenzo, François Michelot, Quentin Ory, Cyrille Tellart, Christine Théry, Thomas Virault

La jeunesse en Haute-Normandie : Éviter les ruptures, favoriser les passerelles, Actes de la 1^{re} journée de la PF2S Haute-Normandie
ARS, Région Haute-Normandie, DRJSCS, OR2S, 64 p.

Formations

23 janvier 2015, Amiens

Sophie Debuissier

Utilisation de la Base territorialisée des indicateurs

13 avril 2015, Amiens

Sophie Debuissier

Utilisation de la Base territorialisée des indicateurs

13 avril 2015, Évreux

François Michelot, Nadège Thomas

Utilisation de la Base territorialisée des indicateurs

21 mai 2015, Amiens

Sophie Debuissier

Utilisation de la Base territorialisée des indicateurs

16 juin 2015, Rouen

François Michelot

Utilisation de la Base territorialisée des indicateurs

18 juin 2015, Rouen

François Michelot

Utilisation de la Base territorialisée des indicateurs

26 juin 2015, Rouen

François Michelot

Utilisation de la Base territorialisée des indicateurs

17 novembre, Soissons

Émilie Fauchille, Salah Zerkly

Utilisation de l'outil MCP

30 novembre, Amiens

Émilie Fauchille

Utilisation de l'outil MCP

4 décembre, Beauvais

Philippe Faillie, Émilie Fauchille

Utilisation de l'outil MCP

Formation à l'utilisation de la *Base territorialisée des indicateurs*

Pour accéder à la *Base territorialisée des indicateurs* (cf.p 81), les partenaires suivent une formation d'une demi-journée dispensée par l'OR2S. Une quinzaine de sessions de formation ont été organisées depuis la mise en place de cet outil.

L'objectif de cette formation est de permettre une bonne utilisation de l'outil de calcul et de présenter les données qui y sont intégrées. La demi-journée se déroule en deux temps. Le premier, théorique, consiste à présenter l'outil de calcul, son utilisation et les indicateurs disponibles. Le second, pratique, est dédié à sa manipulation, avec quelques exercices permettant de se familiariser avec l'outil et d'en mesurer toutes les possibilités. À la suite de la formation, après avoir signé un acte d'engagement et choisi un profil géographique, les participants se voient allouer un login et un mot de passe personnalisés.

Les réunions de formation à l'outil de saisie en ligne des MCP

Avant chaque quinzaine des maladies à caractères professionnel (MCP), l'OR2S met en place des réunions de formation à l'outil de saisie en ligne développé par l'InVS dans les services de santé au travail de Picardie volontaires. Sont conviés à ces rencontres les médecins du travail mais aussi les infirmiers et le personnel du service informatique afin de garantir l'adhésion de l'ensemble des acteurs et ainsi favoriser la participation.

Durant ces rencontres, l'OR2S présente la procédure d'installation, de connexion et d'utilisation de l'application à l'aide de copies-écran ou directement *via* l'application s'il dispose d'une connexion internet. Les problèmes soulevés par les participants peuvent être réglés en direct comme l'installation du certificat de sécurité sur l'ordinateur professionnel du médecin.

En 2015, trois réunions ont été organisées à l'automne.

GLOSSAIRE & INDEX

Glossaire A à Dg

AASQA : Association agréée de surveillance de la qualité de l'air

ABS : Analyse des besoins sociaux

Adécaso : Association pour le dépistage des cancers dans l'Oise

Adeli : Automatisation des listes

Adema 80 : Association pour le dépistage des maladies dans la Somme

Ademe : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie

ADSMHAD 80 : Association départementale des services de maintien et d'hospitalisation à domicile de la Somme

Afsset : Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (devenue Anses en 2010)

AG : Assemblée générale

Aisne Preventis : Association de dépistage organisé des cancers dans le département de l'Aisne

ALD : Affections de longue durée

ALM : Affection de l'appareil locomoteur

Anah : Agence nationale de l'habitat

Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSP : Agence nationale de santé publique - Santé publique France (remplace InVS, Inpes et Eprus depuis le 1^{er} mai 2016)

Apradis : Association pour la professionnalisation, la recherche, l'accompagnement et le développement en intervention sociale

Arehn : Agence régionale de l'environnement de Haute-Normandie

ARS : Agence régionale de santé

Asip -Santé : Agence des systèmes d'information partagés de santé

ASV : Ateliers santé ville

Atih : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Atmo : Association de surveillance de la qualité de l'air

Bef : Bassin d'éducation et de formation

BRSP : Base régionale de santé publique

CA : Conseil d'administration

Caf : Caisse d'allocations familiales

Carsat : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

Case : Communauté d'agglomération Seine-Eure

Cati : *Computer Assisted Telephone Interview*

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)

CESC : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Ceser : Conseil économique, social et environnemental régional

CESTP-Aract : Centre d'ergonomie et de sécurité du travail - Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail

CGDD : Commissariat général au développement durable

CGET : Commissariat général à l'égalité des territoires

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHSCT : Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail

CIAS : Centre intercommunal d'action sociale

Cim : Classification internationale des maladies

Cir : *Croisement d'informations régionalisées*

Circe : Cancer inégalités régionales cantonales et environnementales

Cire : Cellule de l'Institut de veille sanitaire (InVS) en région

CLS : Contrat local de santé

CME : Commission médicale d'établissement

CMU : Couverture maladie universelle

Cnaf : Caisse nationale d'allocations familiales

Cnamts : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Cnil : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOSF : Comité national olympique du sport français

CNRSI : Caisse nationale du régime social des indépendants

Codah : Communauté de l'agglomération havraise

Copil : Comité de pilotage

Corevih : Comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

Cpam : Caisse primaire d'assurance maladie

CPO : Convention pluriannuelle d'objectifs

Cpom : Convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens

Creai : Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (devenu Apradis en Picardie le 21 janvier 2015)

Crefor : Centre ressources emploi formation

CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Curapp : Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie

DADS : Déclaration annuelle des données sociales

Dalo : Droit au logement opposable

DAO : Dessin assisté par ordinateur

Dares : Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques

DDCS : Direction départementale de cohésion sociale

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGFIP : Direction générale des finances publiques

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

Glossaire Di à Re

- Dim** : Département d'information médicale
- Direccte** : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
- DPSEEA** : *Driving Force, Pressure, State, Exposure Effect, Action*
- Draaf** : Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et des forêts
- Drass** : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (devenue ARS en 2010)
- DRDJSCS** : Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Dreal** : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
- Drees** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DRJSCS** : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- DRTEFP** : Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (devenue Direccte en 2010)
- DTP** : Diphtérie, tétanos, poliomyélite
- EIS** : Évaluation d'impact en santé
- EmeVia** : Ensemble des mutuelles étudiantes
- EPCI** : Établissement public de coopération intercommunale
- Eri** : Équipe de recherche Inserm
- Evrest** : Évolutions et relations en santé au travail
- Feder** : Fonds européen de développement régional
- FFAS** : Fonds français pour l'alimentation et la santé
- FHF** : Fédération hospitalière française
- Filocom** : Fichier du logement communal
- Finess** : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
- Fnars** : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
- Fnors** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
- GHM** : Groupe homogène de malades
- Gimp** : *GNU'S Not Unix Image manipulation programm*
- GIP** : Groupement d'intérêt public
- Gis** : Groupement d'intérêt scientifique
- GPS** : *Global Positioning System*
- Grap** : Groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances
- Grog** : Groupe régional d'observation de la grippe
- HAD** : Hospitalisation à domicile
- HN** : Haute-Normandie
- HPST** : Hôpital, patients, santé et territoires (loi du 21 juillet 2009)
- Https** : *Hypertext transfer protocole secure*
- INCa** : Institut national du cancer
- Indiss** : Indicateurs de suivi en santé
- Ineris** : Institut national de l'environnement industriel et des risques
- Inpes** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- Insee** : Institut national de la statistique et des études économiques
- Inserm** : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- InVS** : Institut de veille sanitaire
- Ireps** : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
- ISBN** : *International standard book number*
- ISL** : Institut de sondage Lavalle
- ISSN** : *International standard serial number*
- IUT** : Institut universitaire de technologie
- IVG** : Interruption volontaire de grossesse
- Jesais** : Jeunes en santé, indicateurs et suivi
- MCO** : Médecine, chirurgie et obstétrique
- MCP** : Maladies à caractère professionnel
- MdM** : Médecins du Monde
- Mildeca** : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
- Mildt** : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (devenue Mildeca en mars 2014)
- MSA** : Mutualité sociale agricole
- Odenore** : Observatoire des non-recours aux droits et services
- Odicer** : Observation des drogues pour l'information sur les comportements en région
- OFBS** : Observatoire franco-belge de la santé
- OFDT** : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- Oncopic** : Réseau régional de cancérologie de Picardie
- Open/Rome** : *Organize Promote Epidemiological Network* - Réseau d'observation des maladies et des épidémies
- OR2S** : Observatoire régional de la santé et du social
- ORS** : Observatoire régional de la santé
- Osa** : Observation statistiques analyses
- P2Ris** : Pôle ressource recherche de l'intervention sociale en Haute-Normandie
- Paca** : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- PAO** : Publication assistée par ordinateur
- PC** : *Personal Computer*
- PCS** : Professions et catégories socioprofessionnelles
- PDF** : *Portable Document Format*
- PDSES** : Permanence des soins en établissements de santé
- PF2S** : *Plateforme sanitaire et sociale*
- PicAlim** : *Picardie alimentation*
- PMI** : Protection maternelle et infantile
- PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- Praps** : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
- PRS** : Projet régional de santé
- Réfips** : Réseau francophone international de promotion de la santé
- Rein** : Réseau d'épidémiologie et information en néphrologie

Glossaire Rg à W

- RGPP** : Révision générale des politiques publiques
Rim-P : Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
RLPS : Réseau local de promotion de la santé
ROR : Rougeole, oreillons, rubéole

RP : Recensement de la population
RPLS : Répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux
RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé
RPS : Risques psychosociaux
RSI : Régime social des indépendants
SA : Société anonyme
SAE : Statistique annuelle des établissements
SCORE-Santé : Site commun d'observation régionale en santé
Sesi : Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (ministère chargé de la santé)
SFSP : Société française de santé publique
Sgar : Secrétaire général aux affaires régionales
SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
Sida : Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIG : Système d'information géographique
Sintel : Sous-direction informatique et télécommunication (ministère chargé de la santé)
Spad : Système portable pour l'analyse des données numériques
SPSS : *Statistical Package for the Social Sciences*
SQL : *Structured Query Language*
Sros : Schéma régional d'organisation des soins
SSR : Soins de suite et de réadaptation
Staps : Sciences et techniques des activités physiques et sportives
T2A : Tarification à l'activité
TBSE : Tableau de bord santé environnement

TCA : Troubles du comportement
TMS : Troubles musculo-squelettiques
To : Teraoctets
UFR : Unité de formation et de recherche
UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire
UPJV : Université de Picardie Jules Verne
Unccas : Union nationale des centres communaux d'action sociale
Uriopss : Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
URPS : Union régionale des professionnels de santé
Urssaf : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
UTC : Université technologique de Compiègne
VIH : Virus de l'immuno-déficience humaine
Wifi : *Wireless Fidelity*

Index

SOMMAIRE	p. 3	ACTIVITÉS & TEMPS	Cancer du sein et données sociales	
		Personnel et horaires de travail	dans le cadre de l'observatoire	
PRÉAMBULE		Heures effectuées en 2014 suivant le projet	des maladies chroniques	p. 62
De quelle observation aurons-nous besoin ?	p. 7	Évolution des heures travaillées	<i>Indiss</i> - Indicateur de suivi en santé	p. 63
		suivant le poste d'activité	Portraits territoriaux santé	p. 64
			Situation socio-sanitaire - Analyse des	
HISTORIQUE, MISSIONS & PARTENAIRES			inégalités territoriales	p. 65
Historique	p. 11	ACTIVITÉ AU QUOTIDIEN	Accompagnement des politiques publiques	p. 66
Missions	p. 11	Gestion	Santé au travail : le dispositif <i>Evrest</i>	p. 67
Partenaires	p. 11	Réunions - Formations	Santé, précarité, nutrition	p. 68
		Savoir, faire, savoir faire et faire savoir	Contrats locaux de santé (CLS)	p. 69
			Enquête <i>Normanut</i> III	p. 70
CONSEIL D'ADMINISTRATION & BUREAU		PÔLE SANTÉ	Tableau de bord santé environnement	p. 71
24 membres de droit	p. 15	Données de mortalité	Santé mentale des populations migrantes	p. 71
24 membres élus	p. 16	Données de morbidité - Affections de longue	Bilan de la permanence des soins dans les	
Les membres du Bureau	p. 17	durée	établissements de santé publics	p. 72
		Données de morbidité - Hospitalisation	Retour à l'emploi après un cancer	p. 72
		Données de morbidité - Certificats de santé	La France des régions :	
LOCAUX & PERSONNELS		Données d'offres de soins et de services	<i>Approche socio-sanitaire</i>	p. 73
Locaux	p. 21	Programme de surveillance des	SCORE-Santé	p. 74
Personnels	p. 21	maladies à caractère professionnel	Étude qualitative sur les représentations	
L'équipe du pôle administratif	p. 22	État de santé des personnes détenues	concernant le dopage et sa prévention	
L'équipe du pôle informatique	p. 22	Jeunes en santé, indicateurs et suivi	chez les sportifs et leur entourage	p. 75
L'équipe du pôle études et bases de données	p. 23	Recherche-action en nutrition		
L'équipe de l'antenne haut-normande	p. 24	<i>Baromètre santé</i> jeunes	PÔLE SOCIAL	
		<i>Diagnostic régional de santé</i>	Données de nature sociale	p. 79
MOYENS TECHNIQUES		Diagnostiques territoriaux de santé	<i>Plateforme sanitaire et sociale</i>	p. 80
Hardware	p. 27	<i>Profil santé</i> de la ville d'Amiens	<i>Base territorialisée des indicateurs</i>	p. 81
Software	p. 27	Atlas santé travail	Autour du logement	p. 82
Autres matériels internes et externes	p. 27	Infection par le VIH et sida	Analyse des besoins sociaux	p. 82
		Cancer : inégalités régionales, cantonales	<i>Croisement d'informations régionalisées</i>	p. 83
MOYENS FINANCIERS		et environnement	<i>Plateforme d'observation sanitaire et sociale</i>	p. 84
L'évolution du budget et des financeurs	p. 31	Situation socio-sanitaire - Analyse des	Les indicateurs de cohésion sociale	p. 85
		inégalités territoriales		

Index

RECHERCHE & DÉVELOPPEMENT

Développement informatique - Outil de calcul	p. 89
Développement informatique - Cartographie	p. 90
Développement informatique - Questionnaire	p. 91
Les entretiens collectifs, ou <i>focus groups</i>	p. 92
Enquêtes quantitatives	p. 93

COMMUNICATION & DOCUMENTATION

Documentation	p. 97
Site Internet de l'OR2S	p. 98
La chaîne <i>YouTube</i> de l'OR2S	p. 98
Sites Internet des <i>Plateformes sanitaires et sociales</i>	p. 99
<i>Picardie en santé et bien-être</i>	p. 100
Lettre d'information de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i>	p. 101
Journée de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i> : Non-recours aux droits	p. 102
Journée de la <i>Plateforme d'observation sanitaire et sociale</i> : La jeunesse en Haute-Normandie - éviter les ruptures, favoriser les passerelles	p. 103
Lettre d'information de la <i>Plateforme d'observation sanitaire et sociale</i>	p. 104
Interventions	p. 105
Documents publiés par l'OR2S (depuis 2014)	p. 107
Formations	p. 112

GLOSSAIRE ET INDEX

Glossaire de A à Dg	p. 115
Glossaire de Di à Re	p. 116
Glossaire de Rg à W	p. 117
Index	p. 118

Copyrights

Logiciels

Microsoft Excel de Microsoft®

Adobe In Design™ de Adobe System Incorporated

Adobe Illustrator™ de Adobe System Incorporated

Adobe Photoshop™ de Adobe System Incorporated

Polices de caractères

Adelle Basic®

Helvetica Neue LT Std®

Museo Slab®

Réalisation

Macintosh iMac Intel Core 2

Imprimante Canon C5045

Observatoire régional de la santé et du social

Directrice de la publication : D^r Élisabeth Lewandowski

Siège social

Faculté de médecine
3, rue des Louvels
80036 Amiens Cedex 1
Tél : 03 22 82 77 24
Fax : 03 22 82 77 41

Antennes

145, Route de Paris - 80000 Amiens
Tél : 03 22 95 82 63

Pôle régional des Savoirs
115, Bd de l'Europe - 76100 Rouen
Tél : 07 71 13 79 32

Adresses électroniques (e-mail) : info@or2s.fr / infohn@or2s.fr

Sites Internet : www.or2s.fr et www.pf2s.fr

Ce document a été réalisé par toute l'équipe et le Bureau de l'OR2S. Il repose sur les différentes productions effectuées au cours de l'année. Celles-ci sont pour la plupart téléchargeables sur les sites Internet de l'OR2S ou de la PF2S.

Imprimé en juin 2016 à l'OR2S