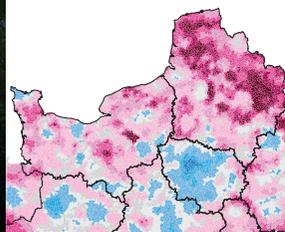
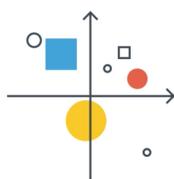


# Rapport d'activité



OBSERVATOIRE RÉGIONAL  
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

2016

# Rapport d'activité 2016

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

83

RECHERCHE &  
DÉVELOPPEMENT

91

COMMUNICATION &  
DOCUMENTATION

101

SIGLAIRE &  
TABLE DES MATIÈRES

119

# PRÉAMBULE



## L'OR2S à l'heure du *Big data* et du système national des données de santé

Depuis plusieurs années, l'OR2S s'est résolument engagé dans la manipulation de grandes bases de données. L'« outil de calcul » développé à l'observatoire épouse la logique du *Big data* en permettant la manipulation de données structurées massives ; mais des bases non structurées, qui sont l'essentiel d'Internet, pourraient aussi être analysées. Ceci nécessiterait un investissement important pour pouvoir les analyser. Cependant les implications du *Big data*, y compris à l'OR2S, dépassent largement la seule mise en œuvre de nouvelles techniques de recueil de données et de leur analyse car elles impactent aussi très largement la protection des personnes pour les données à caractère personnel.

Inconnu du plus grand nombre il y a encore une décennie, le *Big data* a envahi nos sociétés tout comme notre imaginaire. Datamasse en France, ou données massives au Québec, le *Big data* est un ensemble de données extrêmement volumineux dont l'ordre de grandeur est passé en quelques années du terabyte au brontobyte, soit un 1 suivi de vingt-sept zéros !...

Aujourd'hui, le *Big data* est caractérisé par ce qu'il est désormais convenu d'appeler les 5 V : volumétrie, vitesse, variété, validité et valeur.

La volumétrie fait référence aux montagnes de données produites à chaque instant et qui sont véhiculées et partagées *via* Internet. Sur Facebook, par exemple, circulent chaque jour dix milliards de messages... En 2016, l'humanité crée toutes les minutes autant de données que tout ce qui a été produit jusqu'en 2008 !

Production et analyse des données mettent en exergue la vitesse. L'ordre de grandeur est au

pire en seconde, mais le millième ou millionième de seconde est plus approprié. Le recours à des algorithmes élaborés autorise une analyse dans le temps même de la production des données.

La variété des données n'est plus à démontrer : courriels, tweets, photos, vidéos, nombre de pas, tension artérielle...

Il est admis aujourd'hui que 80 % des données ne sont pas structurées dans des bases de données. De fait, leur validité est cruciale. Dans la recherche traditionnelle, les données sont construites à partir de protocoles de recherche et d'outils de recueil validés et à partir d'expériences reproductibles. Avec le *Big data*, ce contrôle *a priori* ne ressort plus. La donnée existe par sa production elle-même et sa seule existence lui confère le statut de crédibilité.

Enfin, la valeur se réfère à une évaluation coût-bénéfice : jusqu'à quel point l'analyse des masses monstrueuses de données est-elle rentable pour l'utilisation finale des résultats ?

Au-delà de sa réalité matérielle, le *Big data* est un fait social majeur que les États se mettent à circonscrire. Ainsi, en France, la loi sur la République numérique d'octobre 2016 s'articule autour de deux principes majeurs. Le premier est celui de la circulation des données et du savoir, en organisant non plus la demande à l'accès aux données, mais l'offre et l'ouverture (*Open data*) des données publiques par la création d'un service public de la donnée. Cela repose sur la notion de données d'intérêt général, sur la facilitation de l'ouverture et de la réutilisation des données des administrations et enfin sur le développement de l'économie du savoir par la publication libre des articles scientifiques.

Le deuxième principe a trait à la protection des citoyens dans la société numérique. Il affirme le principe de neutralité des réseaux et de portabilité des données. Il établit un principe de loyauté des plateformes de services numériques. Le consommateur dispose en toutes circonstances d'un droit de récupération de ses données. Ce principe rejoint le règlement européen relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. La Commission européenne a présenté une proposition de règlement général sur la protection des données, en remplacement de la directive 95/46 CE3 de 1995. À cette époque, ce règlement avait deux objectifs : protéger le droit fondamental à la protection des données et garantir la libre circulation des données à caractère personnel entre les États membres.

Entré en vigueur le 25 mai 2016 et mis en application par les États membres en avril 2018, le nouveau règlement donne beaucoup plus de contrôle aux citoyens européens sur leurs données personnelles et leur utilisation *via* Internet. Il inclut des dispositions comme le droit à l'oubli, le consentement clair et explicite de la personne concernée quant à l'utilisation de ses données personnelles ou la garantie que les politiques relatives à la vie privée soient expliquées dans un langage clair et compréhensible. Les autorités de protection (les « Cnil européennes ») voient une affirmation de leurs compétences et un renforcement de leurs pouvoirs, notamment répressifs. Le Comité européen de la protection des données (CEPD) sera en charge d'arbitrer les différends entre les autorités et devra élaborer une doctrine « européenne » en la matière.

Le système national des données de santé (SNDS) fait partie de l'univers du *Big data*. Créé par la loi de modernisation de notre système de santé, le SNDS regroupe les principales bases de données de santé publiques existantes. Il vise l'amélioration des connaissances sur la prise en charge médicale et l'élargissement du champ des recherches, des études et évaluations dans le domaine de la santé. Son décret d'application, entré en vigueur en avril 2017, s'adresse aux personnes dont les données sont susceptibles d'être traitées et aux utilisateurs autorisés à les traiter.

Le système national est une base de données rassemblant des informations sur le parcours de santé : consultations chez les professionnels de santé, prescriptions de médicaments, hospitalisations, causes médicales de décès. L'analyse de ces données devrait permettre d'accroître les connaissances sur le système de santé : parcours de soins des patients, pratiques de prescription des médecins, sécurité sanitaire, etc. L'enjeu est d'améliorer les politiques publiques de santé, l'information des patients et de faire progresser la recherche médicale. Le SNDS a pour finalité la connaissance de la santé, de l'offre de soins, de la prise en charge médico-sociale et de leur qualité, de l'orientation des usagers dans le

système de santé, en permettant la comparaison des pratiques de soins, des équipements et des tarifs des établissements et des professionnels de santé. Il participe à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé et de protection sociale, dont les parcours des patients, ainsi qu'à la connaissance des dépenses de santé et médico-sociales. Il informe les professionnels de santé, structures et établissements de santé ou médico-sociaux sur leur activité, et participe à la surveillance, à la veille et à la sécurité sanitaires, en développant l'observation, l'évaluation et la production d'indicateurs relatifs à l'état de santé des populations, dans le temps et dans l'espace. Enfin, il contribue à la recherche, aux études, à l'évaluation et à l'innovation dans les domaines de la santé et du médico-social.

Les décrets publiés précisent les conditions d'accès au système selon deux modalités. Ils nomment les organismes qui auront un accès permanent aux données pour accomplir une mission de service public. Tous les autres, publics et privés, à but lucratif ou non, pourront accéder ponctuellement au système national des données de santé sur autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Les organismes qui ont un accès permanent sont peu nombreux et essentiellement nationaux : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Haute Autorité de santé (HAS), Santé publique France, Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie... En région, il s'agit des ARS, ORS, URPS, équipes de recherche de l'Inserm et des CHU..., et ce, pour des niveaux de précision différents.

L'Institut national des données de santé (INDS) enregistrera les demandes et accompagnera les utilisateurs du système.

La création du système national des données de santé impose pour les organismes y ayant accès la présence d'un correspondant informatique et libertés (Cil) de la Cnil. Dès la fin des années deux mille, l'OR2S s'est doté d'un Cil afin de pouvoir valider en interne et autoriser les protocoles d'études mises en œuvre. En avril 2018, le Cil laissera la place au *Data protection officer*, dont le mandat sera plus étendu. Mais le traitement des bases de données implique aussi un niveau de sécurité des plus exigeants, tant pour l'accès aux serveurs contenant les données que dans l'accès aux locaux. C'est le programme de travail que s'est donné l'OR2S pour les mois à venir.

# 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<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Lilly Weibel.

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

le P<sup>r</sup> Alain Dubreuil, le D<sup>r</sup> Jacques Liénard, le D<sup>r</sup> Louis Kremp, le P<sup>r</sup> Bernard Risbourg, le P<sup>r</sup> Odile Kremp, le D<sup>r</sup> Joseph Casile et le D<sup>r</sup> 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 des ex-Haute-Normandie et ex-Picardie (et, par extension depuis le début 2016, de Normandie et des Hauts-de-France) 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 dix départements situés au sein des deux nouvelles régions en 2016.

## Partenaires

	Régional*	National	International
Politico-administratifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préfecture/Sgar</li> <li>• ARS</li> <li>• DRDJSCS/DRJSCS</li> <li>• DDJCS</li> <li>• Insee</li> <li>• Rectorat - Services départementaux de l'éducation nationale</li> <li>• Universités</li> <li>• Direccte</li> <li>• Délégation aux droits des femmes</li> <li>• Dreal</li> <li>• Conseils régionaux</li> <li>• Conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux</li> <li>• Cdre</li> <li>• Conseils départementaux</li> <li>• Municipalités</li> <li>• Communauté de communes et EPCI</li> <li>• Pays</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère des Solidarités et de la Santé</li> <li>• Ministère du Travail</li> <li>• Ministère des Outre-mer</li> <li>• DGS</li> <li>• DGOS</li> <li>• DGCS</li> <li>• Drees</li> <li>• SGMAS</li> <li>• CGET</li> <li>• Comité interministériel des villes</li> <li>• Inserm</li> <li>• ANSP-Santé publique France</li> <li>• INCa</li> <li>• Ath</li> <li>• Miledca - OFDT</li> <li>• Insee</li> <li>• Ineris</li> <li>• CGDD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Union européenne</li> <li>• Province du Luxembourg</li> <li>• Province de Namur</li> </ul>
Protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cpati</li> <li>• MSA</li> <li>• RSI</li> <li>• Mutualités</li> <li>• Carisat</li> <li>• Caf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cnamts</li> <li>• CCMSA</li> <li>• CNRSI</li> <li>• Cnaf</li> <li>• Mutualité française</li> <li>• EmeVia</li> </ul>	
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• URPS</li> <li>• Médecins libéraux</li> <li>• Chirurgiens-dentistes</li> <li>• Pharmaciens d'officine</li> <li>• Services de santé du travail</li> <li>• Centres hospitaliers publics et privés</li> <li>• Centres d'examen de santé</li> <li>• Irep</li> <li>• RLPS</li> <li>• P2Ris</li> <li>• Aprodip Picardie</li> <li>• CESTP-Aract</li> <li>• Uriopss</li> <li>• Facultés de médecine et de pharmacie</li> <li>• Fnars</li> <li>• AASQA</li> <li>• Médecins du Monde</li> <li>• FHF</li> <li>• Corevih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institut Pasteur</li> <li>• Réseau Grog</li> <li>• Open/Rome</li> <li>• Fnors - ORS</li> <li>• Laboratoires privés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observatoire de la santé du Hainaut</li> <li>• Réseau francophone international de promotion de la santé (Réfips)</li> <li>• Réseau francophone de la santé du cœur et de prévention de l'obésité</li> <li>• OFBS</li> </ul>

\* Hauts-de-France et Normandie.



# 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 droit<sup>1</sup>

- Conseil régional des Hauts-de-France, M. Xavier Bertrand, Président
- Conseil régional de Normandie, M. Hervé Morin, Président
- Conseil départemental de l'Aisne, M<sup>me</sup> Isabelle Letrillart, 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 Pr Gabriel Choukroun, Doyen
- Agence régionale de santé des Hauts-de-France, Mme Monique Ricomes, Directrice générale
- Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale des Hauts-de-France, M. André Bouvet, Directeur
- Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement des Hauts-de-France, M. Vincent Motyka, Directeur
- Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi des Hauts-de-France, M. Jean-Louis Miquel, Directeur par intérim
- Académie d'Amiens, M<sup>me</sup> le Dr Maryse Burger, Médecin conseiller technique du Recteur
- Direction régionale de l'Insee des Hauts-de-France, M. Jean-Christophe Fanouillet, Directeur
- Conseil économique, social et environnemental régional des Hauts-de-France, M. Laurent Degroote, Président
- Caisse d'assurance retraite et de santé au travail Nord - Picardie, M. Philippe Blanc, Président
- Direction régionale du service médical Nord - Pas-de-Calais - Picardie, M<sup>me</sup> Claude Cherrier, Directrice
- Direction générale de la Mutualité sociale agricole de Picardie, M<sup>me</sup> Katie Hautot, Directrice générale
- Direction régionale du Régime social des indépendants de Picardie, M. Patrick Davigo, Directeur régional par intérim
- 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 Hauts-de-France, M. le Dr Pascal Chaud, Médecin responsable
- Mutualité française des Hauts-de-France, M. Jean-Luc Bossée, Vice-Président
- Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif des Hauts-de-France, M. Giancarlo Baillet, Délégué départemental
- Fédération hospitalière de France en Picardie, M. Rodrigue Alexander, Directeur-adjoint du centre hospitalier Compiègne-Noyon
- Union régionale des professionnels de santé médecins des Hauts-de-France, M. le Dr Philippe Chazelle, Président
- Union régionale des professionnels de santé chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France, 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 Normandie sont invités aux assemblées générales et conseils d'administration sans voix délibérative.*

<sup>1</sup> situation au 16 juin 2017.

## 24 membres élus<sup>1</sup>

- M. Jean-Claude Bury, ancien membre du Ceser de Picardie, Amiens (élu en 2013, prolongé en 2016)
- M. le Pr Jean-Pierre Canarelli, chirurgien pédiatre retraité, président de la CRSA Hauts-de-France, président du conseil territorial de santé de la Somme, membre du CCES de la Haute Autorité de santé, Amiens (élu en 2015)
- M. le Dr Joseph Casile, médecin, Président de l'ADSMHAD 80, Amiens (élu en 2013, prolongé en 2016)
- M. le Pr Alain Dubreuil, médecin retraité, Amiens (élu en 2013, prolongé en 2016)
- M. le Dr Jean-Paul Ducrocq, médecin généraliste, Morienvall (élu en 2014)
- M. le Dr Pierre Eletufe, médecin généraliste, Saint-Ouen (élu en 2013, prolongé en 2016)
- 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, prolongé en 2016)
- M. Jean-Paul Henry, représentant Fnars des Hauts-de-France (élu en 2013, prolongé en 2016)
- M<sup>me</sup> le Dr Agnès Jeanson, médecin addictologue, centre Sésame, service d'alcoologie dépendant du centre hospitalier Philippe Pinel, Amiens (élu en 2015)
- M<sup>me</sup> le Dr Patricia Jeanson, Directrice de l'association Le Mail, Amiens (élu en 2013, prolongée en 2016)
- 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<sup>me</sup> le Dr Élisabeth Lewandowski, médecin responsable du Dim, CHU, Amiens (élu en 2015)
- M<sup>me</sup> Colette Michaux, Ireps, Amiens (élu en 2015)
- M. Mickaël Naassilla, Directeur Grap Inserm Eri24, Amiens (élu en 2015)
- M<sup>me</sup> Nicole Naudin, chargée de mission Croix-Rouge, Château-Thierry (élu en 2014)
- M<sup>me</sup> Aline Osman-Rogelet, intervenante du champ social, Amiens (élu en 2014)
- M. Éric Petit, Directeur général, la Renaissance sanitaire, hôpital, Villiers-Saint-Denis (élu en 2013, prolongé en 2016)
- M<sup>me</sup> le Dr Chantal de Sèze, directrice d'Adécaso (élu 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(e) ;
- 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. 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. Pierre Belmonte, commissaire aux comptes au cabinet Eurotec, qui contrôle les résultats de l'exercice depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Il succède ainsi à M. Daniel Merten de la même société, parti en retraite le 30 juin 2016 et qui a exercé son commissariat aux comptes entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2015.

<sup>1</sup> situation au 16 juin 2017.

## Les membres du Bureau<sup>1</sup>



**PRÉSIDENTE**  
**D<sup>R</sup> ÉLISABETH LEWANDOWSKI**  
*Médecin responsable du Dim,  
CHU d'Amiens*



**VICE-PRÉSIDENT**  
**P<sup>R</sup> ALAIN DUBREUIL**  
*Médecin retraité*



**SECRÉTAIRE**  
**ALINE OSMAN-ROGELET**  
*Intervenante du champ social*



**SECRÉTAIRE-ADJOINT**  
**JOSEPH DEBRAY**  
*Représentant Carsat  
Président du Conseil territorial de  
santé de l'Oise*



**TRÉSORIER**  
**D<sup>R</sup> PIERRE ELETUFE**  
*Médecin généraliste*



**TRÉSORIER-ADJOINT**  
**D<sup>R</sup> JEAN-PIERRE TIBERGHEN**  
*Pédiatre*



**P<sup>R</sup> JEAN-PIERRE CANARELLI**  
*Chirurgien pédiatre retraité,  
Président de la CRSA Hauts-de-  
France  
Président du conseil territorial de  
santé de la Somme  
Membre du CCES de la Haute  
Autorité de santé, Amiens*



**D<sup>R</sup> ANDRÉ LOKOMBE LEKE**  
*Médecin responsable du service  
de médecine néonatale et réanima-  
tion pédiatrique, CHU d'Amiens*



**D<sup>R</sup> JEAN-MARIE SUEUR**  
*Pharmacien biologiste*

<sup>1</sup> situation au 16 juin 2017.



# 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 2016, seize 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 rouennaise, 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 épidémiologiste (80 % équivalent temps plein) ;
- un sociologue-démographe (100 % équivalent temps plein) ;
- une technicienne de bases de données (100 % équivalent temps plein) ;
- une psychologue (80 % équivalent temps plein) ;
- une responsable administrative (100 % équivalent temps plein) ;
- une secrétaire (100 % équivalent temps plein) ;
- un développeur informatique (100 % équivalent temps plein) ;
- une sociologue-démographe, responsable site Internet et qualité (100 % équivalent temps plein) ;
- une sociologue (100 % équivalent temps plein).

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 et une salle de réunion.

Pour compléter cette équipe, l'OR2S a reçu la contribution, en 2016, de neuf autres personnes salariées sur diverses périodes :

- une ingénieure alimentation et santé (80 % équivalent temps plein pendant 4 mois) ;
- une ingénieure alimentation et santé (100 % équivalent temps plein pendant 10 mois) ;
- une psychologue (80 % équivalent temps plein pendant 3,5 mois) ;
- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein pendant 8 mois) ;
- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein pendant 3,75 mois) ;
- une développeuse informatique (50 % équivalent temps plein pendant 3,75 mois) ;
- une technicienne de bases de données (100 % équivalent temps plein pendant 0,5 mois) ;
- un chargé d'études (100 % équivalent temps plein pendant 1 mois) ;
- un concepteur graphique (22 % équivalent temps plein pendant 6,5 mois).

Depuis fin 2013, un local de trois pièces a été mis à disposition de l'OR2S par le conseil régional de Haute-Normandie (puis de Normandie à partir de 2016) pour son antenne située au 115, boulevard de l'Europe à Rouen au sein du Pôle régional des Savoirs.

Par ailleurs, trois internes de santé publique ont aussi participé aux activités (un sur 8 mois et deux sur 2 mois) et deux étudiants (statistiques et bases de données) ont effectué un stage de 3 mois, dont une a été recrutée au delà de son stage à 100 % pendant 0,25 mois.

D'autres personnes ont également participé à l'activité 2016 sous diverses formes. Ainsi, une administratrice travaillant dans le champ social a également réalisé des vacances pour la PF2S (aval du conseil d'administration du 22 avril 2008). 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**  
**JÉRÔME LEMAIRE**



**DÉVELOPPEUR**  
**INFORMATIQUE**  
**BAPTISTE DEVIGNE**



**DÉVELOPPEUSE**  
**INFORMATIQUE**  
**ORANE LEROY**

<sup>1</sup> situation au 16 juin 2017.

## 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**



**TECHNICIENNE DE BASES  
DE DONNÉES**  
**CINDY ALIX**



**PSYCHOLOGUE**  
**MARIE GUERLIN**

## L'équipe de l'antenne de Rouen

---



RESPONSABLE DE L'ANTENNE  
FRANÇOIS MICHELOT



ÉPIDÉMIOLOGISTE  
OLIVIA GUÉRIN



STATISTICIENNE  
ANGÉLIQUE LEFEBVRE



SOCIOLOGUE-DÉMOGRAPHE  
QUENTIN ORY



INTERNE DE SANTÉ PUBLIQUE  
AURÉLIEN ZHU-SOUBISE

# 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 2016, trois ordinateurs (trois portables -un PC et deux Mac-) ont été achetés renforçant le parc existant. Par ailleurs, un nouveau serveur (monoprocresseur - 4 cores 16 gigas) a été installé dans les locaux situés à Rouen pour permettre l'échange de fichiers entre les postes. Début 2017, une tour (monoprocresseur - 4 cores 32 gigas) et une tablette (2 cores 16 gigas) ont été acquises, la tour étant située à la faculté de médecine d'Amiens.

Un contrat passé avec Canon comprend une imprimante photocopieur couleur faisant également office de fax. Ce matériel, incluant un scanner, a été remplacé au début 2017. Une imprimante Canon acquise en 2013 est également utilisée à l'antenne normande ; elle présente les mêmes caractéristiques que le modèle d'Amiens 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 rouennais.

### 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 bases 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™14 (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 paie Winfip+ et des compilateurs C++ Intel® sont aussi utilisés. De nombreux logiciels ont été actualisés ou de nouvelles licences achetées en 2016. 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* des disques durs externes. Enfin, un système d'exploitation Windows server 2012 a été acquis. Il est plus particulièrement utilisé pour la duplication des tours serveurs synchronisées.

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 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) :

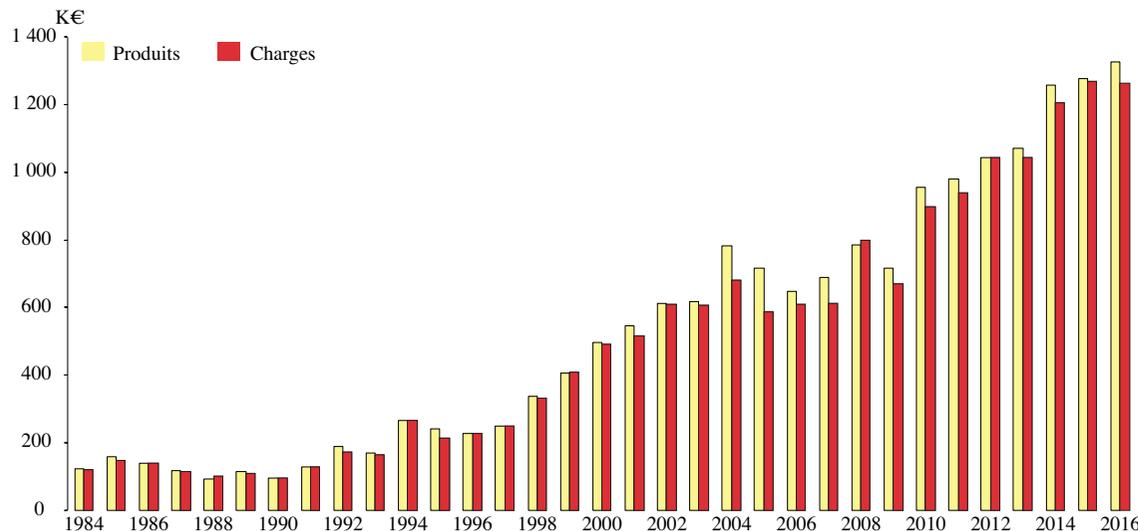
- la première période qui va de 1983 à 1985 est la mise en place de la structure avec une masse financière qui va logiquement s'accroître, du fait notamment du recrutement de salariés<sup>1</sup>.
- la deuxième commence en 1986 et va jusqu'en 1990 avec une érosion lente des moyens de l'ORS. La diminution 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 2003<sup>2</sup> ;

- 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 2016, les produits se sont encore accrus du fait de deux projets acceptés sur des fonds européens (FSE et Feder).

Les trois derniers exercices permettent d'avoir une vision significative des financeurs de l'OR2S et cela même si les principaux ont changé de périmètre géographique en adéquation avec la loi NOTRe. Les différentes conventions pluriannuelles engagées par les précédentes gouvernances n'ont pas été remises en question en 2016. Ainsi, sur ces trois années, le principal financeur demeure l'agence régionale de santé de Picardie/Hauts-de-France mais pour une part moins importante qu'avant l'arrivée des financeurs normands (30,1 % en 2014-2016 contre 43,7 % en 2010-2012). Le second financeur est le conseil régional de Picardie/Hauts-de-France avec une part de 23,1 % ; cette part était en 2010-2012 de 30,1 %. L'agence régionale de santé de Haute-Normandie/Normandie est le troisième financeur avec 17,8 % de l'ensemble des produits sur les trois exercices 2014-2016. Le financeur suivant se décline de façon multiple au niveau de l'observation de la santé, à travers la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et une douzaine d'observatoires de la santé pour une participation globale de 11,0 %. Le conseil régional de Haute-Normandie/Normandie apparaît ensuite avec une contribution de 7,2 %, en prenant en compte la mise à disposition de locaux au Pôle régional des Savoires. La DRJSCS de Picardie/Hauts-de-France et la DRDJSCS de Haute-Normandie/Normandie contribuent pour une part voisine autour de 3 % (3,2 % pour la première, 2,7 % pour la seconde). Tous les autres financeurs participent pour 1 % ou moins à l'ensemble des produits pour un total global de 4,4 %.

Évolution des produits et des charges de l'ORS Picardie, puis de l'OR2S, entre 1984 et 2016 (sans les engagements à réaliser sur subventions attribuées et les charges sur les exercices antérieurs)



Source : OR2S

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

<sup>2</sup> 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 pour chaque personne ayant exercé une activité à l'OR2S en 2016, grâce à la comptabilité analytique temps mise en place depuis de nombreuses années. Plus de 31 600 heures ont été effectuées au cours de l'année, soit 6 000 heures de moins que l'exercice précédent. Ce total d'heures travaillées est également inférieur à ceux de 2013 et 2014 où le seuil des 32 000 heures avait été franchi. Tout compris, cela correspond à l'équivalent de 20 personnes à temps plein sur l'ensemble de l'année, sans tenir compte des heures qui ont été réalisées par 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 inférieur à celui de l'exercice précédent : trente contre trente-sept. Cet effectif est d'ailleurs aussi inférieur à ceux des effectifs antérieurs (respectivement trente-quatre en 2013 et trente-trois personnes en 2014 ayant exercé une activité au sein de l'OR2S). Il faut souligner que des heures supplémentaires (pour un total annuel de 438) ont pu/dû être effectuées par sept 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 plutôt inférieur à celui constaté ces cinq dernières années.

En analysant plus finement la répartition des diverses tâches, le traitement des bases de données constitue toujours une partie importante de l'activité, même si elle est en retrait par rapport aux trois exercices précédents : 4 050 contre 4 420 heures en 2015, 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 prend pas en compte 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 3 600 heures qui ont été affectées en 2016 à cette activité, en y intégrant également la maintenance des deux sites Internet, soit à un niveau équivalent de celui de 2014. Le nombre de personnes impliquées est conséquent : 26 personnes y ont travaillé dont près de la moitié (12) y a consacré plus de 200 heures, trois salariés dépassant même les 1 200 heures de travail.

En dehors de ces tâches liées à la gestion des bases de données et aux développements informatiques s'y associant, deux activités ressortent, se situant à un niveau équivalent de plus de 3 000 heures ; il s'agit de la réalisation du diagnostic territorial de santé préalable à l'élaboration du PRS2 (3 279 heures) et le programme *Jesais* (3 117 heures). La gestion des tâches diverses de fonctionnement et de la démarche qualité pour 2 204 heures et la *Plateforme sanitaire et sociale* de l'ex-Picardie (2 116 heures) viennent ensuite. Pour cette dernière, il faudrait d'ailleurs rajouter à ces heures, celles des membres du Groupe projet, qui ont parti-

cipé 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. Dépassent ensuite les 1 000 heures de travail effectif quatre projets, deux concernant les Hauts-de-France et deux la Normandie. Pour ces derniers sont à mentionner l'accompagnement de l'ARS sur différents aspects avec notamment la réalisation de la plaquette sur le suicide et le projet sur la santé et la précarité. Côté Hauts-de-France, l'extension du dispositif de la santé en milieu carcéral pour l'ARS et l'analyse et approfondissement des problématiques de santé sur les territoires pour le conseil régional sont à mentionner. L'évaluation des contrats locaux de santé menés en collaboration étroite avec l'Ireps sur la Haute-Normandie qui s'est terminé en 2016 apparaît ensuite avec près de 900 heures.

Deux projets dépassent les 700 heures (les maladies à caractère professionnel et l'accompagnement de la Fnors et des ORS) et cinq autres sont au-dessus des 500 heures : production de documents de communication, Normanut, Structuration et impact des programmes d'éducation thérapeutique du patient dans les Hauts-de-France, l'analyse de l'offre de soins dans les Hauts-de-France et Mon métier demain programme retenu dans le cadre du Fonds social européen sur le territoire de l'ex-Picardie.

Tous ces projets représentent les neuf-dixièmes de l'ensemble des heures travaillées, les autres ayant chacun nécessité moins de 500 heures de travail au cours de l'année 2016. 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 2016 suivant le projet

Répartition des heures effectuées en 2016 par le personnel de l'OR2S suivant l'activité

	Alix Cindy	Bonin Sylvie	Brusadelli Marion	Debuisser Sophie	Devigne Baptiste (1)	Diot Josselin	Fauchille Emilie	Genevope Alexandre (2)	Guerin Olivia	Guerin Marie (3)	Isabelle Estelle (4)	Lefebvre Angélique	Lefèvre Aime	Lemaire Jérôme	Leroy Omme (5)	Lorenzo Philippe	Mansion Michaël	Michelot François	Ory Quentin	Petit Romain (6)	Rodriguez Martine	Rohaut Josephine (7)	Schymik Laurent (8)	Thierpont Céline (9)	Thomas Nadège	Trugeon Alain	Vallee Alexandre (10)	Viraut Thomas (11)	Yang Bingjie (12)	Zerkly Salah (13)	TOTAL	
Gestion, tâches diverses de fonctionnement, démarche qualité	6	406		38	1		2		85	12	1	29	21		37		80	425	42		728		7	116		8	288			1	3	2 204
Documentation, communication	15			97					24		13	1	4		10			11	13		150					32				8	509	
Fédération nationale des ORS, ORS, OFBS, Refips	44		1													104		60			15				320	76					711	
Congrès, formation			10	24			8				5	42						1	8												96	
Réalisation de l'observation sociale, animation de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i>	22	128	26	287			37						53			279	50	18	332		290	68	25		133	370					2 116	
Développement SCORE-Santé	0																24	18							3	69					114	
Développement du site Internet, mise à jour gestion des bases de données et des requêtes	4				230		12	569					84	1 256	26		1 356	1							56	12			1		3 606	
<i>Jesais</i>	8	364	116				16	213	20	473	4					2	22	22	10		80	1 151	8	27	118	118				349	3 117	
Baromètres Santé		7		58									1								5				56						135	
Approche territoriale : analyse et approfondissement des problématiques de santé sur les territoires		284					20	46				4	112			8		96	153		4		28		12	198		113			1 065	
Maladies à caractère professionnel	5	17					450						28												32	32			213		748	
Traitement et présentation bases de données (PMSI, ALD, certificats de santé, autres)	1 310	75	135	341	8	160	10	33	48		1	252			183	29	61	64	468		4	245	63		184		36	10	62	273	4 049	
Contribution à la création et/ou au suivi d'outils de pilotage des politiques (CR)	1			112									1												32	52					233	
Plaquette suicide, accompagnement divers ARS (N)	14	44						193				106				16	232	405			35				64	32					1 111	
Accompagnement Esad (N)	1											119													6	8					192	
Santé, précarité, nutrition (N)			462				186						434			3															1 102	
<i>Evrest</i> (N)												154						30													184	
<i>Norman III</i> (N)	4							460				3						54	4		4										528	
Diagnostic du plan régional santé environnement (N)			9															54	10						3						76	
Santé des détenus (N)					25			144										23									8				199	
Schéma de démographie médicale du Pays Risle Estuaire (N)												153						44	26												223	
Évaluation des contrats locaux de santé (N)			462				120						232			61		16													890	
Outil appel à projets (N)								50										8	2												60	
Portraits territoriaux (N)		75										300	31					208	37						16	8					674	
Santé des jeunes (N)								47										13							3	12					74	
Outil de recensement des acteurs de santé sur le territoire de Dieppe (N)																		11	30												41	
<i>Plateforme d'observation sanitaire et sociale</i> (N)	1							8				30				50		91	78						20	64		6			347	
Diagnostic santé du plan régional santé travail (N)												65						15													80	
Diagnostic territorialisé	215	269	61	391					40	23		14				14	48	182	382		180	4	44	224	827	293	70				3 279	
Diagnostic plan régional santé environnement 3												155					2	98	16							8					279	
Enquête nutrition			4										1				1							162	16						183	
Programme en éducation thérapeutique du patient			27				16						419				81														542	
Coordination des parcours de santé complexes			217													14															231	
Santé des détenus		1					361										28					1	4		14	30					1 020	
Accès aux soins de premier recours														468				3							40		110				620	
GéDiDot												117				117									3						237	
Mon métier demain							26			382			83			76							17								582	
État socio-sanitaire (Philippe Pinel)		16		1				61				33													32						150	
<b>Total</b>	<b>1 648</b>	<b>1 683</b>	<b>1 528</b>	<b>1 349</b>	<b>263</b>	<b>160</b>	<b>1 248</b>	<b>618</b>	<b>1 377</b>	<b>453</b>	<b>516</b>	<b>1 416</b>	<b>1 664</b>	<b>1 724</b>	<b>256</b>	<b>854</b>	<b>1 608</b>	<b>1 872</b>	<b>1 704</b>	<b>468</b>	<b>1 491</b>	<b>1 497</b>	<b>225</b>	<b>476</b>	<b>1 910</b>	<b>1 766</b>	<b>216</b>	<b>130</b>	<b>62</b>	<b>1 427</b>	<b>31 604</b>	

(N) : Normandie

Source : OR2S

(1) du 7 septembre au 31 décembre, (2) du 1<sup>er</sup> janvier au 4 septembre, (3) à 80 % du 12 septembre au 31 décembre, (4) du 5 juin au 23 septembre, dernière semaine étant au titre de salariée, (5) du 7 septembre au 31 décembre, (6) du 29 mars au 24 juin, (7) du 1<sup>er</sup> février au 30 novembre, (8) du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril puis du 17 octobre au 31 décembre, 36 heures par mois, (9) du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre à 80 %, (10) du 1<sup>er</sup> mai au 31 octobre, (11) du 2 au 31 janvier, (12) jusqu'au 15 janvier, (13) jusqu'au 31 octobre.

## Évolution des heures travaillées suivant le poste d'activité

*Avec 31 600 heures travaillées, l'année 2016 aura été marquée par une réduction de l'activité de près de 16 % par rapport à l'exercice 2015, revenant au niveau des années 2013 et 2014.*

La partie « Études » représente chaque année, tout naturellement, une grande partie de l'activité de l'OR2S (près de 13 000 heures en 2016, soit 41 %). Cette activité d'études est remontée par rapport à l'exercice précédent ; elle était alors de 29 % pour 11 000 heures travaillées. Cette augmentation provient essentiellement du nombre d'études commanditées par l'ARS des Hauts-de-France dans le cadre de la dernière année du Cpom. Il s'agit d'une évolution nouvelle car la tendance antérieure était à la diminution de cette part. Celle-ci provenait essentiellement de l'augmentation importante de tout ce qui concerne le traitement des données (gestion des bases de données et développement des outils pour gérer et exploiter ces bases de données). Ainsi, cet ensemble en 2016 représente 24 % de l'activité totale contre moitié moins en 2008-2010, mais un peu inférieur à 2014 et 2015 (plus de 26 %). La part « Politiques de santé » dépasse à peine les 500 heures ce qui en fait le nombre le plus faible sur la période 2009-2016 mis à part 2013 (près de 1 700 heures en moyenne sur 2009-2015). La santé observée est revenue au niveau de la période 2007-2009 avec la réalisation d'un diagnostic territorial qui s'inscrit dans la continuité de la production des tableaux de bord de santé et de nombreux diagnostics territoriaux, tant du côté des Hauts-de-France que de la Normandie. L'observation sociale avec près de 2 500 heures travaillées est au niveau de toutes les dernières années depuis 2010 (hormis 2015 qui approchait les 5 000

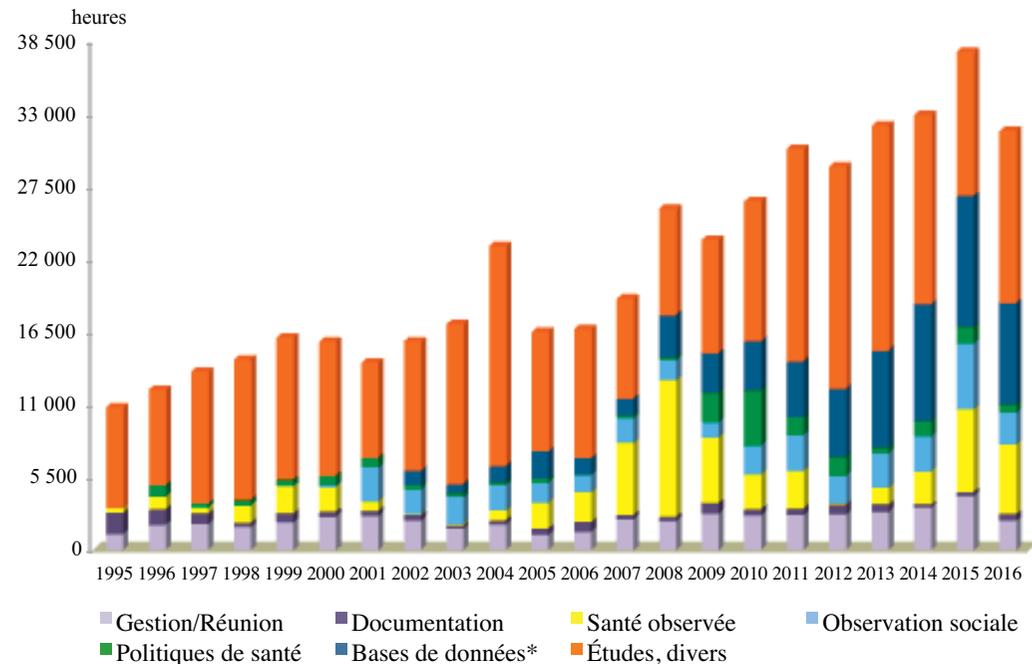
heures dû au fait de l'ouverture et du développement d'un dispositif identique en ex-Haute-Normandie à celui de l'ex-Picardie).

Enfin, la gestion, les réunions et les tâches diverses de fonctionnement sont en diminution en 2016, le niveau le plus bas de ces vingt dernières années avec une part de 7 % pour 2 200 heures effectives. Par rapport aux deux années précédentes, cette baisse

est due notamment à la réduction des tâches de gestion supplémentaires, liées alors à l'installation de l'antenne rouennaise et aux démarches administratives s'y afférant.

La fonction de documentation s'est réduite progressivement à mesure du temps, dans une complémentarité avec celle de l'rebs 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 2016, les réunions des ARS, des Ceser, des CRSA (commissions plénière, permanente, prévention, offres 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 puis ANSP 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 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 réponses. 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, sur les diverses méthodes d'interrogation des populations ciblées par les recueils, sur les méthodes de calcul d'indicateurs et de traitement des données ;
- 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 2014. 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. 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 révisée 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 2013 ont été intégrées à l'outil de calcul<sup>1</sup> en mars 2016. Les données de 2014 sont disponibles depuis fin mai 2017 et sont en cours de validation et d'intégration.

Comme chaque année, des formules sont mises en place 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 tests de significativité adaptés 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-Santé<sup>2</sup>, des formules spécifiques de taux et de test de significativité sont également créées, permettant de produire des indicateurs en période triennale. Des formules permettant le calcul d'espérance de vie ont également été mises à jour avec les nouvelles données. Plus spécifiquement en 2016, des formules permettant d'obtenir des indicateurs lissés géographiquement ont été déployées<sup>3</sup>.

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 notamment permis d'alimenter le *Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France*<sup>4</sup>, les *Portraits territoriaux santé* réalisés sur des territoires haut-normands<sup>5</sup>, une plaquette synthétique présentant la situation socio-sanitaire aux niveaux des pays et EPCI picards<sup>6</sup>, les fiches régionales figurant dans l'*État de santé des Français*<sup>7</sup>, ainsi que différents travaux thématiques (sida/VIH, suicide, l'atlas santé travail, une analyse pour le CH de Pinel).

<sup>1</sup> pour plus de précision, cf. p. 93.

<sup>2</sup> pour plus de précision, cf. p. 79.

<sup>3</sup> pour plus de précision, cf. p. 99.

<sup>4</sup> pour plus de précision, cf. p. 55.

<sup>5</sup> pour plus de précision, cf. p. 69.

<sup>6</sup> pour plus de précision, cf. p. 56.

<sup>7</sup> pour plus de précision, cf. p. 81.

## 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)<sup>1</sup>.

En cas d'affection 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 admissions en 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 2013.

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 tests 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 tests de significativité sont également créées, permettant de sortir des résultats en période triennale (pour les données relatives aux admissions en 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 territorialisé des Hauts-de-France*<sup>2</sup>, les *Portraits territoriaux santé* réalisés sur des territoires haut-normands<sup>3</sup>, une plaquette synthétique présentant la situation socio-sanitaire aux niveaux des pays et EPCI picards<sup>4</sup>, ainsi que différents travaux thématiques (sida/VIH, l'atlas santé travail, une analyse pour le CH de Pinel).

<sup>1</sup> Les données de 2015 ont été reçues pour partie, mais ne seront vraisemblablement pas exploitables pour les admissions en ALD du fait d'un problème informatique mentionné par l'un des trois régimes. Pour le total des ALD, l'exploitation devrait s'avérer possible, ce point étant en cours de validation.

<sup>2</sup> pour plus de précision, cf. p. 55.

<sup>3</sup> pour plus de précision, cf. p. 69.

<sup>4</sup> pour plus de précision, cf. p. 56.

## Données de morbidité - Hospitalisation

Par l'intermédiaire de la Fnors, l'OR2S dispose d'un accès sécurisé aux données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) renseignant les activités médicales (hospitalisations, séances, actes...) des établissements de santé publics et privés de France. Ces données sont mises à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) via un portail d'échange. Les dernières données disponibles sont celles de l'année 2016.

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<sup>1</sup>. Le PMSI est utilisé pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A). Le PMSI est donc un outil de description médico-économique de l'activité et il est décliné par disciplines :

- soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie -MCO-) : PMSI-MCO ;
- soins de suite ou de réadaptation : PMSI-SSR ;
- hospitalisation à domicile : PMSI-HAD ;
- psychiatrie : Rim-P.

En dehors de la valorisation de l'activité des établissements de santé, les données du PMSI peuvent être utiles pour quantifier la morbidité hospitalière, décrire la prise en charge, faire des analyses à différents niveaux géographiques, des évolutions dans le temps, décrire les parcours de soins hospitaliers ou encore rechercher des associations entre facteurs.

L'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé vise à ouvrir plus largement l'accès aux données de santé tout en renforçant les exi-

gences de sécurité liées au caractère sensible de ces données. Dans ce cadre, depuis 2016, l'Atih met à la disposition des établissements de santé, chercheurs et institutionnels (sous condition d'une autorisation Cnil), les bases PMSI via un portail sécurisé. L'OR2S bénéficie depuis juillet 2016 de cet accès sécurisé. Les personnes identifiées qui ont un accès à ce portail sont soumises à des conditions d'utilisation strictes afin de garantir l'anonymat des personnes : ne pas extraire de données individuelles ou indirectement nominatives. Ainsi, seules des tables de données agrégées peuvent être extraites du portail.

En 2016, le travail de l'OR2S a notamment consisté à la constitution de tables de données agrégées. Celles-ci ont été intégrées à l'outil de calcul développé au sein de l'observatoire<sup>2</sup>, afin de permettre une obtention rapide d'indicateurs à différents échelons géographiques. Le lieu de domicile enregistré dans le PMSI correspond aux codes postaux ou à un regroupement de codes postaux. Aussi, des travaux ont été réalisés pour effectuer une estimation des données au niveau communal, niveau géographique de base, permettant une observation à n'importe quel niveau infra-régional.

En outre, des tables extraites (portant sur les différents champs -MCO, SSR, HAD et Rim-P-) ont été agrégées par âge, sexe, établissement du séjour, type d'hospitalisation (complète, partielle, ambulatoire...) ou encore catégorie d'activité de soins et estimées par commune. Ces tables portent sur la période allant de 2013 à 2015 (les extractions pour l'année 2016 sont en cours). Des formules ont été déployées pour obtenir des indicateurs portant sur le nombre, les taux (bruts et standardisés sur l'âge) et de test de significativité pour comparer des taux standardisés.

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 approche est complexe compte tenu de l'âge du patient qui évolue et qui 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...) Les formules développées au sein de l'outil de calcul seront à adapter pour être mises en place dans le portail mis à disposition par l'Atih<sup>3</sup>.

En parallèle, une réflexion est à mener pour permettre la construction d'indicateurs ciblés sur certaines pathologies (cancers, suicides...) et permettant 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 du rôle de la T2A qui en fait une base à visée médico-économique).

Les données du PMSI 2015 ont notamment permis d'alimenter le *Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France*<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> pour plus de précision, cf. p. 93.

<sup>3</sup> ceci sera également à mettre en place dans le portail du Système national des données de santé -SNDS- (les deux systèmes fonctionnant avec le même outil -SAS Guide-). Dans un premier temps, le SNDS permettra de chaîner les données de l'Assurance maladie (base Sniiram), les données des hôpitaux (base PMSI) et les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm). L'OR2S fait partie des organisations listées par décret en conseil d'État pour avoir un accès permanent à ces bases.

<sup>4</sup> au moment de la réalisation de ce travail, les données 2016 n'étaient pas encore disponibles, cf. p. 55 pour plus de précisions sur ce diagnostic.

### 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.

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 staturo-pondérales, développement psychomoteur, couverture vaccinale...)

Les données des certificats de santé du huitième jour (données allant de 2003 à 2015), du neuvième mois (de 2006 à 2014) et du vingt-quatrième mois (de 2006 à 2013) sont disponibles pour les trois départements picards.

Des indicateurs issus de ces données (mères allaitant à la naissance et naissances prématurées sur la période 2013-2015) ont alimenté la troisième édition du document *Les indicateurs de cohésion sociale* (cf. p. 89).

### Les certificats de santé

8<sup>e</sup> jour

PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ  
à délivrer dans les huit jours qui suivent la naissance de l'enfant

Partie Médicale : Informations sur la grossesse, l'accouchement, l'état de santé à la naissance, et le développement de l'enfant.

9<sup>e</sup> mois

DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ  
à délivrer au cours du neuvième mois de l'âge de l'enfant

Partie Médicale : Informations sur le développement de l'enfant, les affections aiguës, et les affections chroniques.

24<sup>e</sup> mois

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ  
à délivrer au cours du vingt-quatrième mois de l'âge de l'enfant

Partie Médicale : Informations sur le développement de l'enfant, les affections aiguës, et les affections chroniques.

## Données des professionnels de santé

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 2016.

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 infirmier(ère)s 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 remplaçant 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 lissés et de produire des cartographies de densité d'accès aux professionnels de santé.

Ces données sont à la base de nombreux travaux réalisés au sein de l'OR2S. Outre les présentations orales effectuées, ces données ont notamment permis d'alimenter le *Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France*<sup>1</sup>, les *Portraits territoriaux santé* réalisés sur des territoires haut-normands<sup>2</sup>, une plaquette synthétique présentant la situation socio-sanitaire aux niveaux des pays et EPCI picards<sup>3</sup>, ainsi qu'un travail plus spécifique sur l'offre de soins de premier recours dans les Hauts-de-France<sup>4</sup>.

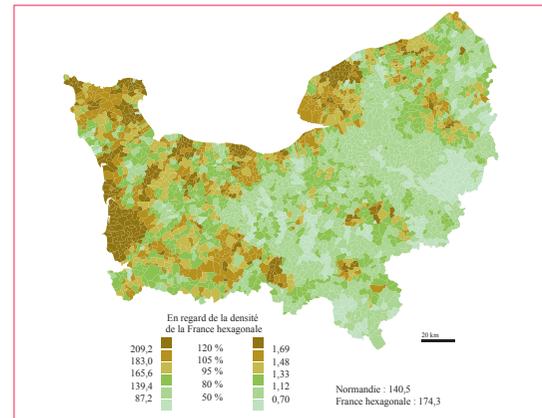
<sup>1</sup> pour plus de précision, cf. p. 55.

<sup>2</sup> pour plus de précision, cf. p. 69.

<sup>3</sup> pour plus de précision, cf. p. 56.

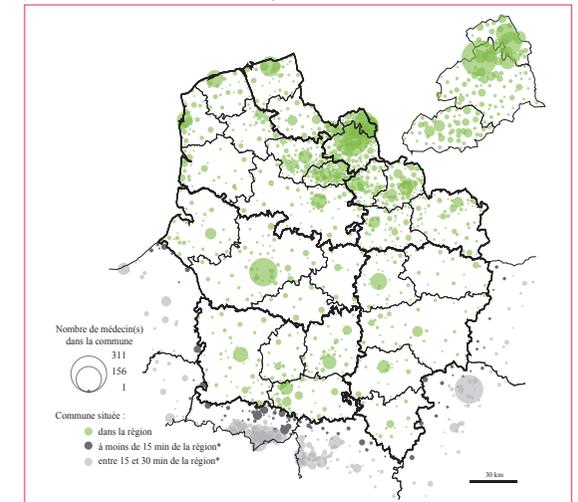
<sup>4</sup> pour plus de précision, cf. p. 64.

Densité\* d'infirmier(ère)s libéraux(ales)  
au 1<sup>er</sup> janvier 2016 (pour 100 000 habitants)



\* Pour garantir une stabilité statistique suffisante et réduire le « bruit » lié aux petits effectifs (faible population), un lissage géographique a été mis en place. L'information disponible dans le voisinage de chacune des communes est prise en compte (y compris des communes françaises limitrophes à la région).

Répartition des médecins généralistes libéraux  
au 1<sup>er</sup> janvier 2016



## Données de l'offre en établissements et services

Deux sources de données permettent d'observer l'offre en établissements de santé et en accompagnement médico-social. Les données relatives aux établissements et services médico-sociaux sont consultables sur Internet via le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess). Les données provenant de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) sont également en libre accès, sur le site [data.gouv.fr](http://data.gouv.fr). Les dernières données traitées au sein de l'OR2S sont celles de 2015 pour la base SAE et celles issues d'extractions opérées en fin d'année 2016 pour Finess.

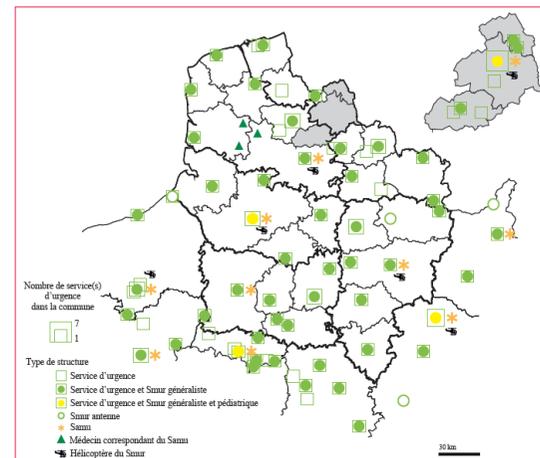
La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est l'une des principales sources de référence du ministère sur les établissements de santé, complémentaire du PMSI, puisqu'elle renseigne sur les structures, les capacités, les équipements, les activités et les personnels. La SAE est une enquête administrative obligatoire réalisée auprès de tous les établissements de santé publics et privés installés en France. Elle fournit des éléments de cadrage indispensables et un panorama complet de l'offre de soins existante pour l'ensemble du secteur sanitaire, toutes disciplines confondues. Ces données permettent de cartographier l'offre en établissements et de calculer des taux d'équipement. En outre, des temps d'accès théoriques aux maternités ont été calculés.

Le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément pour ce qui est des établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux et de formation aux professions de ces secteurs. Les données sont actualisées au quotidien en fonction des modifications effectuées au niveau territorial (ARS, DRDJSCS/DRJSCS). Cette source est exploitée pour aborder l'offre de services en structures médico-sociales, accueillant notamment les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, adultes ou enfants, l'équipement matériel lourd et l'offre en psychiatrie ambulatoire.

Les extractions du répertoire Finess réalisées en fin d'année 2016 et l'analyse de la base administrative SAE 2015 ont permis d'alimenter le *Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France*<sup>1</sup> avec des cartographies d'implantation des établissements et services (cf. illustrations ci-contre). Ces cartes offrent de fait une visualisation aisée de l'offre en établissements et services médico-sociaux et en établissements de santé des Hauts-de-France.

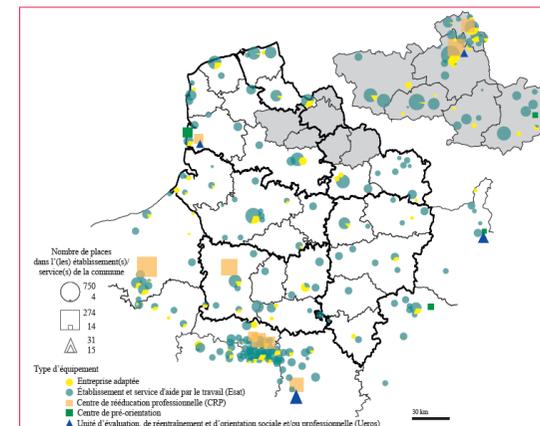
<sup>1</sup> cf. pour plus de précision, cf. p. 55.

Répartition des soins urgents au 31 décembre 2015



Sources : SAE données administratives 2015 - ministère des affaires sociales et de la Santé, Drees, ARS des Hauts-de-France  
Exploitation OR2S

Répartition du nombre de places des établissements et services de travail protégé et de réinsertion professionnelle pour adultes en situation de handicap en octobre 2016



Source : Finess

Exploitation OR2S

## Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel

*L'OR2S, la Direccte et l'InVS (puis Santé publique France à partir du 1<sup>er</sup> mai 2016<sup>1</sup>) ont maintenu leur collaboration en 2016 quant au dispositif de surveillance épidémiologique en milieu du travail des maladies à caractère professionnel (MCP) pour la partie picarde des Hauts-de-France.*

Ce programme a été mis en place pour la première fois en 2003 dans les Pays de la Loire puis s'est ensuite étendu à d'autres régions au fil du temps. Les deux régions qui ont fusionné en 2016 pour former la région actuelle des Hauts-de-France sont entrées dans le programme la même année, à savoir en 2009<sup>2</sup>. Les objectifs du recueil sont de mesurer la prévalence des MCP, d'évaluer les liens entre agents 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 (« une quinzaine »), 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 2016, une quinzaine a été réalisée pour la partie picarde de la région. Elle s'est déroulée du 3 au 14 octobre. Certains services de santé au travail étant dans l'impossibilité d'organiser le recueil dans des conditions optimales, la possibilité a été laissée de la décaler d'une à deux semaines. Les médecins ont à leur 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. Une application 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.

Trente-neuf médecins ont participé à la quinzaine de 2016, soit un peu moins de 23 % des médecins du travail en activité en ex-Picardie, dont vingt-cinq via l'application informatique. La participation des médecins connaît une légère baisse par rapport à 2015 (28 %) malgré les efforts maintenus par l'OR2S et la Direccte d'aller à la rencontre des médecins du travail.

Ainsi, deux réunions d'information ont été organisées en amont de la quinzaine 2016 dans les diverses structures de médecine du travail. Celles-ci étaient divisées en deux parties : la présentation des premiers résultats régionaux de 2015 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 du travail d'avoir une vision concrète de l'outil informatique.

De plus, des échanges avec les équipes informatiques ont permis de leur fournir les outils nécessaires à la quinzaine et d'en expliquer le fonctionnement.

L'analyse des données 2015 a été effectuée au cours du dernier trimestre 2016 ; celle-ci a abouti à la production d'une plaquette publiée en février 2017 (cf. illustration ci-dessous). En 2015, quarante-huit médecins avaient participé.

Concernant les données issues de la quinzaine 2016, elles 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 2017.



<sup>1</sup> l'agence nationale de santé publique, fusion de l'InVS, l'Inpes et l'Eprus, a été créée par le décret n°2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation de notre système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

<sup>2</sup> en 2016, outre les régions déjà mentionnées, le protocole de surveillance est mis en place dans les régions ou anciennes régions (pour celles concernées par la réforme territoriale de 2016) suivantes : Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Centre, Limousin, Lorraine et Midi-Pyrénées.

## 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 qui a évolué au cours du temps.

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.

Après un travail de réflexion engagé en 2015 en commun avec les unités sanitaires participantes, le recueil des données a évolué et se fait désormais via deux fiches épidémiologiques : l'une aborde la santé somatique (existant déjà par le passé) et l'autre la santé mentale (nouveau du recueil). Le protocole de recueil des données est resté inchangé, les fiches sont remplies pour chaque nouvel entrant lors de la visite médicale suivant l'incarcération. Le personnel médical de l'unité sanitaire et/ou le personnel médical du service médico-psychologique saisissent les données depuis une application informatique disponible sur un serveur sécurisé mis à disposition par l'OR2S<sup>1</sup>. Une fois la saisie effectuée, les fiches sont imprimables et peuvent donc être intégrées au dossier personnel du détenu.

Les informations recueillies dans la fiche « somatique » ont trait aux thématiques suivantes :

- situation socio-économique (situation matrimoniale, enfant, domicile avant l'incarcération, situation professionnelle, couverture sociale...);

- antécédents médicaux (pathologies somatiques chroniques du détenu et de sa famille proche, consultation d'un médecin...) et psychiatriques (pathologies psychiatriques, tentatives de suicide, histoire familiale);
- 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 bucco-dentaire...);
- prescriptions et dépistages réalisés à l'entrée (prescription de consultation médicale, biologie prescrite...)

La fiche santé mentale aborde l'alimentation, le sommeil et le mode de vie. Après une phase de tests durant l'été 2015 sur deux des cinq établissements pénitentiaires picards<sup>2</sup> (Amiens et Liancourt), cette nouvelle fiche a été utilisée par tous les établissements en 2016.

Début 2016, l'OR2S a récupéré l'ensemble des données saisies en 2015 dans les cinq établissements enquêtés (Amiens, Beauvais, Compiègne, Laon et Liancourt), soit un total de 1 938 fiches. Cette analyse a fait l'objet de la production d'une plaquette restituant les résultats (cf. illustration ci-contre et le lien de plaquette figurant ci-dessous).

En 2016, plus de 2 200 fiches ont pu être recueillies. Elles sont en cours de validation et feront l'objet d'une analyse, puis de la réalisation d'une plaquette qui sera diffusée au cours du second trimestre 2017.

L'année 2016 aura été une année d'ouverture et de communication dans le sens où ce recueil va être étendu en 2017 à l'ensemble des Hauts-de-France. Le protocole a fait l'objet de deux communications orales : la première lors du 12<sup>e</sup> congrès national des unités sanitaires en mars 2016 à Marseille; la seconde lors de la coordination des recherches et actions de la Direction de l'administration pénitentiaire/Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives en mai. Il a également fait l'objet d'une publication scientifique dans le n°18-19 du Bulletin épidémiologique hebdomadaire daté de juin 2016.

### La plaquette



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

<sup>2</sup> à noter que les établissements de Beauvais et Compiègne ont fusionné en 2016. Le nouveau centre pénitentiaire se situe à Beauvais.

## 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. 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 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, l'une auprès des élèves de sixième et l'autre des élèves 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 renseigne cette première partie, aidé si nécessaire par l'infirmière ou une autre personne. Dans la seconde partie, les infirmier(ère)s scolaires notent leurs observations suite aux différents examens 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 informatisé<sup>1</sup>. 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. Depuis 2010, l'OR2S fournit à chaque collège et chaque lycée un outil de restitution des résultats pour comparer leurs données à celles de l'ensemble du département et de la région.

En 2016, comme chaque année durant l'été et au début de l'automne, le travail de consolidation des données recueillies au cours de l'année scolaire 2015-2016 a débuté : nettoyage des bases, validation et contrôle de cohérence. Lorsque les données paraissaient incohérentes, une vérification a été faite auprès des infirmier(ère)s scolaires.

Deux plaquettes portant sur les disparités territoriales et sociales ont été réalisées, puis publiées en janvier 2017 (cf. illustrations ci-contre). L'une concerne les élèves de sixième et l'autre ceux de seconde. L'analyse territorialisée porte sur les neuf bassins d'éducation et de formation de l'académie d'Amiens et l'analyse sociale est menée à partir de la situation professionnelle de la personne de référence (travail, chômage, au foyer) ainsi que de sa profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS).

En outre, une communication orale a été effectuée au comité de pilotage académique d'éducation à la santé et à la citoyenneté en juin 2016. Une plaquette de quatre pages présentant l'étude a été réalisée à cette occasion.

<sup>1</sup> pour plus de précisions sur l'application de saisie en ligne cf. p. 95.

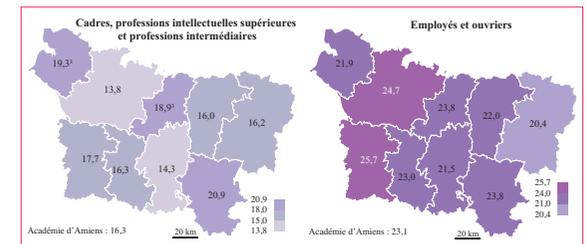
La plaquette des élèves de 6<sup>e</sup>



La plaquette des élèves de 2<sup>nde</sup>



Surpoids<sup>1</sup> selon la profession et catégorie socioprofessionnelle<sup>2</sup> et le bassin d'éducation et de formation (en %)



<sup>1</sup> des élèves de sixième, issu de l'IMC calculé à partir des mesures effectuées par les infirmier(ère)s scolaires

<sup>2</sup> de la personne de référence, pour les actifs occupés

<sup>3</sup> faibles effectifs

Source : OR2S, Rectorat de l'académie d'Amiens - *Jesais*  
Années scolaires : 2008-2009 à 2014-2015

### Étude autour de la nutrition

L'ARS Hauts-de-France a souhaité mettre en place une étude autour de la nutrition et l'a confiée à l'OR2S. Son objectif est de décrire les principaux comportements et attitudes liés à la nutrition (alimentation et activité physique) pour l'ensemble des habitants de la région, mais aussi par territoire de démocratie sanitaire. Pour ce faire, une enquête en population générale a été mise en place au second semestre 2016. Un recueil ciblant plus spécifiquement la population précaire a débuté en 2017.

En septembre 2016, un protocole d'étude ainsi qu'un questionnaire ont été définis. Les personnes sont interrogées sur leurs caractéristiques socio-démographiques, leurs données anthropométriques, leurs habitudes de consommations alimentaires, leurs attitudes, opinions et perceptions de l'alimentation, leurs pratiques et perceptions de l'activité physique. Les critères d'inclusion sont d'être âgé de 18 ans ou plus et d'être domicilié dans les Hauts-de-France.

Outre la représentativité sur l'ensemble de la région, le mode de recueil permet d'avoir des résultats sur les six territoires de démocratie sanitaire qui ont été définis par l'ARS en octobre 2016<sup>1</sup>. Il s'agit des départements de l'Aisne, de l'Oise, du Pas-de-Calais et de la Somme ; le Nord est divisé en deux zones : Hainaut et Métropole - Flandres.

Un premier champ de l'étude porte sur la population générale. Le recueil a été réalisé en ligne par l'institut de sondage Ipsos. Il a commencé en décembre 2016 et s'est poursuivi en janvier 2017. L'échantillon est composé de 3 904 personnes. Les données ont été validées et sont maintenant en cours d'analyse. Pour garantir au mieux

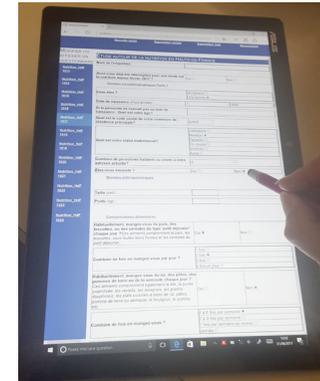
la représentativité régionale et par territoire de démocratie sanitaire, un redressement de l'échantillon est mis en place. Il est basé sur des critères d'âge, de genre, de zonage géographique (territoire de démocratie sanitaire et taille d'agglomération) et de niveau de diplôme. Des premiers résultats ont été fournis à l'ARS (en mars et mai 2017). Une plaquette sera diffusée à la fin du premier semestre.

Un second champ de l'étude porte sur une population plus précaire, à savoir celle ayant recours à l'aide alimentaire ou effectuant des demandes d'aide(s) auprès des centres communaux d'action sociale (CCAS) ou centres intercommunaux d'action sociale (CIAS). Le questionnaire utilisé est le même que celui défini pour la population générale, mais avec l'ajout de quelques questions spécifiques. En revanche, le mode de recueil est différent : le questionnaire est renseigné en face à face dans un espace isolé des CCAS et des structures d'aide alimentaire. L'enquêteur renseigne les informations sur papier ou *via* un support informatique (ordinateur ou tablette, à l'aide d'une application qui a été développée spécifiquement au sein de l'OR2S).

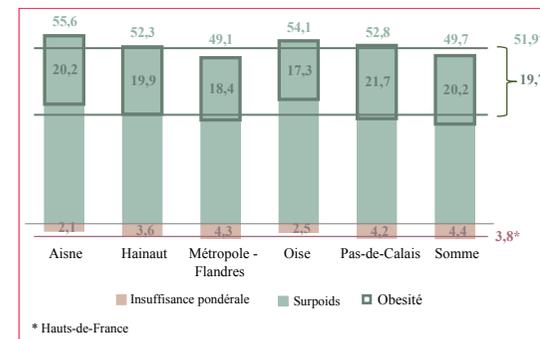
Une phase de test concluante a eu lieu courant décembre 2016 au sein d'une structure d'aide alimentaire, et le démarrage de cette seconde partie de l'étude a débuté en février 2017. Le nombre de personnes qui va y participer est de l'ordre de 400.

Les résultats attendus permettront de mieux connaître les principaux comportements et attitudes liés à la nutrition (alimentation et activité physique) et de renforcer ainsi la stratégie de prévention, et ce sur deux populations bien spécifiques.

Le questionnaire sur support informatique



Corpulence en dehors de la normale selon le territoire de démocratie sanitaire



<sup>1</sup> par décision du 28 octobre 2016, le directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France a fixé la délimitation des territoires de démocratie sanitaire.

## Diagnostic territorialisé

En préalable de l'élaboration du projet régional de santé (PRS) de deuxième génération (2018-2022), l'agence régionale de santé a demandé à l'ORS de réaliser un diagnostic territorialisé des Hauts-de-France. Décliné en trois grands chapitres (Situation socio-démographique, État de santé et Offre de soins et de services), ce diagnostic fournit des informations sur les vingt-huit territoires de proximité et sur les six territoires de démocratie sanitaire.

Ce diagnostic permet de situer les Hauts-de-France en regard de l'ensemble du pays et des autres régions hexagonales, d'une part, et d'avoir une vision des disparités infra-régionales, d'autre part. Pour le premier point, outre la contextualisation de la situation régionale, des comparaisons sont réalisées par tranche d'unités urbaines. Pour le second point, l'analyse des disparités au sein des Hauts-de-France repose sur les territoires de proximité. Au nombre de vingt-huit, ils ont été définis par l'ARS des Hauts-de-France, suite à la nouvelle délimitation du contour régional, dans le cadre de la mise en place du diagnostic du PRS. Il se fonde sur les unités territoriales de l'action sociale définies par les conseils départementaux, certaines zones ayant été aménagées. En outre, des cartes par territoires de démocratie sanitaire sont également présentées.

Trois chapitres composent le cœur du document : situation socio-démographique, état de santé et offre de soins et de services. Chacun de ces chapitres est organisé suivant un même modèle. La première page d'introduction explicite les sources de données utilisées et la manière dont

est structuré le chapitre. Les deux pages suivantes permettent de contextualiser la situation régionale au regard des autres régions de France (ainsi que par type de zones urbaines) et mettent en exergue les faits marquants de la région. Les pages suivantes permettent d'affiner les constats au niveau des territoires de proximité (et des territoires de démocratie sanitaire).

Outre les annexes (abordant les aspects méthodologiques, le découpages territoriaux et le glossaire), le chapitre « vue d'ensemble » clôt le document via une approche transversale. Il met en avant les forces et les faiblesses, tant au niveau de l'ensemble de la région que plus localement.

Ce diagnostic repose sur le traitement d'indicateurs issus de nombreuses bases de données : recensement de la population, état civil, revenus des ménages, allocations et prestations sociales, mortalité, affection de longue durée, répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), système d'information Adeli, Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), consommation en soins de ville (Sniiram), données médico-administratives de l'Atih...

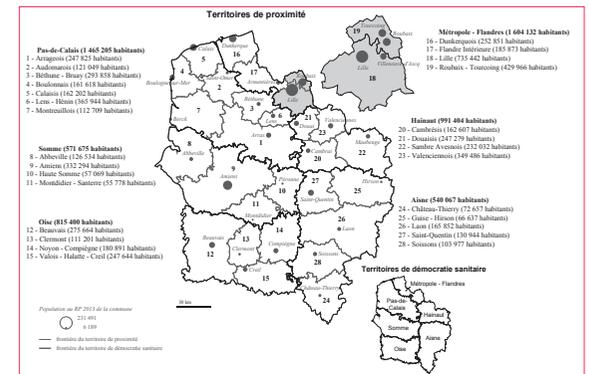
Si les indicateurs sont calculés, le plus souvent possible, à partir des dernières données disponibles par les producteurs de données, la dimension temporelle n'est pas occultée. Elle permet en effet de comprendre la dynamique dans laquelle s'inscrivent les territoires. Les données démographiques et de mortalité ont ainsi pu être analysées avec un recul de plus d'une trentaine d'années.

En outre, ce diagnostic de quatre-vingt-quatre pages compte plus de 200 illustrations des indicateurs les plus représentatifs et significatifs de la diversité territoriale. Il a été publié en janvier 2017 et a fait l'objet de plusieurs présentations orales : au comité de suivi du PRS et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (novembre 2016) et lors de la mise en place de chaque conseil territorial de santé (janvier et février 2017).

### Le diagnostic



### Zonages géographiques et population au 1<sup>er</sup> janvier 2013



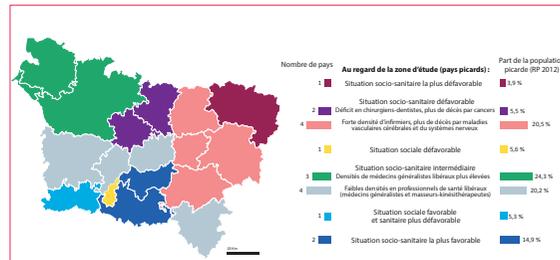
### Situation socio-sanitaire - Analyse des inégalités territoriales

Une plaquette permettant de mettre en exergue les disparités socio-sanitaires a été réalisée à l'intention du conseil régional de Picardie dans le cadre de la territorialisation des actions qu'il mène. Ce travail, engagé en 2015 et finalisé en 2016, 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 partie picarde des Hauts-de-France. Il permet également 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 leurs périphéries. 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 relevées dans l'ex-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.

Typologies socio-sanitaires par pays

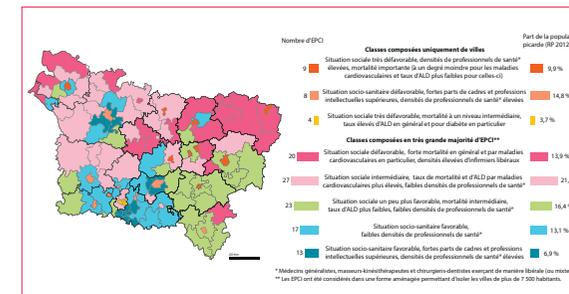


Sources : Adeli 2015, CCMSA, CépiDc Inserm, Cnaf, Cnam, CNRSI, Dreal Picardie ; RPLS, Drees / Asip - Santé - RPPS 2015, Insee, ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP

La plaquette



Typologies socio-sanitaires par établissements publics de coopération intercommunale



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

## Infection par le VIH, sida et infections sexuellement transmissibles

À l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida du 1<sup>er</sup> décembre, Santé publique France, l'OR2S et les Corevih des ex-régions Nord - Pas-de-Calais et Picardie se sont associés pour préparer une synthèse des données disponibles pour l'infection par le VIH, le sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) et apporter à l'agence régionale de santé (ARS) un regard croisé sur la situation épidémiologique dans les Hauts-de-France.

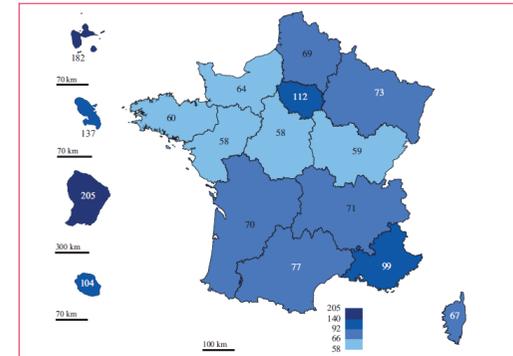
Le document, étoffé par rapport aux précédentes éditions par des données sur les IST, est le fruit d'une collaboration avec la Cire et les Corevih des ex-régions Nord - Pas-de-Calais et Picardie. Il a doublé en matière de taille et se présente désormais sous un format de seize pages.

Les indicateurs présentés proviennent des systèmes de surveillance animés par Santé publique France : notification obligatoire des infections par le VIH et du sida, dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH) et réseau de surveillance des IST (RéSIst). Ils sont complétés par l'analyse des bases de données médico-épidémiologiques issues des Corevih ainsi que des bases de données des principaux régimes de l'Assurance maladie concernant les affections de longue durée (ALD) et des certificats de décès. En outre, le bilan du dépistage de la syphilis, du VIH et des hépatites B et C chez les personnes entrant en établissement pénitencier de l'ex-Picardie et les premiers résultats d'une étude du centre hospitalier de Tourcoing portant sur les personnes perdues de vue vivant avec le VIH font également partie du document.

Les indicateurs sont présentés à l'échelon régional, parfois départemental 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 2015 pour Santé publique France et les Corevih, celles de la période 2011-2013 pour les décès et celles de 2012-2014 pour les admissions en affection de longue durée. Des graphiques permettent d'illustrer certaines évolutions sur des périodes plus ou moins longues. Enfin, des notes méthodologiques présentées sous forme d'encadré jalonnent le document afin d'apporter des précisions au lecteur pour mieux appréhender les différentes sources de données mobilisées.

Nombre de sérologies VIH effectuées par région en 2015 (pour 1 000 habitants)

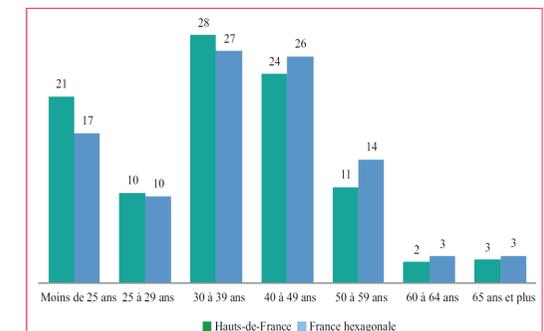


Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2015

La plaquette



Répartition des personnes nouvellement admises en ALD pour infection par le VIH selon le groupe d'âge en 2012-2014 (en %)



Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI

### État des lieux socio-sanitaire pour le CH de Pinel

À la demande du centre hospitalier Philippe Pinel, l'OR2S a réalisé un état des lieux socio-sanitaire du territoire que couvre cet établissement. S'inscrivant dans une démarche d'accompagnement du projet d'établissement, ce travail a pour objectif de décrire la situation socio-sanitaire des différents secteurs de psychiatrie, spécifiques aux types de populations et de prise en charge.

L'état des lieux réalisé décrit la situation socio-sanitaire des secteurs psychiatriques adultes et les inter-secteurs de pédopsychiatrie ainsi que le secteur de pédopsychiatrie en hospitalisation complète qui correspond à l'ensemble du département de la Somme. Sa réalisation repose principalement sur le traitement d'indicateurs issus de nombreuses sources de données. La majorité d'entre elles est disponible pour l'ensemble de la France, permettant ainsi des comparaisons avec les niveaux régional (ancienne et actuelle délimitation) et national (France hexagonale). Un suivi dans le temps a également été possible pour certains indicateurs.

Les principales caractéristiques de la population ainsi que des informations relatives à l'emploi, à la fragilité professionnelle, aux revenus, aux allocations et autres prestations sont présentées dans une première partie.

La deuxième partie du document traite de l'état de santé de la population à travers la mortalité et la morbidité (admissions en affection longue durée -ALD- et total des ALD). Les thèmes abordés ont été choisis en cohérence avec l'activité du CH de Pinel, à savoir les troubles mentaux et les troubles du comportement, le suicide, la maladie d'Alzheimer et les pathologies liées aux consommations d'alcool et de tabac. Les indicateurs relatifs à l'état de santé sont systématiquement déclinés par genre.

Enfin, une dernière partie traite d'éléments de nature financière. Une analyse des montants des dépenses remboursables par l'Assurance maladie pour trois postes de dépenses y est présentée (consultations de généralistes, frais de transport des malades et actes dentaires).

[Le document](#)

**Point épidémiologique sur le terrain géographique**

Le centre hospitalier Philippe Pinel couvre différents secteurs de psychiatrie qui sont spatialement bien éparpillés sur le territoire de la Somme et de son agglomération. Ainsi, la population est répartie de manière inégale sur le territoire de la Somme.

Le territoire de l'agglomération de Pinel est composé de 10 communes (Pinel, Bessancourt, Bessancourt-lez-Pinel, Bessancourt-lez-Beaucourt, Bessancourt-lez-Beaucourt-lez-Pinel, Bessancourt-lez-Beaucourt-lez-Pinel, Bessancourt-lez-Beaucourt-lez-Pinel, Bessancourt-lez-Beaucourt-lez-Pinel, Bessancourt-lez-Beaucourt-lez-Pinel, Bessancourt-lez-Beaucourt-lez-Pinel).

**Socio-économique**

**POPULATION**

Siège de l'agglomération Pinel, une densité de population du secteur de psychiatrie adulte par rapport à celle de la Somme de France

En 2014, le territoire de l'agglomération Pinel compte 200 000 habitants, soit 14,8 % de la population totale de la Somme. Cette agglomération est caractérisée par une densité de population élevée (20,7 hab/km<sup>2</sup>) et une population jeune (25,7 % de 0 à 14 ans). Cette agglomération est caractérisée par une densité de population élevée (20,7 hab/km<sup>2</sup>) et une population jeune (25,7 % de 0 à 14 ans). Cette agglomération est caractérisée par une densité de population élevée (20,7 hab/km<sup>2</sup>) et une population jeune (25,7 % de 0 à 14 ans).

**Des accroissements plus faibles qu'en France**

Entre les recensements de 2007 et 2012, la population de la Somme a augmenté de 2,2 %, et celle de la Somme de France de 2,2 %. Cette agglomération a connu une croissance démographique plus faible que celle de la Somme de France (1,1 % contre 2,2 %).

**PATHOLOGIES EN RELATION AVEC UNE CONSOMMATION D'ALCOOL**

**Morbidité en relation avec une consommation d'alcool**

En 2014, la morbidité en relation avec une consommation d'alcool est plus élevée que celle de la Somme de France (1,1 % contre 0,8 %).

**Plus d'ALD pour pathologies en relation avec une consommation d'alcool qu'en France**

En 2014, le nombre de personnes atteintes d'ALD pour pathologies en relation avec une consommation d'alcool est plus élevé que celui de la Somme de France (1,1 % contre 0,8 %).

Pathologie	Somme		France	
	2014	2013	2014	2013
Alcoolisme	100	100	100	100
Alcoolisme chronique	100	100	100	100
Alcoolisme aigu	100	100	100	100
Alcoolisme chronique et aigu	100	100	100	100
Alcoolisme chronique et aigu (sans alcoolisme chronique)	100	100	100	100
Alcoolisme chronique et aigu (sans alcoolisme aigu)	100	100	100	100
Alcoolisme chronique et aigu (sans alcoolisme chronique et aigu)	100	100	100	100

## Atlas santé travail

Dans le cadre de l'actualisation de l'atlas santé travail (édition 2016), la Direccte et la Carsat Nord-Picardie ont proposé à l'OR2S de mesurer la santé dans les Hauts-de-France, notamment par zone d'emploi.

L'atlas régional intitulé *La santé au travail dans les Hauts-de-France* a été publié pour la première fois en janvier 2010 (édition 2009) par la DRTEFP<sup>1</sup>. 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, la Carsat Nord-Picardie, la Direccte, la MSA et l'OR2S en ont rédigé chacun une partie. L'actualisation 2016 de cet atlas est la première version Hauts-de-France, fusionnant les informations relatives aux deux ex-régions Picardie et Nord - Pas-de-Calais.

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 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 complètent ce document.

Un chapitre produit par l'OR2S est consacré à la santé dans les Hauts-de-France. Outre la comparaison de la situation régionale en regard de la France hexagonale, une analyse plus fine par zone d'emploi a été effectuée pour chaque indicateur.

Dans un premier temps, l'espérance de vie à la naissance est analysée selon le genre en 2008-2012. La santé est ensuite abordée à travers le prisme de la mortalité (générale et prématurée) avec des cartographies par zone d'emploi pour les mortalités générale, par cancers, par cancers du sein et de la prostate, par cancers de la trachée, des bronches et du poumon, par cancers des voies aéro-digestives supérieures et par maladies de l'appareil circulatoire. Les évolutions des taux standardisés sont présentées pour les grandes causes de mortalité entre 1983-1985 et 2010-2012.

Enfin, quelques informations concernant les décès dus à la silicose et au mésothéliome apparaissent à la fin de ce chapitre santé publique.

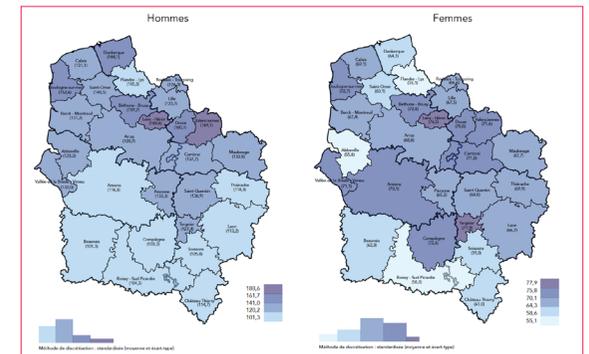
L'atlas santé travail a été diffusé en mai 2017.

<sup>1</sup> devenue en 2010 la Direccte.

L'Atlas santé travail



Taux standardisé\* de mortalité prématurée par cancers en 2008-2012



\* Sur l'âge à partir de la population de France métropolitaine au RP 2006 (pour 100 000 habitants)

Sources : Inserm CépiDc, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

## Mon métier demain

L'enquête « Mon métier demain en Picardie » est une réponse à l'appel à projets lancé par le Fonds social européen (FSE), avec l'appui de la DRJSCS et de la DRDFE.

Son objectif final est de proposer aux organismes de l'orientation professionnelle recevant un public NEET<sup>1</sup>, une formation permettant d'inciter les jeunes à ne pas choisir des filières de formation en fonction de la représentation par sexe qu'ils en ont.

Pour réaliser cet objectif, un diagnostic a été déployé et deux formations genrées ont été ciblées pour recueillir les données nécessaires. Il s'agit de la formation d'auxiliaire de vie sociale refondée récemment en diplôme d'état d'accompagnant éducatif et social (DEAES) et du brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS) ayant la spécialité « activités physiques pour tous » (APT).

Le diagnostic se divise en deux axes. Un recueil de données quantitatives à l'aide d'un questionnaire transmis aux organismes des deux formations concernées et des données qualitatives qui ont été récoltées par le biais de *focus groups*<sup>2</sup>. Deux entretiens auprès d'apprenants ont été réalisés et espacés de plusieurs semaines puis un entretien collectif a mobilisé des professionnels des deux formations.

Les résultats issus de ces deux types de recueils permettront de créer le dispositif de formation à orientation non influencée par les stéréotypes

liés aux genres, ainsi que de proposer, grâce à l'accompagnement d'un opérateur privé, la co-construction d'un plan de communication avec des dispositifs tels que vidéos, *flyers* et pages Internet.

La première étape de cette enquête a débuté en juin 2016. Elle a consisté à mettre en place un comité de pilotage composé d'une quinzaine de membres (DRJSCS, DRDFE, conseil régional, centres de formation BPJEPS et DEAES, OR2S, autres institutions) chargé de la gouvernance et de la validation de chaque étape du projet.

Le recueil de données quantitatives auprès des organismes de formation a débuté à la mi-novembre par l'envoi des questionnaires destinés à recenser des données antérieures et actuelles (promotions de 2012 à 2016) sur les personnes concernées par les deux formations. La moyenne d'âge, le nombre d'apprenants par genre et par tranche d'âge, l'obtention partielle, totale ou non du diplôme, les conditions d'inscription, la situation de l'apprenant (stagiaire salarié, demandeur d'emploi indemnisé, en formation initiale ou autres situations) et le niveau de qualification selon le genre sont recueillis. Il est également demandé comment les personnes ont accès à cette formation (plusieurs types de recrutements possibles).

La partie qualitative de l'étude a été initiée conjointement aux questionnaires. Ainsi, 160 apprenants ont été interrogés lors de trente-six *focus groups*

(quatre groupes d'apprenants BPJEPS « APT », quatorze groupes DEAES, chaque groupe étant rencontré deux fois) réalisés entre le 24 novembre 2016 et le 3 avril 2017. Les entretiens ont été dirigés par deux chargées de mission de l'OR2S. Au total, on compte cinquante-deux heures d'échange dont les retranscriptions ont démarré en décembre 2016. Par ailleurs, un entretien d'un peu plus de deux heures, avec des professionnels des organismes de formation, a eu lieu en avril 2017. Ces entretiens seront analysés au cours de l'année 2017.

Le rapport final de l'étude est attendu pour la fin de l'été 2017. Il exposera en quoi la représentation genrée influence le choix de ces filières et quels seraient les moyens de l'éviter en formulant des recommandations. D'autres travaux intermédiaires sont prévus sur les données issues des questionnaires, puis sur les principaux résultats obtenus lors des entretiens collectifs avec les apprenants et celui avec les professionnels pour permettre l'élaboration des dispositifs de communication et de formation. Cette dernière devrait avoir lieu en octobre 2017.

L'enquête s'achèvera fin 2017 par une évaluation reposant sur l'analyse des recueils de données réalisés tout au long du projet et des entretiens sur le déroulement, avec quelques parties prenantes.

<sup>1</sup> not in education, employment or training.

<sup>2</sup> cf. p. 96 pour plus de précision.

## Programmes en éducation thérapeutique du patient

À la demande de l'ARS Hauts-de-France, l'OR2S a mené une étude sur les programmes en éducation thérapeutique du patient (ETP) sur l'obésité autorisés par l'ARS concernant : les formations ETP des professionnels de santé impliqués dans des programmes ETP, d'une part, et la place de ces programmes dans le parcours éducatif et de soins des patients, d'autre part.

L'étude réalisée par l'OR2S porte sur trois axes.

Dans un premier temps, les dossiers ETP obésité autorisés par l'ARS ont été consultés en août 2016. L'analyse a été réalisée sur les niveaux de formation ainsi que sur les formations suivies par les professionnels des équipes ETP obésité.

Parallèlement, les facultés de médecine et de pharmacie, ainsi que les IFSI ont été contactés pour connaître la place et le volume horaire des formations ETP dispensées aux étudiants de la région.

Enfin, certaines équipes ETP obésité ont fait l'objet d'entretiens collectifs pour aborder plus particulièrement l'intégration des programmes ETP dans le parcours de soins des patients, ainsi que la vision de l'ETP des professionnels impliqués et leurs pratiques en ETP.

Concernant ces entretiens collectifs, trente-cinq professionnels ont été rencontrés (la coordonnatrice n'était pas présente pour une équipe). Les entretiens ont duré entre une heure et deux heures trente.

Dix équipes ETP ont été sélectionnées avec comme critères : une équipe de soins de premier recours, une équipe réseau de santé, deux équipes unité médicale obésité, une équipe unité chirurgicale obésité, deux équipes unité SSR obésité, un programme obésité infantile, deux équipes des pôles d'éducation et de prévention du patient.

Chaque territoire de santé est représenté<sup>1</sup>. La mixité des structures apporte également la richesse des regards sur la pratique de l'éducation thérapeutique du patient : pôle de prévention et d'éducation du patient, maison médicale, service hospitalier, réseau.

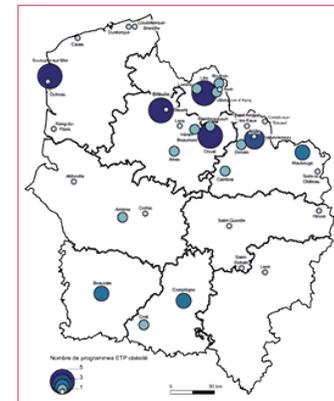
Un courrier a été envoyé aux coordonnateurs fin novembre 2016 pour des rendez-vous échelonnés entre le 20 décembre 2016 et le 3 mars 2017, qui ont donné lieu à un total de 17 heures d'entretiens. Le rapport a été remis à l'ARS Hauts-de-France en avril 2017.

<sup>1</sup> au moment où l'étude a débuté, les territoires de démocratie sanitaire n'étaient pas encore définis.

### Le rapport



### Répartition des programmes ETP obésité dans les Hauts-de-France



Source : dossiers ARS, exploitation OR2S

## Coordination des parcours de santé complexes

*La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place de plateformes d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Dans cette optique, l'ARS des Hauts-de-France souhaitait recueillir le point de vue des médecins généralistes libéraux exerçant au sein de la région.*

Le décret qui fixe les fonctions d'appui aux professionnels indique d'ores et déjà que ces plateformes d'appui à la coordination des parcours de santé complexes - « lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux<sup>1</sup> » - comprennent trois types de mission :

- information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales ;
- appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient ;
- soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination<sup>2</sup>.

Menée par l'OR2S, l'étude a pour objectif de documenter l'ARS sur la ou les forme(s) que pourraient prendre ces plateformes d'appui en regard de l'expérience de terrain des médecins généralistes libéraux, de leurs besoins et attentes vis-à-vis de la prise en charge des cas complexes de patients.

Cette étude répond à un double objectif. D'une part, elle vise à dresser un panorama de la pratique actuelle des médecins vis-à-vis de la prise en charge des patients complexes afin de relever les habitudes et les difficultés. D'autre part, elle cherche à mieux connaître et mettre en valeur les initiatives développées par les professionnels pour un meilleur accompagnement des patients. De plus, l'étude cherche à mettre en relief les contours opérationnels que pourraient prendre les plateformes au sein de la nouvelle région. Pour ce faire, un partenariat a été noué avec l'Union régionale des professionnels de santé - Médecins libéraux, en vue de partager les réflexions concernant les cas complexes ainsi que les réseaux territoriaux.

Des entretiens semi-directifs sont en cours de réalisation auprès de médecins généralistes libéraux ; l'objectif étant d'en collecter une trentaine (saturation estimée), incluant les profils suivants : homme ou femme, exercice en milieu rural, périurbain ou urbain, seul ou en groupe, et selon une répartition géographique couvrant l'ensemble des Hauts-de-France. D'une demi-heure en moyenne et enregistrés après accord des participants, ils sont réalisés par téléphone ou en face-à-face selon la préférence des enquêtés et la faisabilité pratique. Ils sont appuyés par une grille d'entretien semi-directive réalisée de concert avec l'URPS, et présentée à l'ARS en amont des entretiens.

Le rapport transmis en mars 2017 à l'ARS reprend les conditions d'enquête et la méthodologie complète, les analyses détaillées des entretiens ainsi que des préconisations pour la mise en place des plateformes territoriales d'appui.

<sup>1</sup> article L. 6327-1 (74) de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. Source : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) (17/01/2017).

<sup>2</sup> décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes – Article 1. Source : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) (17/01/2017).

### Le rapport



## GeDiDoT

GeDiDoT, *Gestion et diffusion de données transfrontalières (Bevegg en flamand)*, qui réunit les opérateurs de l'observation des Hauts-de-France, du Grand Est, du Hainaut et de Namur, vise à mettre en commun des données socio-sanitaires entre le nord de la France et la Wallonie.

Ce programme est cofinancé par le Fonds européen de développement régional (Feder - Interreg V), le conseil régional des Hauts-de-France, et la région Wallonne pour la Belgique. Il poursuit le double objectif de disposer des données sociales et de santé couvrant la zone frontalière France-Wallonie et de sensibiliser les autorités, les professionnels de santé et autres associations locales à leurs rôles, choix et engagements en matière de santé et de santé publique.

GeDiDoT s'articule autour de trois modules de travail :

- une base de données transfrontalière ;
- des profils locaux transfrontaliers ;
- un infocentre de santé publique transfrontalier.

Le module relatif à l'élaboration d'une base de données transfrontalière a pour objet de mettre en commun des données de France et de Wallonie caractérisant la situation socio-sanitaire de la population. Il s'agit aussi de documenter les inégalités sociales et territoriales de santé de cette zone frontalière. Ce travail s'appuie sur les tableaux de bord transfrontaliers de santé des années deux mille, dont il poursuit l'idée tout en augmentant le périmètre des indicateurs comparés.

Ensuite, GeDiDoT va dresser des profils locaux transfrontaliers de santé à partir de quarante indicateurs sociaux et de santé choisis avec les acteurs locaux frontaliers afin qu'ils se les approprient et orientent leurs actions en faveur de la santé de la population. Des entretiens sont programmés avec quelques entités communales ; pour les Hauts-de-France, il s'agit de Fourmies - Hirson et de Tourcoing. Lille Eurométropole constituera aussi un profil à part entière.

Enfin, le troisième module de travail, de ce projet européen sera une étude de faisabilité pour la création d'un *Infocentre de santé publique transfrontalier*. L'objectif est de pérenniser la consolidation des indicateurs sociaux et de santé à destination du grand public, des professionnels et des décideurs.

Pour l'heure, les travaux de GeDiDoT en sont à leurs débuts, le projet ayant officiellement démarré en juillet 2016. Les six premiers mois auront permis de poser les bases de la coopération entre les opérateurs, qui, pour la majeure partie d'entre eux, sont de fidèles compagnons de route des projets Interreg. Ainsi, aux côtés de l'OR2S, de l'OSH et de la Province de Namur, sont venus s'ajouter l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (Iweps) et l'agence régionale de santé du Grand Est. Il s'agit des cinq opérateurs partenaires de GeDiDoT.

De plus, six opérateurs associés suivent les travaux de GeDiDoT, un pour le côté français, cinq pour la Wallonie :

- l'agence régionale de santé des Hauts-de-France ;
- l'alliance nationale des mutualités chrétiennes ;
- le centre d'éducation du patient ;
- l'observatoire franco-belge de la santé ;
- l'observatoire wallon de la santé ;
- l'union nationale des mutualités socialistes.

Une présentation des premiers résultats est prévue pour 2018, le projet se terminant en juin 2020.



GeDiDoT - BeVeGG

## Accès aux soins de premier recours

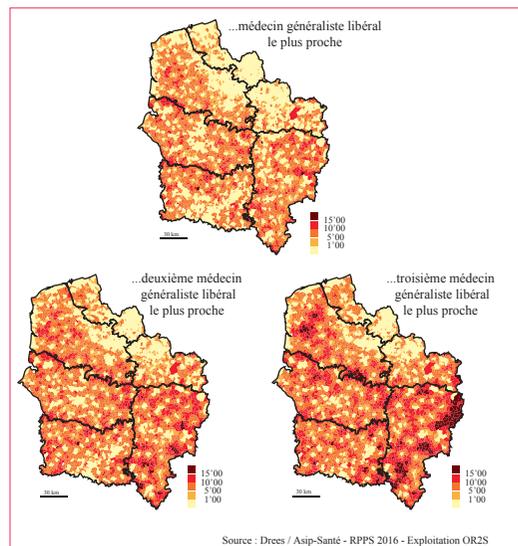
À la demande de l'ARS des Hauts-de-France, une analyse de l'accès aux soins de premier recours a débuté en 2016. Ce travail porte plus spécifiquement sur les accessibilités géographique et temporelle.

Les sources de données utilisées pour l'analyse de l'offre de soin sont, selon les professionnels de santé, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et le système d'information Adeli. Sept professions de santé ayant une activité libérale ou mixte sont concernées par ce projet : les médecins généralistes, les infirmier(ère)s, les masseurs-kinésithérapeutes, les psychiatres, les chirurgiens-dentistes, les ophtalmologistes et les gynécologues.

Les analyses sont menées au niveau communal, en considérant deux types d'indicateurs : la densité et le temps d'accès théorique. La densité intègre le fait que le recours aux différents professionnels de santé varie suivant les caractéristiques démographiques du patient<sup>1</sup>. De plus, une densité au niveau communal « classique » n'a pas de sens dans la mesure où il n'y a pas d'obligation à avoir un professionnel de santé dans chacune des communes. Aussi, les indicateurs de densité sont issus d'un lissage géographique. L'information disponible dans le voisinage de chacune des communes est prise en compte. Par ailleurs, pour les médecins généralistes, les temps d'accès théoriques aux deuxième et troisième professionnels de santé les plus proches ont également été pris en considération (cf. illustration ci-contre).

Les choix méthodologiques et les premiers résultats ont été présentés à l'ARS début 2017. Ce travail aboutira à la réalisation d'une plaquette de douze pages qui sera finalisée au début du second semestre.

Temps d'accès aux médecins généralistes



<sup>1</sup> Données de consommations (actes moyens par habitant) de la population des Hauts-de-France relevées pour l'année 2015 par âge et par genre.

### Plan régional santé environnement 3

Dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du troisième PRSE (2017-2021) décliné sur le périmètre des Hauts-de-France, l'OR2S a contribué à l'élaboration d'un diagnostic territorial sur les questions santé environnement avec l'ORS Nord - Pas-de-Calais.

L'élaboration d'un PRSE3 vise à répondre aux préoccupations locales prenant en compte les enjeux prioritaires définis par le troisième PNSE (2015-2019). Au travers d'une démarche d'observation et d'expertise, il vise à guider les choix d'actions pour améliorer la santé des habitants.

L'ARS, la préfecture de région et le conseil régional ont confié à l'ORS Nord - Pas-de-Calais et le Cerema, en partenariat avec l'OR2S, la réalisation du diagnostic territorial en santé environnement. Celui-ci vise à rassembler l'information disponible, à la valoriser et à la rendre lisible. Fondé sur la méthodologie nationale mise en place par les ORS et le Cerema dans trois régions (Nouvelle Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes et Paca), ce diagnostic est constitué de trois chapitres thématiques indépendants. Le premier porte sur l'organisation territoriale et les contextes socio-démographique et socio-économique. Le deuxième traite du domaine sanitaire et des pathologies en lien avec l'environnement. Le troisième aborde le contexte environnemental, le cadre de vie, et la qualité des milieux (air, eaux, sols, habitat...). Ce diagnostic a été complété par des portraits de territoires couvrant chacun des six territoires de démocratie sanitaire définis en octobre 2016.

L'OR2S a contribué à l'élaboration de ce diagnostic en publiant un certain nombre d'indicateurs déclinés à différents échelons géographiques (EPCI, territoires de proximité, territoires de démocratie sanitaire, départements, région, France hexagonale) dont certains avaient été présentés en parallèle dans le document relatif au diagnostic territorialisé réalisé dans le cadre des travaux préparatoires au PRS2 (cf. page 55).

Les éléments du diagnostic ont été présentés par l'ORS Nord - Pas-de-Calais début décembre au Copil du GRSE, instance de concertation, d'information, de construction du plan, composée de représentants des parties prenantes concernées par le domaine santé environnement au niveau régional.

## NORMANDIE

### Santé au travail : le dispositif *Evrest*

Le service de médecine du travail et pathologie professionnelle du CHU de Rouen coordonne le dispositif *Evrest* dans la partie haut-normande de la région. 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 haut-normandes 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 ou encore d'un même secteur d'activité, constituant ainsi des échantillons « *Evrest* entreprises ». Les données sont recueillies au cours des entretiens médicaux à l'aide d'un questionnaire standardisé. 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'infirmier(ère)s 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 2015-2016 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 haut-normand (1 900 questionnaires collectés entre 2009 et 2013) ont fait l'objet d'un rapport récapitulatif des principaux résultats et leurs croisements (genre, âge, secteur d'activité, PCS) et de deux lettres d'information (*Synthèse du rapport régional* et *Les troubles musculo-squelettiques*). Validés par le groupe de suivi, ces documents ont été publiés début 2016.

Suite à la réforme territoriale instituant la nouvelle délimitation des régions au 1<sup>er</sup> janvier 2016, le groupe de suivi haut-normand a souhaité travailler en collaboration avec les responsables du réseau *Evrest* bas-normand. En Basse-Normandie, le dispositif est en place depuis 2013 ; il est porté par le service interprofessionnel de santé au travail de la Manche (SISTM 50) et le centre hospitalier universitaire de Caen. Le fruit de cette collaboration a abouti, notamment, à la constitution d'un échantillon de données normand en juillet 2016, rassemblant les données des deux ex-régions pour les exploitations futures. Les premières analyses normandes ont ainsi porté sur 1 352 questionnaires collectés au cours des années 2014 et 2015. Les résultats ont fait l'objet de la première lettre d'information *Evrest* de 2017 (publiée en mars). Elle promeut le partenariat des deux ex-régions et valorise les données normandes sous le nom, désormais, de « La lettre *Evrest* en Normandie ». La lettre suivante (publiée en avril) porte sur les éventuelles différences entre les réponses des salariés selon que l'entretien médical ait été réalisé par le médecin ou l'infirmier(ère). Les

résultats qui composent cette lettre avaient été présentés lors de la réunion des médecins participant à *Evrest*, en Normandie en novembre 2016.

Parallèlement, le soutien méthodologique aux médecins du travail se poursuit. L'OR2S assure, d'une part, le suivi des « *Evrest* entreprises » déjà réalisés et, d'autre part, s'engage dans l'accompagnement des médecins pour de nouveaux « *Evrest* entreprises », notamment dans une verrerie et dans une usine de fabrication de produits de consommation courante en matières plastiques.

Enfin, un traitement statistique de données réalisé spécifiquement sur un échantillon de salariés du CHU de Rouen en 2015, a fait l'objet en 2016 de deux communications orales, l'une lors de la journée nationale du dispositif *Evrest* en mars et l'autre, lors du 34<sup>e</sup> congrès national de médecine et santé au travail en juin.

#### Le rapport



#### Les lettres d'information n°3 et n°4





## La santé des personnes détenues

L'ARS a confié à l'OR2S la réalisation d'une étude épidémiologique sur la santé des personnes entrant en détention afin de répondre au plus près aux besoins de santé de cette population. Cette enquête est mise en place dans le cadre du futur projet régional de santé et dans la continuité du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice.

L'enquête sur la santé des détenus a pour objectif de disposer d'une photographie de l'état de santé et de la situation sociale des personnes entrant en détention, afin d'adapter au mieux la prise en charge sanitaire des détenus. L'OR2S s'appuie sur l'enquête qu'il a mise en place dans l'ancienne région Picardie<sup>1</sup> depuis 2010 et qui est reconnue au niveau national par le ministère de la Justice. La spécificité de ce dispositif réside dans la mise en place d'un outil informatique de recueil pérenne de données, propre au milieu carcéral, permettant ainsi d'actualiser régulièrement et fréquemment les connaissances sanitaire et sociale de cette population.

Dans un premier temps, une recherche documentaire a permis d'identifier les différents documents de référence sur la santé des détenus, réalisés à l'échelle régionale et nationale (plans, rapports, études, articles, textes de lois). Des contacts ont été pris avec les différents acteurs de terrain et structures concernés par cette étude.

Plusieurs réunions entre l'OR2S et l'ARS ont permis d'adapter le dispositif à la région. L'OR2S a été invité par l'ARS à présenter le projet lors de la première rencontre normande des médecins responsables et des cadres de santé des unités sanitaires en milieu pénitentiaire qui s'est tenue fin novembre 2016. Cette rencontre a été l'occasion de premiers échanges avec les médecins et les cadres de santé qui seront les principaux utilisateurs du dispositif d'observation.

Un courrier d'information a été envoyé aux directions d'établissements de santé de référence des unités sanitaires afin de les informer de la réalisation de l'enquête.

Un état des lieux de l'organisation des unités sanitaires (dispositifs de soins somatiques et dispositifs de soins psychiatriques) et de leurs systèmes d'information (collecte, stockage et traitement des données par informatique) a été établi. L'objectif était d'avoir une vision des moyens humains et matériels de chaque unité sanitaire pour proposer un système de recueil d'informations uniformisé optimal. Cet état des lieux s'est basé sur des données fournies par l'ARS, par les directions interrégionales des services pénitentiaires (Disp) de Rennes et de Lille<sup>2</sup> et par l'administration pénitentiaire. Il a été complété par des éléments recueillis directement auprès des unités sanitaires à l'aide d'un questionnaire remis lors de la première rencontre normande des médecins responsables et des cadres de santé des unités sanitaires.

Enfin, l'ARS et l'OR2S ont organisé la mise en place d'un comité de pilotage constitué de représentants des médecins et des cadres de santé des unités sanitaires somatique et psychiatrique, de la Disp de Rennes, du Creai Normandie et de la Cire Normandie. La première réunion de ce Copil s'est tenue en février 2017 et a eu pour objet la présentation de ses missions, la méthode de mise en place de l'enquête et une réflexion sur le questionnaire avec constitution d'un groupe de travail *ad hoc*. Une phase d'expérimentation du dispositif suivra jusqu'en septembre 2017 pour une opérationnalité de l'enquête en 2018.

Première rencontre normande des médecins responsables et des cadres de santé des unités sanitaires en milieu pénitentiaire



<sup>1</sup> cf. p. 52 pour plus de précision.

<sup>2</sup> jusqu'au 31 décembre 2016, l'ex Haute-Normandie était rattachée à la Disp de Lille et l'ex Basse-Normandie à la Disp de Rennes. Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, le ressort territorial des Disp a été modifié et l'ensemble de la Normandie a été rattachée à la Disp de Rennes.

## Santé scolaire - Indicateurs de suivi en santé

*Dans la continuité de l'enquête Indicateurs de suivi en santé (Indiss), l'ARS a sollicité l'OR2S pour mettre en place un nouveau dispositif d'observation de la santé des jeunes en milieu scolaire en partenariat avec le Rectorat de Rouen. L'objectif est de disposer d'indicateurs territorialisés régulièrement actualisés sur la santé des élèves et d'en assurer le suivi.*

L'enquête Indiss a été initialement mise en place par l'observatoire régional de la santé de Haute-Normandie durant l'année scolaire 2012-2013. Son objectif était de mieux connaître l'état de santé, les comportements à risque et les modes de vie des élèves de cinquième et de seconde. Elle reposait sur un recueil de données par auto-questionnaire auprès des élèves. Ce recueil était complété par les informations du bilan infirmier pour les élèves de cinquième. Analysée en 2014-2015 par l'OR2S, cette enquête a fait également l'objet de nombreuses communications en 2016 avec notamment des interventions auprès des acteurs du milieu éducatif de l'académie de Rouen (infirmière scolaire, chef d'établissement, conseiller technique) ou dans le cadre de Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

La volonté de renouveler une étude sur la santé des jeunes en milieu scolaire pour disposer d'informations territorialisées en Normandie et permettre ainsi une analyse des inégalités sociales et territoriales de santé a amené l'OR2S à proposer un dispositif régional inspiré de l'enquête *Jesais* mise en place dans l'académie d'Amiens depuis une dizaine d'années. Ce dispositif repose sur un outil informatisé de recueil pérenne de données.

Cette enquête se déroulera auprès des élèves de sixième scolarisés dans les établissements publics des académies de Caen et de Rouen. Une partie de l'enquête est renseignée par les infirmières scolaires lors du dépistage obligatoire et l'autre partie est renseignée directement par l'élève. La saisie est prévue via un questionnaire informatisé. Une fiche intégrant l'ensemble des données saisies peut être enregistrée en format PDF et imprimée sur papier. Les résultats seront disponibles par établissement scolaire et mis en parallèle avec ceux d'autres territoires (Bef, département, région, etc.) La possibilité de moduler le système d'information et d'observation au niveau des établissements scolaires sera ainsi particulièrement pertinente dans le cadre du développement de la connaissance de l'état de santé des jeunes dans la région, mais aussi plus localement.

Le projet a été présenté lors d'une réunion de la cellule académique de politique éducative en juillet 2016 au rectorat de Rouen et lors d'une réunion des co-animateurs de Bef en octobre 2016, en présence de Madame le recteur de l'académie de Rouen. Dans le cadre de la mise en place du dispositif, un Copil constitué de l'ARS, du Rectorat de Rouen, du Rectorat de Caen et de l'OR2S a été mis en place et s'est réuni à trois reprises au premier semestre 2017 pour la préparation des questionnaires et des documents annexes à l'enquête, et la mise en place de l'enquête pour la rentrée 2017-2018.

Présentation des résultats d'Indiss à la réunion des co-animateurs de Bef en octobre 2016



## Portraits territoriaux santé

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

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. Ce travail 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.

S'ils viennent alimenter les productions menées sur les inégalités territoriales et sociales de santé, ces portraits se veulent être 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 offrent des informations à un niveau géographique permettant 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.

Chaque portrait est structuré de la même manière, de façon à apporter sur un nombre relativement restreint de pages (trente-six) une multitude d'informations. C'est ainsi que sont présentées, dans la partie socio-démographique, les principales caractéristiques de la population. L'offre de soins, partagée entre le secteur libéral et les établissements de soins, 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 relativement complète 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.



Extrait de la partie offre de soins et de services

### OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

#### AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

**Démographie des professionnels de santé libéraux**

Profession	2014	2015	2016	2017
Médecin généraliste	12	12	12	12
Chirurgien	12	12	12	12
Autres	12	12	12	12

**Établissements de soins**

Établissement	2014	2015	2016	2017
Hôpital	12	12	12	12
Centre de soins	12	12	12	12
Autres	12	12	12	12

### CA DES PORTES DE L'EURE

#### ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

**Équipement des soins de santé**

Établissement	2014	2015	2016	2017
Hôpital	12	12	12	12
Centre de soins	12	12	12	12
Autres	12	12	12	12

### Diagnostic santé du plan régional santé au travail

Dans le cadre de l'élaboration du plan régional santé au travail (PRST) en Normandie, la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) Normandie a confié à l'OR2S la réalisation du diagnostic de santé au travail, qui sera partie intégrante du PRST normand.

La Direccte de Normandie est chargée de décliner en région le plan santé au travail 2016-2020. Elle a la charge de piloter l'élaboration, l'animation, le suivi et l'évaluation du plan régional.

À l'instar du plan national, le plan régional repose sur une concertation étroite tant avec les partenaires sociaux - qui orienteront les axes du plan à travers le comité régional d'orientation des conditions de travail (Croct) - qu'avec les acteurs institutionnels de la prévention de la santé au travail. Les actions du prochain PRST normand doivent s'appuyer préalablement sur un diagnostic de la santé au travail en Normandie. Dans le cadre d'une convention, l'OR2S s'est vu confier la réalisation de ce diagnostic.

Réalisé en collaboration avec le service statistique de la Direccte, le diagnostic santé au travail s'articule autour de trois parties : la première dresse le portrait socio-économique et démographique de la Normandie, la deuxième exploite des données relatives à la santé publique et présente l'état de santé de la population normande et la troisième porte sur la santé au travail des salariés normands, en s'appuyant sur les données de sinistralité (acciden-

tologie, maladies professionnelles...) de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et de la mutualité sociale agricole (MSA).

Ce diagnostic a été présenté fin février 2017 lors d'un comité de pilotage du PRST normand pour validation. Les résultats définitifs ont fait l'objet d'une présentation sous forme de diaporama et le document final a été remis aux membres du Comité régional d'orientation des conditions de travail lors d'une réunion qui s'est tenue en mars 2017.

### Échelle d'ajustement mental du cancer (MAC 44)

MAC 44	Prénoms		Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
	N°M	Date de naissance			
		Nom			Date de passivité
<b>Échelle d'ajustement mental au cancer. MAC 44</b>					
Les énoncés ci-dessous décrivent les réactions des personnes atteintes de cancer. Veuillez répondre, à droite de chaque énoncé, le chiffre précisant dans quelle mesure cet énoncé s'applique à votre situation. Par exemple, si l'énoncé ne s'applique vraiment pas à votre situation, entourez le chiffre 1 dans la première colonne.					
	1	2	3	4	5
1 - Il m'est difficile de me concentrer sur ce que je fais.					
2 - Il m'est difficile de me concentrer sur ce que je dois faire.					
3 - Il m'est difficile de me concentrer sur ce que je dois apprendre.					
4 - Je me souviens de ce que j'ai fait.					
5 - Je me souviens de ce que j'ai appris.					
6 - Je me souviens de ce que j'ai vu.					
7 - Je me souviens de ce que j'ai entendu.					
8 - Je me souviens de ce que j'ai dit.					
9 - Je me souviens de ce que j'ai écrit.					
10 - Je me souviens de ce que j'ai lu.					
11 - Je me souviens de ce que j'ai vu à la télévision.					
12 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
13 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
14 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
15 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
16 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
17 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
18 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
19 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
20 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
21 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
22 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
23 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
24 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
25 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
26 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
27 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
28 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
29 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
30 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
31 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
32 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
33 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
34 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
35 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
36 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
37 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
38 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
39 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
40 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
41 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
42 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
43 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
44 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
45 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
46 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
47 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
48 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
49 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
50 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
51 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
52 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
53 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
54 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
55 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
56 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
57 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
58 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
59 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
60 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
61 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
62 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					
63 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les journaux.					
64 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les magazines.					
65 - Je me souviens de ce que j'ai lu dans les livres.					

### Reprise du travail après un cancer

L'OR2S a été sollicité pour un appui technique relatif au traitement des données d'un travail de recherche mené 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, la psychologue clinicienne assurant la consultation poursuit ses travaux de recherche initiés lors de sa thèse de doctorat soutenue le 9 novembre 2015. Cette recherche s'inscrit dans le plan cancer 3, plus particulièrement dans l'objectif neuf « 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'agit plus particulièrement de comparer les résultats parmi les patients suivis en consultation, entre ceux qui ont repris une activité professionnelle par rapport aux autres.

Ces analyses contribuent à un projet d'article soumis début 2017 à une revue scientifique.

## Le suicide

À l'occasion de la Journée mondiale de prévention du suicide du 10 septembre, une plaquette de douze pages a été réalisée sur différentes caractéristiques épidémiologiques du suicide en Normandie. Elle intègre des comparaisons infra-régionales et également des comparaisons avec le niveau national et les autres régions françaises. Cette plaquette a été financée par l'ARS et la Région.

Ce document repose sur les données diffusées par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. Il dresse un état des lieux de la situation de la mortalité par suicide au niveau régional, mais également à deux niveaux géographiques infra-régionaux, les territoires de santé et les territoires de proximité, et intègre systématiquement des comparaisons avec le niveau national (France hexagonale).

En dehors du contexte introductif et des éléments de méthode, cette plaquette est composée de six chapitres et se termine par un encadré résumant les chiffres et les points marquants du suicide en Normandie.

Les quatre premiers chapitres sont consacrés aux analyses menées aux niveaux régional (« Vue d'ensemble » et « Zoom par âge ») et infra-régionaux (« Zoom par territoire de santé » et « Zoom par territoire de proximité »). Dans ces chapitres, outre une étude de la mortalité par suicide tous âges et le plus

souvent déclinée par genre (quand le niveau géographique étudié garantit une stabilité statistique suffisante), des analyses par âge ont été présentées suivant deux découpages : par groupes quinquennaux pour celles menées au niveau régional et par grands groupes d'âge (15-34 ans, 35-54 ans, 55-74 ans et 75 ans et plus) pour les comparaisons réalisées avec les autres régions françaises et les analyses menées aux niveaux des territoires de santé et des territoires de proximité. Des mesures d'évolution sont également présentées dans ces quatre chapitres, comparant la situation actuelles à celle du début des années quatre-vingt.

Les deux chapitres qui suivent présentent pour l'ensemble de la région les spécificités du suicide selon l'état matrimonial et les différents modes de suicide. Pour ces deux chapitres, des comparaisons avec le niveau national sont effectuées et les résultats sont déclinés suivant le genre.

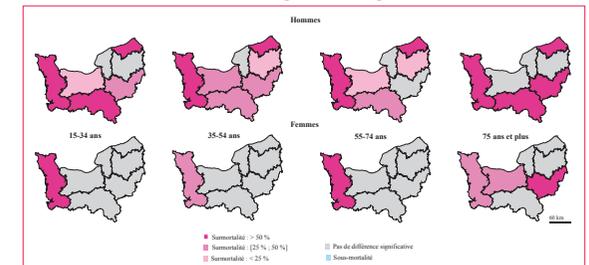
Pour permettre une stabilité statistique suffisante, les indicateurs figurant dans ce document ont été calculés sur deux périodes différentes en fonction du niveau géographique considéré.

Ce document a été largement diffusé auprès des partenaires et a fait l'objet d'une présentation orale en mai 2017 lors du comité de pilotage dédié au suicide animée par l'ARS.

La plaquette



Différentiel de mortalité par suicide en regard de la France hexagonale en 2006-2013, selon le genre et l'âge



\* différentiel calculé à partir des taux standardisés suivant l'âge  
ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

## Santé, précarité, nutrition

*Initiée en 2015, une réflexion a été menée avec l'ARS pour mettre en place une évaluation des ateliers cuisine. L'objectif est de sensibiliser à la nutrition, et à la santé de façon plus générale, les participants, 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, cherche 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 de les relier en vue d'améliorer l'efficacité d'une politique de prévention.

Par ailleurs, suite à un comité technique, l'utilisation du dispositif nutrition précarité de l'ARS par les structures est ajoutée à la recherche.

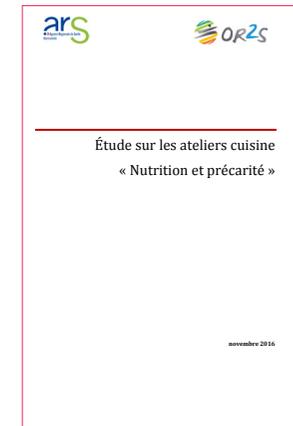
Pour l'enquête, la sélection de six structures a été faite selon les critères suivants, en recherchant le plus possible les équilibres : représentation de chacun des quatre territoires de santé haut-normands, financements des ateliers (ARS ou non ARS) et situation géographique des structures (zone rurale ou urbaine).

Les entretiens individuels (le responsable de la structure et l'animateur(trice) de l'atelier cuisine de chaque structure) ont été menés avant la tenue des *focus groups*, afin d'obtenir en amont des informations sur la structure, sur la tenue des ateliers cuisine, ainsi que sur les participants des ateliers. Au total, douze entretiens individuels se sont déroulés entre mars et juin 2016.

Les entretiens collectifs ont eu lieu en mai et juin 2016, dans cinq structures (au lieu de quatre initialement prévues) auprès des personnes ayant déjà participé à un atelier cuisine. Les non participants n'ont pas pu être rencontrés sous cette forme, ce public étant difficile à capter. Pour y pallier, des questionnaires ont été passés dans deux structures.

Un rapport de 108 pages a été remis à l'ARS en décembre 2016. Il comporte trois parties traitant respectivement des profils des structures et des personnes rencontrées, puis de la structuration et du fonctionnement des ateliers cuisine et enfin des participants aux ateliers cuisine. Une synthèse et des recommandations clôturent ce rapport.

### Le rapport



## Évaluation des contrats locaux de santé

En 2015, l'OR2S et l'Ireps Haute-Normandie ont entamé à la demande de l'ARS Haute-Normandie l'évaluation des contrats locaux de santé (CLS). L'évaluation des trois premiers CLS s'est terminée en 2016 avec la rédaction d'une synthèse.

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 existants, l'évaluation a 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.

L'objet de cette évaluation est d'analyser comment les contrats locaux de santé ont été créés et quelle 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 ou les freins constituent la base des questions évaluatives.

Enfin, le point de vue des acteurs et des 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 existants et à l'écriture des CLS de deuxième génération.

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

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

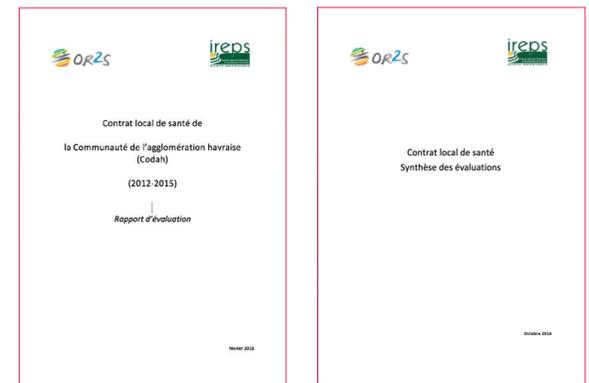
La matrice des acteurs permet de repérer les acteurs inscrits dans le cadre du CLS, leur place, les rôles et les fonctions.

L'analyse documentaire nécessite la récupération de 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 quelle 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 préciser la perception par les acteurs de l'ensemble du contrat local de santé, leur implication réelle et leur souhait d'évolution du dispositif.

La synthèse générale a permis de mettre en évidence les points forts des CLS et les axes de progrès pour les CLS de deuxième génération.

### Les rapports



## Schéma de démographie médicale du Pays Risle Estuaire

Dans le cadre de l'élaboration de son schéma de démographie médicale, le Pôle d'équilibre territorial et rural (PETR) du Pays Risle Estuaire, a sollicité l'OR2S pour un appui technique relatif à l'élaboration de ce schéma à l'échelle de ce territoire constituant la partie nord-ouest du département de l'Eure.

Le contrat de Pays Risle Estuaire 2014-2020 a pour objectif d'adapter les politiques publiques aux évolutions socio-économiques du territoire, en permettant la création des équipements indispensables pour répondre aux besoins, et pour préparer l'avenir. Il permet aux collectivités publiques d'améliorer leurs réponses aux besoins du territoire. La stratégie de développement 2014-2020 du PETR identifie, dans son axe n°4 « L'assurance d'une solidarité envers ses habitants » avec l'objectif d'offrir un meilleur accès à la santé à la population.

Dans sa plus grande partie, le Pays Risle Estuaire est considéré par l'ARS comme déficitaire en matière de démographie médicale. Dans ce contexte, le schéma de démographie médicale, conduit par le PETR en lien étroit avec le réseau local de promotion de la santé (RLPS), a pour objectif général d'analyser les risques de fragilité du territoire en matière de santé au regard de son attractivité pour l'installation des jeunes médecins, d'une part, et de proposer des préconisations pour améliorer son attractivité et son offre de santé, d'autre part. Autrement dit, le schéma de démographie médicale vise à renforcer l'attractivité du territoire et à améliorer l'organisation de l'offre de santé.

Le schéma de démographie médicale comporte deux phases complémentaires. La première vise, d'une part, à caractériser le territoire au travers de l'offre de service public (y compris l'offre de santé),

et d'autre part, à analyser son aptitude à attirer des jeunes médecins, à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population, à assurer un accès aux soins pour tous et un maillage territorial rendant plus fluides les parcours de prise en charge, et à maintenir la qualité et la continuité des soins. Cette phase consiste en une étude qualitative (enquête auprès des professionnels de santé, du social et du médico-social, auprès des acteurs locaux et auprès des usagers) et quantitative (analyse documents et des bases de données disponibles sur les équipements, l'offre de service public et l'attractivité territoriale en santé). La seconde phase du schéma, à partir des résultats de la première phase, vise à identifier les pistes d'actions les plus adaptées aux territoires pour améliorer l'attractivité des professionnels et l'organisation de l'offre de santé.

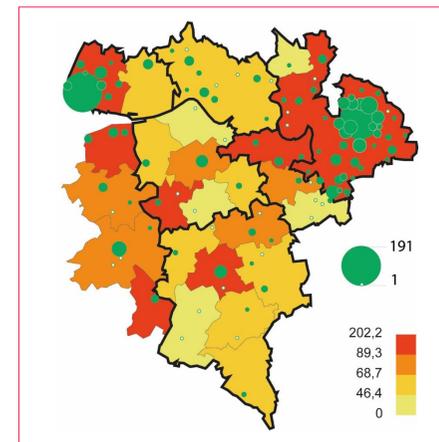
Dans ce cadre, le travail de l'OR2S a porté sur le volet « analyse des documents et des bases de données disponibles sur les équipements, l'offre de service public et l'attractivité territoriale en santé » de la première phase de « caractérisation du Pays Risle Estuaire » pour l'installation des jeunes médecins.

Pour approcher la question de la démographie de l'offre de soins dans le Pays Risle Estuaire, les principales sources de données qui ont été mobilisées sont les fichiers RPPS et Adeli. Pour approcher les notions de recours aux soins et d'offre de soins et de services, les données du fichier Finess (fichier national des établissements sanitaires et sociaux), du fichier SAE (Statistique annuelle des établissements), celles issues de Cartosanté ou encore celles issues du PMSI produites par l'Atih (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) ont été exploitées. Les indicateurs proposés ont été

déclinés selon les six EPCI composant le territoire, la CC de Pont-Audemer étant traitée de manière particulière puisque Pont-Audemer (ville-centre) a été isolée de ses alentours.

Les étapes du projet, définies au préalable, ont été validées au sein d'un comité de pilotage regroupant les partenaires associés au projet (RLPS, Département de l'Eure, ARS, DDCS, Cnam, OR2S, Région, mairies, Communautés de communes, Insee, Faculté de médecine de Rouen, associations d'usagers). Par ailleurs, plusieurs réunions de travail associant le PETR, le RLPS et l'OR2S ont permis d'affiner le projet au fur et à mesure de son déroulement. Les résultats ont fait l'objet d'une présentation sous la forme d'un diaporama détaillé en juillet 2016. Ce diaporama et les réflexions issues de sa présentation, ont permis d'alimenter un rapport d'étude complet sur la caractérisation des territoires du Pays Risle Estuaire en matière de santé.

Implantation des médecins généralistes et densité par EPCI



### Plan régional santé environnement 3

*Dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du troisième PRSE (2017-2021) décliné sur le périmètre normand, l'OR2S a contribué à la réalisation d'un état des lieux sur les questions santé environnement.*

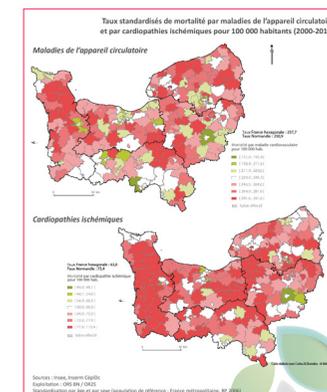
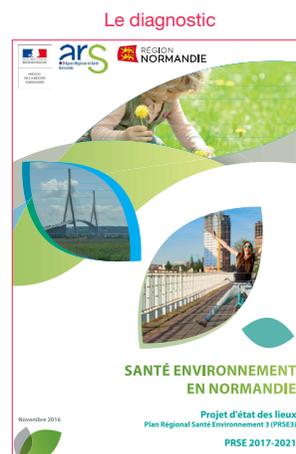
Le PRSE 3 a pour objectif la territorialisation des politiques définies dans les domaines de la santé et de l'environnement. Ces plans régionaux s'appuient sur les enjeux prioritaires définis dans le plan national (PNSE3 2015-2019) tout en veillant à prendre en compte les facteurs de risques spécifiques aux régions. Ils sont mis en œuvre par les services déconcentrés de l'État, les agences régionales de santé et les conseils régionaux, en association avec les autres collectivités territoriales, notamment à travers les contrats locaux de santé.

L'ARS, la préfecture de région et le conseil régional ont confié à l'ORS Basse-Normandie, la Dreal et l'OR2S la réalisation du diagnostic territorial en santé environnement.

Ce diagnostic vise à rassembler l'information disponible, à la valoriser et à la rendre lisible. Fondé sur la méthodologie nationale mise en place par les ORS et le Cerema dans trois régions (Nouvelle Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes et Paca), cet état des lieux n'a pas pour ambition d'être exhaustif. Il propose, à partir de données accessibles, des éléments pour mieux décrire et mieux connaître les caractéristiques de la région. Décliné en trois chapitres, il aborde le contexte socio-démographique, le contexte environnemental et l'état de santé des populations.

L'OR2S a contribué à l'élaboration de ce diagnostic à l'aide d'un certain nombre d'indicateurs déclinés à différents échelons géographiques (EPCI, territoires de proximité, région, France hexagonale).

Les éléments du diagnostic ont été présentés début mars 2017 au GRSE instance de concertation, d'information, de construction du plan, composé de représentants des parties prenantes concernées par le domaine santé-environnement au niveau régional.



### Assemblée générale de la mutualité sociale agricole

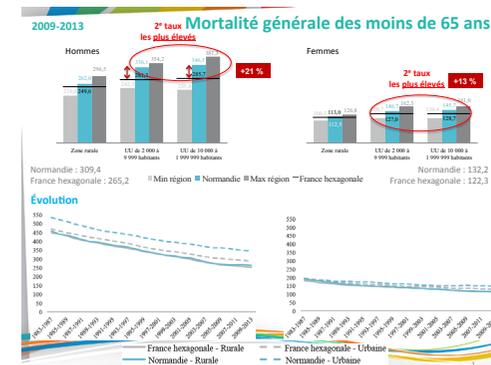
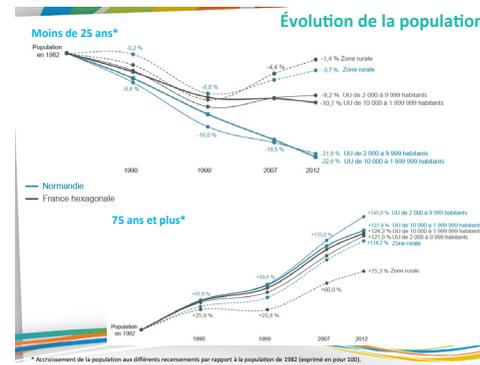
La MSA de Haute-Normandie a sollicité l'OR2S pour une communication portant sur les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région lors de son assemblée générale.

Si l'état de santé d'une population est en partie déterminé par sa situation sociale, il varie également d'un territoire à un autre. Les Normands affichent globalement un état de santé plus dégradé que la plupart des habitants des régions hexagonales. À l'intérieur même de la région, les inégalités de santé sont particulièrement marquées entre zones urbanisées et zones rurales.

L'analyse de la situation socio-sanitaire à travers cette focale urbain/rural a été réalisée par l'OR2S à partir des nombreuses données qu'il traite habituellement. Fondée sur une distinction des zones urbaines (avec, d'une part, les unités urbaines de 2 000 à 9 999 habitants et, d'autre part, les unités urbaines d'au moins 10 000 habitants) et des zones rurales, cette analyse a fait l'objet d'une présentation d'une quarantaine de minutes auprès d'une assemblée de 300 personnes (adhérant à la MSA) réunies à Évreux le 26 mai 2016.

À travers ce prisme, l'OR2S a ainsi pu montrer les clivages importants existant au sein de la région et particulièrement sur les aspects suivants : dynamiques démographiques, situation familiale, fragilité professionnelle, prestations sociales, démographie des professionnels de santé, accessibilité géographique à l'offre de soins, mortalité générale, mortalité liée aux consommations de tabac et d'alcool, aux accidents de la circulation, suicides...

Le diaporama



## 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.

À l'instar des années passées, l'OR2S a été associé en 2016 à différents comités de pilotage ou groupes de travail thématiques animés par l'ARS. Il s'agit des comités de pilotage « suicides », « santé auditive » et « épidémiologie et santé sexuelle » qui se sont respectivement tenus les 23 juin, 16 septembre et 27 septembre 2016.

L'OR2S est également représenté au comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) ainsi qu'à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). Il siège en tant que membre suppléant dans trois commissions : offre de soins, prévention et médico-social.

L'OR2S et le pôle études, statistiques et aide à la décision de l'ARS ont intensifié leurs relations en 2016. Cette relation s'est matérialisée notamment au travers des échanges d'informations, des discussions autour de certaines méthodes (sources disponibles, projections de population, représentations cartographiques, zonages géographiques, construction d'indicateurs synthétiques) ou encore *via* la participation commune à l'activité de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* (cf. page 90). La fourniture de données et d'indicateurs socio-sanitaires territorialisés est une des composantes de cette relation. Elle a été effective courant 2016 dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du projet régional de santé de deuxième génération (PRS2). L'OR2S a ainsi fourni au pôle études, statistiques et aide à la décision des indicateurs

décrivant la situation socio-sanitaire de la région à différents échelons géographiques (territoires de proximité, territoires de santé, départements, région et France hexagonale), ceux-ci étant également déclinés par genre, âge et période. Des échanges sur certaines sources de données (tels le RPPS, les données des Caf, les données issues des certificats de décès) entretiennent aussi ces relations.

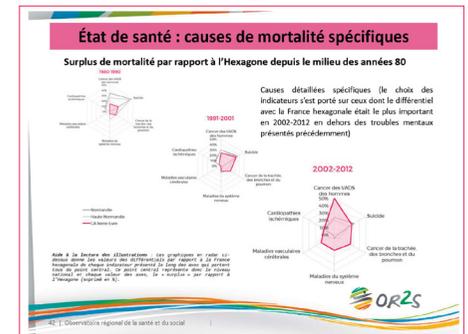
L'OR2S s'est vu accompagner sur certains travaux dans le cadre de l'observatoire régional du handicap mis en place en décembre 2015. Placé sous l'égide de l'ARS et des conseils départementaux de l'Eure et de la Seine-Maritime, cet observatoire a pour objectif de répondre aux enjeux d'adaptation de l'offre aux besoins d'accompagnement des publics en situation de handicap. L'OR2S siège au sein du comité de pilotage. Il apporte son expertise sur les données et indicateurs mobilisables sur ce champ. En 2016, l'OR2S a pu contribuer à l'élaboration d'un premier document relatif au tableau de bord sur les personnes en situation de handicap dans l'Eure et la Seine-Maritime.

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. Plus particulièrement, l'OR2S a accompagné le RLPS de la Case dans le cadre de la phase de diagnostic préalable au lancement du deuxième CLS sur ce territoire et en a restitué les principaux résultats dans les différentes composantes de ce territoire.

Enfin, la plateforme de partage de fichiers, mise en place par l'OR2S à la demande de l'ARS fin 2014, a été adaptée à la nouvelle procédure d'appel à projet 2017 établi par l'ARS. 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, la page d'accueil et la page de dépôt des fichiers ont été repensées pour mettre en évidence les différentes étapes de l'appel à projet. Des améliorations techniques ont également été apportées pour faciliter son utilisation par l'ARS. Les guides d'utilisation ont été mis à jour et complétés et plus de soixante comptes ont été créés ou modifiés (création d'identifiant et de mot de passe, changement de droits d'accès, d'identifiant ou de mot de passe). Au total, plus de 550 comptes ont été créés depuis 2014 ; ils ont permis aux porteurs de projets de déposer plus de 470 dossiers de candidatures en 2016.

Extrait des éléments de diagnostic du CLS de la CASE



## Outil de recensement des acteurs de santé sur le territoire de Dieppe

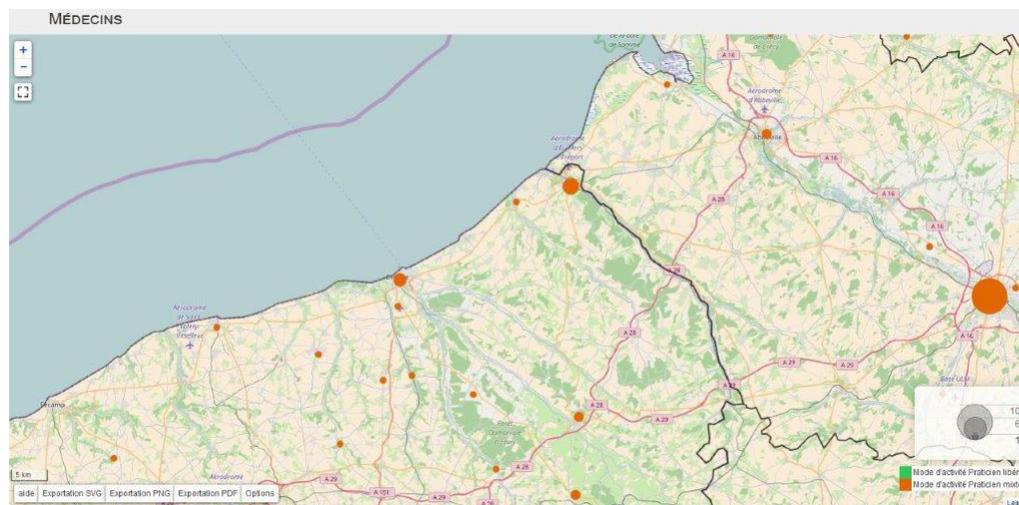
Fin 2015, le réseau local de promotion de la santé (RLPS) du territoire de santé de Dieppe et l'ARS ont sollicité l'OR2S afin de développer un outil informatisé recensant les acteurs de santé locaux.

Dans le cadre des actions prioritaires définies dans le projet territorial de santé du territoire de santé de Dieppe, le RLPS s'inscrit dans le projet territorial de santé à travers des actions menées autour de deux axes majeurs que sont l'attractivité du territoire et la lutte contre le recours tardif aux soins.

Dans cette optique, une des fiches action abordait la question de la communication sur les ressources et les projets pour attirer les professionnels. Plus précisément, l'objectif de l'action est donc de créer un outil qui soit à terme utilisable auprès des professionnels et de la population, recensant les acteurs de santé des territoires de proximité d'Eu et de Saint-Valéry-en-Caux, selon deux approches, thématique et territoriale. Développée par le pôle informatique de l'OR2S, cette application doit porter sur les acteurs des secteurs sanitaire et social, et doit être accessible, sur un support dématérialisé, lisible, simple d'accès. Autrement dit, l'application s'apparente à un annuaire en ligne des ressources en professionnels de santé du territoire. En 2016, l'architecture globale de l'application a été présentée à l'ARS.

L'année 2017 devra permettre en concertation avec le RLPS et l'ARS d'arrêter les modalités d'actualisation des données et le contenu précis que doit englober l'application.

Exemple d'une cartographie issue de l'outil développé



## National

### SCORE-Santé

La base SCORE-Santé est née en 1998 à la suite de la démarche « La santé observée », menée par la Fnors et les ORS, et de son rapprochement 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, les statisticiens, épidémiologistes, documentalistes, journalistes, ou personnels qui exercent dans des établissements de santé, au sein de collectivités territoriales, des associations, des ARS ou encore dans des agences nationales et des 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 2016-2018).

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'OR2S<sup>1</sup>.

En 2016, 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 2013. À noter qu'une nouvelle convention pluriannuelle a été signée avec la Cnaf sur une période de cinq ans. Une convention a également été signée avec l'OFDT pour la base Escapad 2014.

Le douzième numéro de la lettre électronique SCORE-Santé a été diffusé en décembre 2016 aux ORS, naturellement, et aux organismes et services membres du Groupe projet, mais aussi aux personnes inscrites sur la base SCORE-Santé. Volontairement succinctes, les lettres comportent quatre à cinq rubriques selon les numéros.

Enfin, il est important de préciser que le site Internet enregistre environ 13 800 visites mensuelles et près de 2 700 personnes sont inscrites sur l'espace personnel SCORE-Santé, la plupart l'étant à titre professionnel.

Une mission d'audit commanditée par la Drees a examiné en 2015 différentes bases de données régionales et a conclu à la nécessité d'intégrer les bases Eco-Santé de l'Idres et Statiss de la Drees au sein de la base SCORE-Santé de la Fnors. Dans ce cadre, la reprise des indicateurs présentés sur Eco-Santé a été initiée : les séries des données issues des Comptes nationaux de la santé (Drees) ont

été mises en ligne sur SCORE-Santé courant septembre. Ces indicateurs (plus de 70) ont nécessité la conception d'une nouvelle arborescence présentant uniquement des indicateurs à l'échelle nationale. La reprise des indicateurs Eco-Santé se poursuivra en 2017.

Dans le cadre de la dernière édition du rapport sur l'État de santé de la population diffusé en mai 2017, la Fnors a été sollicitée par la Drees et Santé publique France pour la réalisation de fiches de 4 pages dans chacune des régions ainsi que pour la rédaction de deux analyses en composantes principales (l'une centrée sur les indicateurs sociaux, l'autre développant les indicateurs sanitaires, en partie conclusive des fiches régionales)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> cf. p. 93 Développement informatique - outil de calcul.

<sup>2</sup> le rapport est plus spécifiquement présenté page 81.

#### 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 following items: 'Indicateurs', 'Contextes', 'Tableaux thématiques', 'Outil de calcul', 'Productions', 'Partenaires', 'Autres BDD', and 'Espace Perso.'. Below the navigation bar, there are several informational boxes. One box is titled 'Bonnevenue sur la base de données SCORE-Santé' and contains text about the site's purpose and the data it provides. Another box is titled 'Lettre de SCORE-Santé' and mentions the December 2016 issue. There is also a box for 'Espace personnel' and a 'Guide d'utilisation' link. The footer of the page includes the logo of the Fédération nationale des observatoires régionaux de santé and the logo of the ARS (Agence Régionale de Santé).

## 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<sup>er</sup> 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 des champs 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](http://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, qui ne sont pas 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.

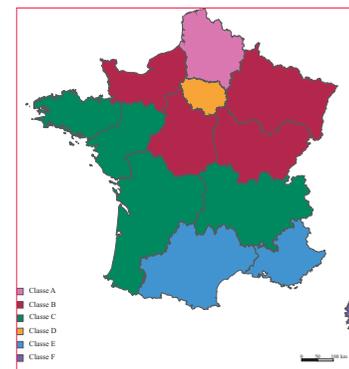
L'OR2S a largement contribué à la production des données à partir de son outil, aux analyses multidimensionnelles de même qu'à la mise en forme finale

du document. À noter que la *France des régions 2016* a été largement diffusée, tant au niveau national que dans les régions et que ce document est l'un des premiers 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



## État de santé des Français

Mai 2017 a vu la publication de l'édition 2017 du rapport sur L'état de santé de la population en France. Ce document a été piloté par la Drees et coordonné pour la première fois avec la nouvelle agence nationale de santé publique. C'est également une première pour la Fnors et les ORS qui ont contribué à la réalisation des profils régionaux qui ont été ajoutés dans cette nouvelle édition.

Depuis la première édition du rapport de suivi des 100 objectifs (Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique), *L'état de santé de la population en France* est devenu un outil de référence partagé permettant de décrire les évolutions de l'état de santé de la population et de ses principaux déterminants.

L'édition 2017 conjugue des approches transversales, par population, par déterminant et par pathologie. Une place plus large a été accordée aux données régionales et infra-régionales avec l'introduction de cartes et données supplémentaires et l'ajout de 18 profils régionaux<sup>1</sup> synthétisant les principales caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires des nouvelles régions administratives. Une typologie socio-sanitaire des territoires a également été réalisée.

Ces 18 profils régionaux ont été rédigés par les différents ORS en lien étroit avec la Fnors. L'OR2S a contribué de manière importante à ce travail. Outre la réalisation des profils des Hauts-de-France et de la Normandie, l'OR2S a mis en place la méthodologie de calcul des indicateurs (reposant sur des méthodes de lissage géographique<sup>1</sup>), effectué les calculs d'indicateurs et accompagné la Fnors dans

la réalisation de la typologie socio-sanitaire. Il était par ailleurs membre du groupe de pilotage de ces profils.

Chaque profil régional se divise en quatre parties :

- contexte démographique et social pour décrire la population et ses caractéristiques sociales ;
- état de santé de la population à partir des données de mortalité ;
- situation relative aux conséquences sur la mortalité de l'alcool et du tabac ;
- éclairage sur une thématique spécifique à chaque région, décrivant une particularité de l'état de santé de la population ou illustrant une priorité de santé publique régionale.

Pour cette dernière partie, le choix s'est opéré en accord entre l'ORS et l'agence régionale de santé. Le niveau géographique infra-régional d'étude choisi pour la réalisation de ces fiches est le canton (communes pour la Guyane et la Martinique). Afin de proposer une vision synthétique et de mesurer les inégalités territoriales de façon fine, ces profils sont suivis d'une typologie reposant sur des indicateurs sociaux et de mortalité. Comme pour les 18 profils, celle-ci a été réalisée à l'échelle des cantons.

L'OR2S, en lien avec la Fnors, a également contribué à alimenter le chapitre « Mesure des inégalités sociales, déterminants sociaux et territoriaux de la santé ». Il a ainsi rédigé les quatre pages et demi dédiées à la typologie communale des inégalités sociales (cf. illustration ci-contre).

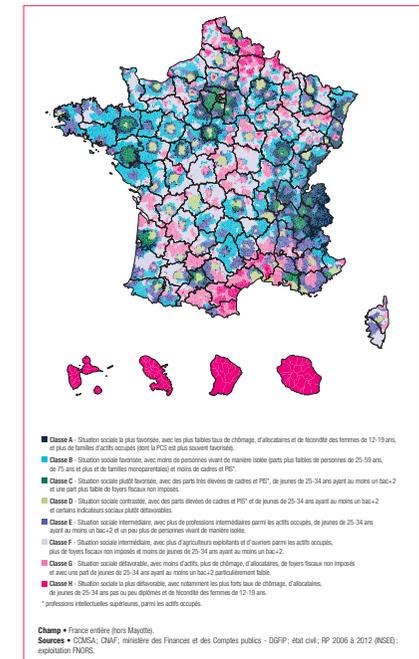
<sup>1</sup> cf. p. 99 pour plus de précisions.

<sup>2</sup> pour plus de détail sur l'outil de calcul, cf. p. 93.

### Le rapport



### Typologie sociale communale





# PÔLE SOCIAL



## Données de nature sociale

Les données sociales disponibles à l'OR2S sont issues d'un conventionnement préalable avec des producteurs de données au niveau national, d'un conventionnement avec des acteurs régionaux signataires de la charte des Plateformes sanitaires et sociales, ou sont téléchargeables librement sur les sites Internet de différents producteurs de données. Par ailleurs, dans le cadre des Plateformes<sup>1</sup>, et grâce à la volonté commune de multiples acteurs, de nombreuses données de nature sociale couvrant des thématiques variées sont partagées.

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.

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. 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 partenaires.

À leur réception, les données sont validées, puis intégrées à l'outil de calcul<sup>2</sup> qui est développé au sein de L'OR2S. Des formules permettant le calcul d'indicateurs sont ensuite mises en place.

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 indicateurs*<sup>3</sup>.

Le nouveau périmètre régional a nécessité en 2016 de revoir les conventions passées avec les acteurs régionaux. Ce travail est poursuivi en 2017.

Outre les travaux réalisés dans le cadre des *Plateformes*, ces données permettent d'alimenter la base SCORE-Santé<sup>4</sup>, ainsi que différentes productions et communications orales.

<sup>1</sup> cf. page suivante, pour plus de détail concernant la Plateforme sanitaire et sociale de l'ex-Picardie et en p. 90 pour la Plateforme d'observation sanitaire et sociale de l'ex-Haute-Normandie.

<sup>2</sup> cf. p. 93, Développement informatique - Outil de calcul.

<sup>3</sup> cf. p. 87, Base territorialisée des indicateurs.

<sup>4</sup> cf. p. 79, pour plus de précision.

### Plateforme sanitaire et sociale

La Plateforme sanitaire et sociale de l'ex-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 2016, l'activité a évolué autour de quatre axes.

L'année 2016 fut une année particulière avec la fusion des deux régions du Nord - Pas-de-Calais et de la Picardie. Les co-présidents ont donc décidé d'en faire une année de transition vers une nouvelle Plateforme en 2017. Le périmètre de la PF2S est donc resté celui de l'ancienne région Picardie tandis que l'activité a été réduite.

Le comité de pilotage n'a pas été réuni mais une réunion entre les co-présidents s'est tenue à la tout fin de juin 2016 pour définir une feuille de route réduite à une demi-année. Les groupes de travail sur les indicateurs du logement et sur les ABS n'ont pas été réunis et Apradis Picardie n'a pas colligé d'indicateurs dans la cadre du pôle d'observation du médico-social.

### Groupe projet

Animé par l'OR2S, le Groupe projet est composé d'Apradis Picardie, 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 deux fois en 2016, en comité de rédaction de la lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale et en comité d'organisation de la journée annuelle de la Plateforme.

### Indicateurs de cohésion sociale<sup>1</sup>

Daté de décembre 2016, le deuxième numéro *Les indicateurs de cohésion sociale* comprend huit chapitres qui décrivent ainsi l'état sanitaire et la situation sociale de la population : démographie, éducation et scolarité, emploi, fragilité professionnelle et revenus, allocations et autres prestations, logement, personnes handicapées, enfance et familles, personnes âgées.

### La journée<sup>2</sup>

La journée de la Plateforme sanitaire et sociale s'est tenue à Amiens le 24 novembre 2016 à Amiens sur la thématique du non-recours : « Allez vers ».

### Site Internet<sup>3</sup>

Le site Internet présente l'actualité des domaines de santé, social et médo-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 territorialisée des indicateurs*)<sup>4</sup>.



### La lettre d'information

Deux numéros sont parus en 2016 (octobre, décembre). La lettre d'information est adressée par e-mail à plus de 2 500 adresses contacts<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> cf. p. 89.

<sup>2</sup> cf. p. 108.

<sup>3</sup> [www.pf2s.fr](http://www.pf2s.fr) ; cf. p. 105.

<sup>4</sup> cf. page ci-contre

<sup>5</sup> cf. p. 107.



Journée du 24 novembre 2016



### 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 valides 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 l'ex-Picardie/Hauts-de-France et de l'ex-Haute-Normandie/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 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. Deux sessions ont été organisées en 2016 (cf. p. 117) afin de permettre aux utilisateurs d'avoir une bonne utilisation de cet outil et de présenter les données intégrées. Les identifiants de connexion sont envoyés aux participants qui ont signé un acte d'engagement d'utilisation des données.

Les informations présentées sont garantes 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.

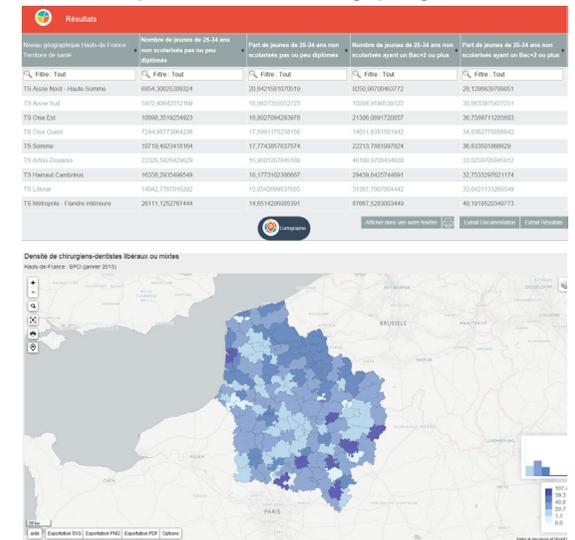
Quatre-vingt utilisateurs disposent ainsi d'indicateurs actualisés régulièrement sur l'échelon le plus proche de leur territoire d'expertise : pour le niveau géographique le plus fin de leur choix, soit le canton dans sa nouvelle délimitation, l'EPCI, le Bef ou le bassin de vie. Les indicateurs proposés (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. Elle 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 intégrés à l'image de la thématique sur le logement en ex-Picardie qui s'est 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



## Expérimentation de l'analyse des besoins sociaux

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

Partant du constat de la difficulté de la réalisation des ABS pour les CCAS, l'UDCCAS de la Somme s'est proposé de travailler à la production d'outils de structuration pour l'élaboration des ABS notamment pour les petites communes ayant de faibles ressources et ne pouvant faire appel à un prestataire. Les objectifs sont de leur permettre d'accéder à un minimum d'indicateurs statistiques et de les accompagner dans la compréhension, l'utilisation, l'analyse et la mise en forme de ces éléments pour permettre la rédaction de l'ABS. L'OR2S et l'Unccas (via la participation de Marie Mallet), ont pris part à ce projet. C'est dans ce contexte, que l'OR2S a ouvert l'accès à la Base territorialisée des indicateurs (cf. p 87) à quelques CCAS expérimentateurs.

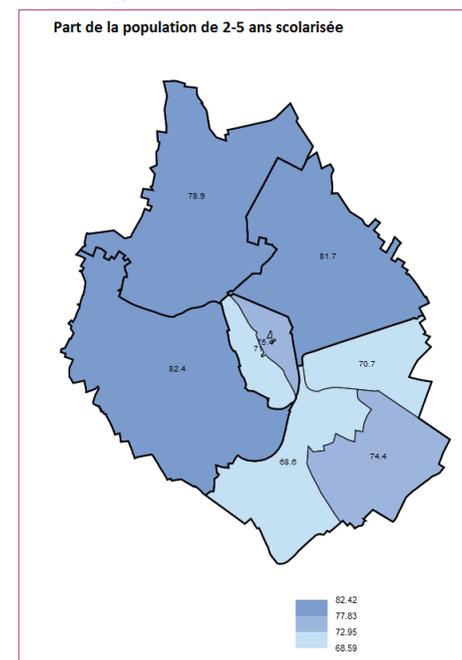
Cinq CCAS de communes ayant un profil différent ont été volontaires pour ce projet (Liomer, Amiens, Rivery, Abbeville et Longueau). Une demi-journée de formation commune au courant du mois de mai a permis de présenter l'outil et les données intégrées. L'OR2S s'est ensuite rendu dans chacun des CCAS pour un accompagnement sur site courant mai-juin.

Ces demi-journées d'accompagnement ont permis de se familiariser davantage avec l'outil, avec l'aide de l'OR2S et de faire quelques exercices pratiques, chacun des CCAS s'étant vu attribuer un profil adapté à celui de sa commune. Les CCAS ont ainsi pu extraire les données concernant leur commune, les EPCI et les valeurs départementale, régionale et nationale. Chaque CCAS avait également la possibilité d'extraire les données d'autres communes équivalentes à la sienne en termes de nombre d'habitants et de type de commune. Une liste d'indicateurs avait été préalablement établie en collaboration avec l'Unccas, quelques données par Iris ont été mises en accès pour Amiens et Abbeville.

Les nombreux échanges et retours des utilisateurs ont permis d'apporter, quelques améliorations et fonctionnalités supplémentaires à la Base territorialisée des indicateurs (par exemple l'accès aux cartographies par Iris, cf. illustration ci-contre) et quelques idées de développements futurs, toujours dans l'optique de s'adapter aux besoins des utilisateurs. Les données par quartier sont encore peu nombreuses et c'est un fort souhait exprimé par les CCAS des grandes villes.

Fin juin, une réunion a permis à chacun des participants de s'exprimer sur l'expérimentation. Ces derniers ont été satisfaits de l'outil et de l'expérimentation. Le bilan de l'expérimentation a été présenté par l'UDCCAS de la Somme lors du congrès de l'Unccas qui s'est tenu fin septembre à Clermont-Ferrand.

Exemple d'une cartographie générée sur les Iris d'Abbeville





## Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie

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 2016, son activité s'est poursuivie dans un contexte de réorganisation à l'échelon normand. Elle s'est articulée autour des axes suivants.

### Indicateurs de cohésion sociale

Finalisé en décembre 2015, le document intitulé *Les indicateurs de cohésion sociale*, est structuré autour de huit thématiques : démographie, éducation et scolarité, emploi, fragilité professionnelle et revenus, allocations et autres prestations, logement, personnes handicapées, enfance et familles, personnes âgées. Ce document a été largement diffusé dans sa version papier, à travers la distribution de plus de 750 exemplaires aux acteurs de la région en 2016.

### La journée

La première journée de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* s'est déroulée à Rouen le 15 décembre 2015 sur la thématique de la jeunesse. Elle a réuni 150 acteurs du secteur social et sanitaire. Début 2016, cette journée a fait l'objet d'une restitution écrite complète avec, d'une part, la retranscription des interventions de la séance plénière du matin et, d'autre part, de la synthèse de cinq ateliers thématiques qui s'étaient tenus l'après-midi (mobilités internationales, accès au droit, décrochage scolaire, insertion professionnelle, engagement des jeunes et citoyenneté).

### La lettre d'information

Le quatrième numéro de La lettre d'information est paru à la fin de l'année 2015. Elle a été adressée par mail à près de 2 000 adresses contacts et 200 exemplaires papier ont été diffusés en 2016. Le *focus* (dossier thématique occupant les pages centrales de chaque numéro) de ce numéro a concerné la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

### La Base territorialisée des indicateurs

L'accès à cet outil a été ouvert en 2015 à une vingtaine de personnes issues des partenaires signataires de la convention constitutive de la PF2S. Outre la mise à jour des indicateurs mis à disposition, validés et colligés sur différentes entités géographiques (notamment infra-régionales), l'OR2S a poursuivi son travail d'amélioration de l'ergonomie à travers des développements informatiques facilitant notamment la production et l'extraction de cartes. Les animateurs de la PF2S ont également assuré un appui technique aux utilisateurs.

### Réorganisation de la Plateforme d'observation sanitaire et sociale

En 2016, l'ARS, la DRDJSCS, le Groupement Creai-ORS de Normandie et l'OR2S ont échangé à plusieurs reprises quant à la constitution de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* de Normandie ainsi qu'à son contenu *via* la préparation de son cahier des charges. Il est prévu que celle-ci voie le jour en 2017 et s'accompagne de la réactivation du réseau des partenaires, de l'organisation

d'une réunion de lancement de la *Plateforme*, de la maintenance et de la mise à jour mise à jour de la Base territoriale des indicateurs, de la production en coopération avec les partenaires de trois *newsletters*, de la création et mise à jour d'un site Internet dédié et enfin de l'organisation d'une journée d'étude thématique.

L'affiche



# 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 émanant de 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 plusieurs 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*<sup>1</sup>.

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, certaines interfaces permettent l'obtention des indicateurs par simple clic-bouton, via une connexion Internet sécurisée et cryptée (par *https*), où chaque utilisateur se voit doté 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 démocratie sanitaire, arrondisse-

ments, 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...), le domaine socio-démographique<sup>2</sup> et le domaine social. 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 calculés<sup>3</sup>.

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-communal), un travail d'estimation 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.

<sup>1</sup> cf. p. 87, Base territoriale des indicateurs.

<sup>2</sup> pour plus de détail sur les données sanitaires, cf. p. 45 à 50 et, pour les données de nature sociale, p. 85.

<sup>3</sup> 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 cartographies 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'inscrive 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 informatiques<sup>1</sup>. 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. 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.

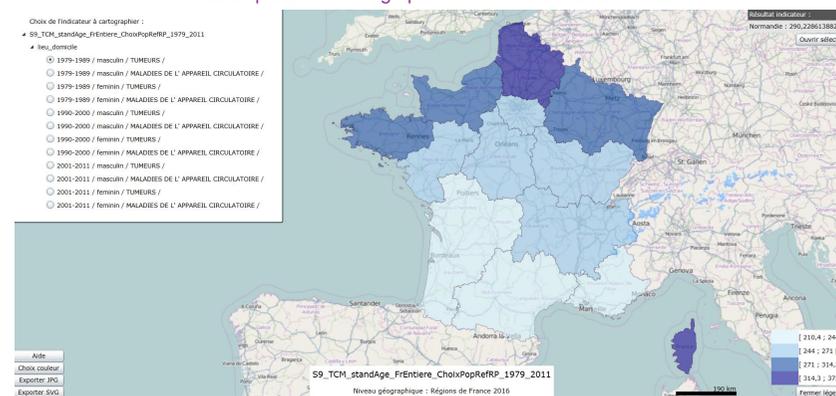
Une seconde partie a trait à la représentation d'indicateurs à différents niveaux géographiques. L'objet du développement est de permettre à une personne d'obtenir rapidement la cartographie d'indicateurs disponibles via un outil de calcul, et ce par simple sélection d'indicateur<sup>2</sup>, et sans que cette personne ait besoin de déterminer la discrétisation la plus adéquate (algorithme basé sur la distribution de la série). Pour la représentation des nombres, l'utilisateur a la possibilité de faire une représentation par point proportionnel.

En parallèle, une application permettant la génération de cartes en série a été déployée. L'utilisateur charge un fichier d'indicateurs et a la possibilité de visualiser les cartes obtenues et de les exporter très rapidement (au format vectoriel). Par ailleurs, si les cartes sont générées automatiquement (en déterminant la discrétisation la plus adéquate), l'utilisateur peut modifier rapidement le mode de discrétisation, les paramètres couleurs... (cf. illustration ci-contre).

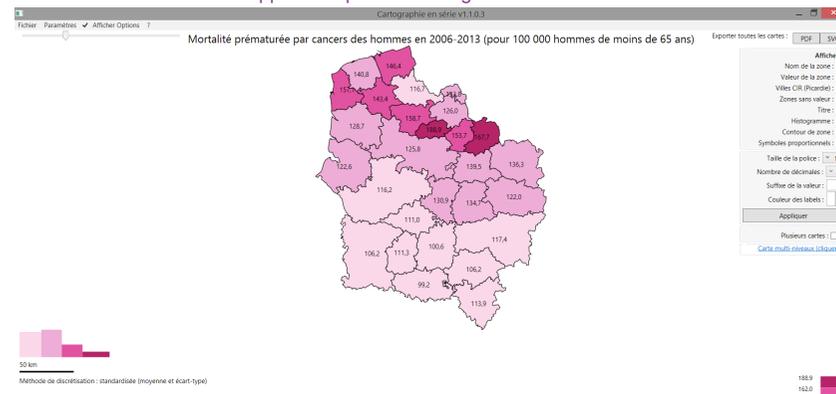
<sup>1</sup> cf. Développement informatique - Questionnaire page ci-contre.

<sup>2</sup> cf. Développement informatique - Outil de calcul page précédente.

### Exemple d'une cartographie issue de l'outil de calcul<sup>2</sup>



### Visuel de l'application permettant la génération de cartes en série



## 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 leur sont personnels offrent l'accès, en permanence et de façon simultanée, aux données pour lesquelles des droits leur sont alloués. 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 cartographique<sup>1</sup>.

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.

<sup>1</sup> 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 2016, c'est l'étude Santé, précarité, nutrition<sup>1</sup> qui a le plus mobilisé les équipes sur les entretiens, à la fois individuels (responsables des structures et animateurs des ateliers cuisine) et collectifs (participants des ateliers cuisine). L'évaluation des contrats locaux de santé (CLS) en Haute-Normandie, ainsi que l'étude *Mon métier demain en Picardie* et les programmes en éducation thérapeutique du patient ont également fait l'objet d'entretiens collectifs.

<sup>1</sup> cf. p.72 Santé, précarité, nutrition.

## 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 formulées, erreurs de saisies des réponses... Les deux autres types d'erreurs sont

liés au fait que la base de sondage (ensemble des individus composant la population) n'est pas toujours exhaustive et aux non-réponses (refus, non joignables). Ces types d'erreurs 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'erreurs, 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 2016 : *Jesais*, enquête menée auprès élèves de sixième et de seconde scolarisés dans un établissement public de l'académie d'Amiens ; *Indiss*, enquête concernant les élèves de sixième scolarisés dans un établissement public de Normandie ; une étude autour de la nutrition en Hauts-de-France ; *Normanut*, une enquête autour des troubles du comportement alimentaire en Normandie ; le programme de surveillance des MCP pour l'ex-Picardie ; *Evrest*, dispositif santé-travail pour la Normandie ; l'étude portant sur l'état de santé des personnes détenues en Hauts-de-France et en Normandie.

## Indicateurs synthétiques

Développés à partir des années quatre-vingt et popularisés au niveau international dans les années quatre-vingt-dix, les indicateurs synthétiques visent, dans une logique de comparaisons territoriales, à approcher de manière concise des phénomènes complexes tels que la pauvreté, l'état de santé, etc.

En 2016, l'OR2S a poursuivi ses réflexions sur la construction d'indicateurs synthétiques. Elles se sont orientées dans un premier temps vers l'adaptation de l'indice de développement humain (IDH) au niveau local, tel que défini par les Nations Unies. Cet indice vise à évaluer le niveau de développement humain d'un pays, à travers les trois dimensions suivantes :

- la capacité à bénéficier d'une vie longue et saine (santé) ;
- la capacité d'accès à l'éducation et aux connaissances (éducation) ;
- la capacité d'accéder aux ressources matérielles indispensables pour atteindre un niveau de vie décent (revenu).

L'indice de développement humain tel qu'il est calculé par les Nations Unies demeure cependant insuffisant pour caractériser les spécificités territoriales d'un pays développé comme la France. En effet, tous les indicateurs ne sont pas déclinables localement, et certains indicateurs présentent des limites qui ont été documentées par la littérature scientifique.

Une version alternative de l'IDH-2 a été développée il y a quelques années par l'ORS et l'IAU d'Île-de-France afin de tenir compte des spécificités territoriales d'un pays développé comme la France.

Cet indicateur permet ainsi de caractériser le développement humain en France au sein de zones géographiques fines, tout en conservant le mode de calcul et les composantes de l'IDH d'origine.

L'IDH-2 a été développé dans sa version exploratoire en région Hauts-de-France en mars 2016 (cf. carte ci-dessous). Il permet d'appréhender la situation infra-régionale de façon globale, en repérant d'emblée les zones socialement vulnérables qui cumulent les difficultés dans les différentes dimensions.

Cette nouvelle version de l'IDH-2 est sensiblement différente de celle développée par l'IAU et l'ORS Île-de-France. En effet, l'objectif à terme de cette recherche est de produire ce type d'indicateur à partir des outils et applications développés par le pôle informatique de l'OR2S (cf. page 93), ce qui suppose qu'il soit comparable dans le temps et déclinable pour un grand nombre de niveaux géographiques.

En parallèle, l'OR2S a effectué des recherches visant à développer d'autres indicateurs synthétiques, toujours dans l'optique de caractériser au mieux les disparités infra-territoriales. À partir des bases de données de l'OR2S et des indicateurs fournis par ses partenaires, les recherches visent à construire différents indicateurs synthétiques pour chacun des champs suivants : situation sociale, santé et offre de soin.

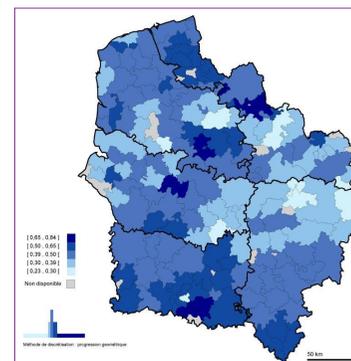
À partir d'une masse d'informations croissantes issues des données couvrant ces différents champs, est opérée une sélection d'indicateurs thématiques

selon différents critères (disponibilité, qualité, sens de la donnée...) Les indicateurs dont le pouvoir explicatif est le plus fort sont alors retenus. Une attention toute particulière est portée sur les possibilités de décliner ces indicateurs à des niveaux locaux fins.

Les différents indicateurs synthétiques permettront d'appréhender les disparités infra-territoriales de manière globale, en résumant une importante quantité d'informations. Par ailleurs, il sera possible de croiser les différents indicateurs synthétiques entre eux et ainsi repérer les zones de fragilité au sein d'un territoire.

La livraison des indicateurs synthétiques comme de l'IDH-2 est prévue pour le courant de l'année 2017.

Indice de développement humain bis (IDH-2 bis)  
par EPCI en 2012 - version exploratoire



Sources : Inserm CépiDC, Insee RP 2012, Insee -  
Filosofi Exploitation OR2S

## Lissage géographique et calcul de temps d'accès

Les analyses territorialisées menées à partir des bases de données pérennes, peuvent être enrichies par l'apport de multiples techniques d'analyse spatiale. Parmi celles-ci, les méthodes de lissage géographique et le calcul de temps d'accès ont fait l'objet d'une partie de l'activité de l'OR2S en 2016.

Les méthodes de lissage géographique peuvent être utilisées pour répondre à différentes problématiques. Elles permettent notamment de calculer des indicateurs à des niveaux géographiques relativement fins tout en garantissant une stabilité statistique suffisante, réduisant le « bruit » lié aux petits effectifs (faible population) et en tenant compte de l'environnement proche. Ainsi, la valeur d'un indicateur pour un territoire donné ne repose pas sur les seuls cas relevés sur ce territoire, mais aussi sur ceux des zones environnantes ; une pondération des valeurs observées au voisinage de ce point est le plus souvent mise en place.

Il existe plusieurs manières de prendre en compte le voisinage, soit en considérant la notion de continuité géographique (avoir une frontière commune) ou soit celle de distance euclidienne, de distance routière, voire de temps d'accès. Cette dernière méthode, bien que meilleure car indépendante de la structure spatiale des communes<sup>1</sup>, est plus longue à mettre en place. Aussi, pour des questions de calendrier, c'est celle relative à la notion de continuité géographique qui a été mise en place pour les travaux effectués en 2016. L'autre méthode est actuellement en cours d'étude, des comparaisons entre les deux méthodes étant alors réalisées.

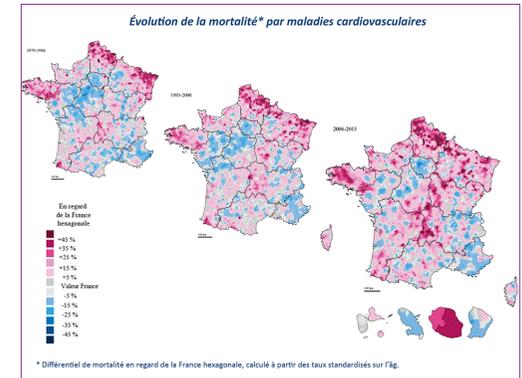
Pour pouvoir effectuer le lissage géographique en considérant la notion de continuité géographique, il est nécessaire de disposer d'une matrice de voisinage. Celle-ci a été construite à partir des communes. Elle permet d'obtenir automatiquement d'autres matrices calculées à différents niveaux géographiques (EPCI, canton...) Les communes considérées comme limitrophes sont celles qui sont directement contiguës à la zone considérée (communes voisines d'ordre 1), celles qui sont limitrophes aux communes voisines d'ordre 1 (communes voisines d'ordre 2)... En outre, le lissage est effectué *a priori* (sur les données brutes) et non *a posteriori* (sur les indicateurs déjà calculés).

D'autres travaux engagés en 2016 portent sur le calcul de temps d'accès et de distance routière. Pour calculer une distance et/ou un temps d'accès entre deux communes, il est nécessaire de considérer un point de référence dans chaque commune. Deux options ont été abordées pour les Hauts-de-France : la mairie et le centroïde de la commune ; pour l'ensemble de la France, seuls les centroïdes ont pour l'instant été considérés (compte tenu du travail important de consolidation des coordonnées des mairies). Les calculs ont été faits *via* OSRM (fond de carte OpenStreetMap au 13 avril 2017). Les temps sont fournis en seconde.

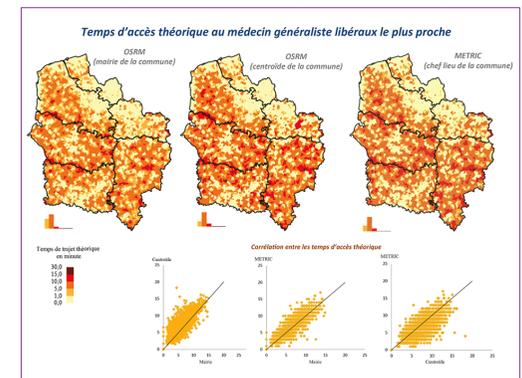
En parallèle, des comparaisons ont été effectuées avec les résultats des temps obtenus avec le distancier Metric (outil conçu en interne par l'Insee ; les temps sont exprimés en minutes, sans précision des secondes). Les comparaisons réalisées portent plus spécifiquement sur les temps d'accès à quelques professionnels de santé pour les communes des Hauts-de-France (cf. illustration ci-contre).

Tous ces travaux sont poursuivis en 2017. L'objet est d'approfondir les méthodes à mettre en place et d'implémenter ces différentes méthodes dans l'outil de calcul<sup>2</sup> développé au sein de l'OR2S.

Exemple de carte d'indicateurs lissés géographiquement



Exemple de cartes de temps d'accès théorique



<sup>1</sup> des échanges avec des membres de l'équipe de l'UMS Riate (Réseau interdisciplinaire pour l'aménagement et la cohésion des territoires de l'Europe et de ses voisinages - Université de Paris Diderot), ont permis de confirmer ce point.

<sup>2</sup> pour plus de détail sur l'outil de calcul, cf. p. 93.



# 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'ORS reçoit ou télécharge 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 (jusqu'en 2014), 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'ORS (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'ORS est possible, à des personnes disposant d'un *login* et d'un mot de passe.

En 2016, 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

## 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 disponibles.

Il se compose de quatre grands modules.

La partie « Actualités » de l'OR2S propose des annonces de publications, 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 dans les Hauts-de-France qu'en Normandie, répartis 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 continuent d'être en cours d'implantation sur le site actuel. Les études les plus anciennes de l'ORS Picardie sont également susceptibles d'être rajoutées sur le site.

### Les pages du site OR2S

#### Actualités

#### Publications

## La Chaîne YouTube de l'OR2S

En 2015, l'OR2S a créé sa chaîne *YouTube*. En 2016, l'OR2S a réalisé un film d'animation présentant les travaux réalisés depuis sa création (cf. page 110). Le film existe en version longue (15 minutes) et en version courte 9 minutes). 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.



## 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](http://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 des 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 2016, compte tenu de la reconfiguration régionale, le travail des Plateformes a été réduit très fortement. Quarante-sept articles ont cependant été publiés. Parmi eux, trente-et-un concernaient la santé, neuf le social et sept le médico-social. Dans le top-dix des articles les plus populaires de 2016, Données de santé (1 151 clics), et Open Data (1 105 clics). 562 téléchargements pour la lettre de la Plateforme n°31, et 561 clics pour la présentation de la journée de la Plateforme.

Page d'accueil (choix du territoire)



### En Picardie



### En Haute-Normandie



### Picardie en santé et bien-être

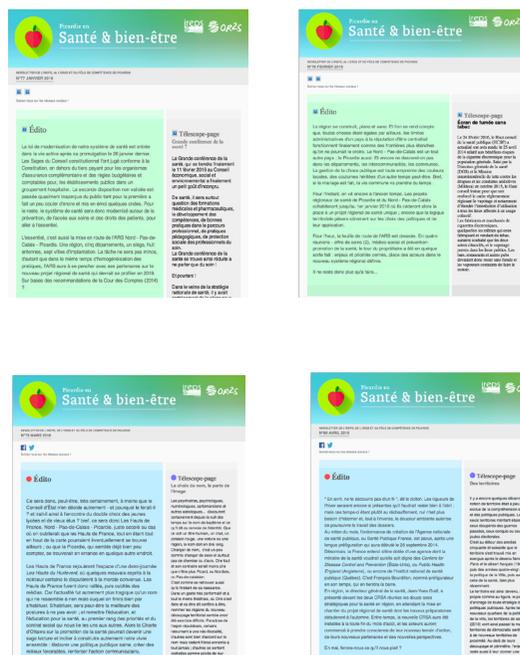
La lettre électronique Picardie en santé et bien-être a poursuivi sa parution en 2016 mais seuls les quatre premiers numéros ont été édités par l'Ireps, l'OR2S et le pôle de compétence. À partir de juin, cette publication n'est plus parue que sous le label du pôle de compétence.

Cette lettre électronique interactive aborde les actualités régionale, nationale et internationale en santé publique. Elle présente les nouveautés éditoriales régionales et nationales : rapports, enquêtes, études, campagnes en épidémiologie et éducation pour la santé.

Elle a informé plus spécifiquement sur les activités de l'OR2S, de l'Ireps et du pôle de compétence, jusqu'en avril 2016.

La lettre est largement diffusée auprès des acteurs de santé publique : institutions diverses dont les collectivités territoriales, ARS, membres de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, mais aussi opérateurs de terrain : notamment appartenant au secteur associatif... Elle est aussi envoyée aux partenaires extérieurs de l'Ireps et de l'OR2S dans les régions Hauts-de-France Grand Est, mais aussi en Belgique, Suisse, Canada, Grande-Bretagne...

Les quatre numéros de la lettre électronique de 2016



**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 2016, deux lettres sont parues, l'une en octobre (n°31), l'autre (n°32) datée de décembre a été diffusée au début 2017.

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 numéros annuels.

**Les articles parus en 2016**

**En région  
 Octobre 2016**

Non-recours : deux journées de la PF2S  
 Besoins sanitaires des résidents des pensions de famille  
 Panorama de l'aide alimentaire en Picardie  
 De Planir à Arianes, la Cpm de la Somme s'engage  
 Mon métier demain en Picardie

**Décembre 2016**

« Allez vers » : journée de la PF2S  
 Emploi des personnes en situation de handicap  
 Étude sur l'observation du sport  
 Indicateurs de cohésion sociale  
 Gedidot : dernier-né des projets franco-belges

**National**

**Octobre 2016**  
 Portraits de professionnels de santé

**Brèves  
 Octobre 2016**

Les Hauts-de-France pollués  
 Dépistage du cancer du sein : vers la rénovation du dispositif ?  
 Moi(s) sans tabac

**Décembre 2016**  
 La cigarette électronique et l'US Surgeon General  
 Conseil de la vie collégienne  
 Accès au système des données de santé pour les observatoires de la santé

**Europe  
 Octobre 2016**  
 Protection des données en Europe

**Décembre 2016**  
 L'Europe des stupéfiants  
 Situation sociale en Europe  
 Pilier européen des droits sociaux

**Lu pour vous  
 Octobre 2016**  
 Panorama de la société  
 Regards sur l'éducation 2016.  
 Les indicateurs de l'OCDE  
 Les assistantes maternelles gardent 8 % d'enfants de plus en 2014 qu'en 2010

**Décembre 2016**  
 Santé et dépendance des personnes âgées  
 Les solitudes en France  
 La scolarisation des enfants en situation de handicap progresse depuis 10 ans

**Doc  
 Octobre 2016**  
 Espad 2015 : tabac, alcool, cannabis à 16 ans en Europe

**Décembre 2016**  
 L'hébergement d'urgence asphyxié

**Focus  
 Octobre 2016**  
 Stéphane Routier, édito  
 Le big data en question  
 Le big data dans le domaine de la santé  
 GCS e-santé en Picardie

**Décembre 2106**  
 André Bouvet, édito  
 Mobilisation autour du plan pauvreté précarité  
 Quatre ateliers pour lever les freins  
 Le plan pauvreté précarité en région  
 Groupe santé social dans la Somme  
 Panorama et groupe de travail sur l'aide alimentaire  
 Oise : Demain le pays de Bray  
 Points conseil budget  
 Accès au logement : expérimentation à Soissons (Aisne)

Les deux numéros de 2016



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

La journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* s'est déroulée le 24 novembre 2016 à Amiens sur le thème de l' « allez vers » les publics les plus éloignés des services de santé. Elle a réuni une centaine de participants.

La question du non-recours aux droits, aux soins, à la prévention comme aux services en général, est une préoccupation contemporaine, à la fois de l'évaluation des politiques publiques - savoir ce que l'on fait - et de l'émergence du souci de l'équité et de la démocratie sanitaire. Après la journée de 2015 à Saint-Quentin, où il s'agissait de préciser ce qu'était le non-recours, notamment à partir des définitions de l'Odénore, observatoire du non-recours aux droits et services, la journée de 2016 a affiné la réflexion autour de trois axes :

- les dispositifs de recherche et d'observation permettant de mesurer et de connaître les situations de non-recours ;
- les politiques publiques et les dispositifs permettant de faciliter le recours aux droits et aux services ;
- les actions concrètes mises en place sur le terrain pour aider les populations à recouvrer leurs droits.

Dès la conférence introductive, Raoul Dubois, personne accompagnée et membre du conseil d'administration de la Fnars des Hauts-de-France, a centré le débat, citant Gandhi : « Tout ce que vous faites pour moi, sans moi, vous le faites contre moi », c'est-à-dire ne pas laisser à côté de la réflexion et de l'action les populations auxquelles s'appliquent les politiques publiques, dont celles de santé. Ce changement de regard s'est exprimé tout au long des trois tables rondes de la journée, qui ont débattu, pour la pre-

mière, des recherches et études sur le non-recours, pour la seconde, de quelques politiques publiques et, pour la troisième, de dispositifs d'action sur le terrain. Quatre mots clés sont à retenir de l'ensemble des débats : changement de vocabulaire, nouveau paradigme d'action, donner confiance et avoir une posture éthique.

Le changement de vocabulaire, passer d'une position centrée sur l'administration à une position centrée sur l'individu s'accompagne d'un changement de paradigme de l'action publique, portant tant sur le ciblage des populations que sur la connaissance des droits et sur les modalités de délivrance de l'information. Les intervenants sont également revenus sur la nécessité de mailler le territoire de guichets pour accueillir la population, de travailler sur la littératie et sur la dématérialisation de l'information et des services. En évitant la rupture numérique qui éloignera de très nombreuses personnes de leurs droits.

La mutualisation des données, pour mieux approcher les conditions de vie des personnes et de leurs besoins, fait partie des attentes des acteurs de terrain, comme celle de pouvoir mettre en place des actions coordonnées entre partenaires tout en associant les personnes concernées.

Enfin, l'idée que les personnes éloignées des services sont aussi des personnes qui ont perdu toute confiance dans les politiques, les dispositifs et les actions censés les épauler a été fortement reprise. Redonner confiance dans le « système » est donc une mission fondamentale des acteurs de terrain et des services publics. Elle est l'une des conditions *sine qua non* pour pouvoir faire en sorte que des personnes puissent avoir recours aux services et aux droits auxquelles elles peuvent prétendre.

L'affiche



Raoul Dubois



**Plaquette de présentation**

*Depuis 35 ans, l'ORS puis l'OR2S accompagne les décideurs dans l'élaboration de leurs choix, aux niveaux régional et infra-régional. Pour ce faire, il se dote de moyens en vue de répondre aux nouvelles exigences dans le domaine de la connaissance socio-sanitaire. Cette plaquette permet de lister, en dix verbes de référence, la diversité des offres de services proposés par l'OR2S : Connaître, Enquêter, Surveiller, Innover, Orienter, Évaluer, Communiquer, Renseigner, Appartenir, S'ouvrir.*

Les principaux axes de travail mis en exergue dans le document sont illustrés par divers travaux. En résumé, il est montré une expertise pointue des bases médico-administratives en concevant les outils capables de les traiter. Il est souligné le développement des techniques de recueil supplémentaires dans les domaines où les informations font défaut, par la maîtrise de méthodes quantitatives ou qualitatives. Un regard est porté à l'adaptation des productions à toutes les institutions et personnes qui ont besoin de disposer d'indicateurs robustes, quel que soit leur territoire d'exercice. Il est mis en avant les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour permettre leur appropriation par un maximum d'acteurs et, plus largement, par l'ensemble de la population. Il est aussi mis en évidence l'importance de la mise à disposition des outils sous procédure sécurisée à de nombreux organismes régionaux et nationaux ayant besoin de données à façon.

La plaquette



Illustration : OR2S

Collaborer avec les universités (Université de Lille) et le Réseau National des Observatoires Régionaux de Santé (ORS) pour la mise à disposition des données de santé publique et de santé publique.

## Analyser, synthétiser, accompagner, communiquer : OR2S

Au moment où la Picardie se trouvait fusionnée avec le Nord - Pas-de-Calais et où la Haute-Normandie faisait partie commune avec la Basse-Normandie, il est apparu important de faire un retour en arrière sur l'évolution de l'ORS depuis sa création puis de l'OR2S à travers la réalisation d'un film.

Depuis plus de trente ans dans la santé, et depuis dix ans dans le social, l'observatoire régional de la santé et du social met son expertise dans le domaine de l'observation au service des acteurs des politiques publiques pour prioriser leurs actions à mener. L'OR2S a pour mission générale d'améliorer la connaissance de la population dans le domaine sanitaire et social, aux plans régional et infra-régional. Il recense les diverses sources de données. Il réalise des études et des enquêtes. Il valorise et diffuse l'information. Il participe à l'évaluation d'actions et de programmes.

Le 30 juin 1982, l'observatoire régional de santé est créé en Picardie à l'initiative du médecin inspecteur régional de la Drass et du professeur de santé publique (cf. illustration ci-contre) avec le soutien de multiples professionnels de santé.

Durant toutes ces années, le champ des compétences de l'ORS puis de l'OR2S, n'a cessé de s'élargir. C'est ce que montre le film à travers les illustrations des différentes productions depuis celle de Jacques Vallerand sur l'activité des établissements de transfusion sanguine ou la première à caractère multicentrique sur l'alcool menée avec la ville de Saint-Quentin.

L'évolution a été colossale comme le montrent le design des productions mais aussi le recours à l'informatisation qui permet de traiter d'immenses bases de données sur une multitude de territoires.

La conclusion montre que l'OR2S se veut demain, comme il l'a été tout au long de son histoire, une aide à l'élaboration des politiques publiques et à l'accompagnement des acteurs de terrain.

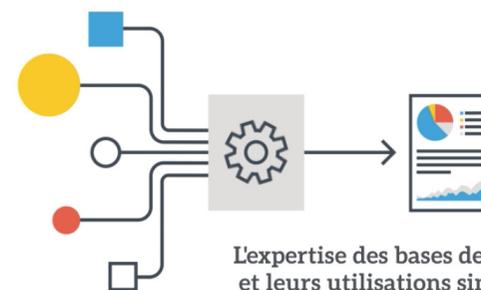
Alain Dubreuil souligne dans cette conclusion «être fier d'avoir été à l'origine de la mise en place en Picardie d'une observation pérenne de la santé puis du social qui a su se diversifier en anticipant en permanence les besoins». Il met en avant la résultante du dynamisme d'une équipe et de la volonté partagée par l'ensemble des acteurs institutionnels et de terrain pour mettre en commun leurs informations et leur expertise au service de la population.



**Professeur Alain Dubreuil**

Vice-président de l'OR2S - Membre fondateur

Captures d'écran du film



Expertise des bases de données  
et leurs utilisations simplifiées

## Interventions

7 janvier 2016, Mont-Saint-Aignan

François Michelot

*Intervention auprès des étudiants de l'UFR Staps, Université de Rouen*

*Activité physique et santé*

10 mars 2016, Marseille

Émilie Fauchille, Frédéric Belot (CP Beauvais)

*12<sup>e</sup> congrès national des Ucsa*

*État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire en Picardie*

18 mars 2016, Paris

Laëtitia Rollin, Angélique Lefebvre

*2<sup>e</sup> rencontre nationale du réseau Evrest, La santé au travail en temps de crise(s) : les apports du dispositif Evrest*

*Evrest : quelle place dans un plan de prévention des risques psychosociaux hospitaliers ?*

29 mars 2016, Louviers

François Michelot

*Comité de pilotage du 2<sup>nd</sup> contrat local de santé de la Case*

*Diagnostic territorial de la communauté d'agglomération Seine-Eure*

30 mars 2016, Bois-Guillaume

François Michelot

*Commission médicale de MSA de Haute-Normandie*  
*Le suicide en Haute-Normandie*

9 avril, Baie-Mahault

Alain Trugeon

*De l'observation à l'action : matinée d'échange*

*Réalité et enjeux de l'observation et inégalités socio-sanitaires en Outre-mer*

2 mai, Arras

Philippe Lorenzo, Alain Trugeon

*Ceser*

*Accès aux soins des personnes en situation de précarité Picardie - Nord - Pas-de-Calais*

17 mai 2016, Val-de-Reuil

François Michelot

*Groupe de travail du 2<sup>nd</sup> contrat local de santé de la Case*

*Diagnostic territorial de la communauté d'agglomération Seine-Eure*

17 mai 2016, Pîtres

François Michelot

*Groupe de travail du 2<sup>nd</sup> contrat local de santé de la Case*

*Diagnostic territorial de la communauté d'agglomération Seine-Eure*

24 mai 2016, Paris

Émilie Fauchille, Alain Trugeon

*Coordination des recherches et actions de la DAP/ Mildeca*

*État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire en Picardie*

25 mai 2016, Pont-de-l'Arche

François Michelot

*Groupe de travail du 2<sup>nd</sup> contrat local de santé de la Case*

*Diagnostic territorial de la communauté d'agglomération Seine-Eure*

26 mai 2016, Évreux

Alain Trugeon

*AG de la MSA Haute-Normandie*

*Différences et similitudes en socio-démographie et santé - Zones rurales vs zones urbaines*

27 mai 2016, Louviers

François Michelot

*Groupe de travail du 2<sup>nd</sup> contrat local de santé de la Case*

*Diagnostic territorial de la communauté d'agglomération Seine-Eure*

7 juin, Amiens

Alain Trugeon

*Journée Cpm Agir ensemble contre le non-recours et le renoncement aux soins*

*Quels déterminants ? Quels constats ? Situation en Somme*

15 juin, Amiens

Alain Trugeon

*Comité académique d'éducation à la santé et à la citoyenneté*

*Jesais : Un dispositif d'accompagnement et de priorisation*

22 juin 2016, Paris

Nicoleta Lesueur, Angélique Lefebvre

*34<sup>e</sup> congrès national de médecine et santé au travail*  
*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*

8 juillet 2016, Rouen

Olivia Guérin

*Comité de pilotage de la cellule académique de politique éducative, Rectorat de Rouen  
Santé des jeunes - Indiss*

12 octobre 2016, Rouen

Olivia Guérin, François Michelot

*Réunion des co-animateurs de Bef, Rectorat de Rouen  
Santé des jeunes - Indiss*

13 octobre 2016, Namur

Nadège Thomas

*Système intégré de calcul, allant de la gestion d'une base de données à la représentation cartographique  
2016 BAPH Symposium on Public Health*

20 octobre, Villeneuve d'Ascq

Philippe Lorenzo

*Colloque de l'OFBS  
La notion de territoire et les indicateurs*

7 novembre 2016, Lille

Nadège Thomas

*Présentation du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France  
Comité de suivi du PRS de l'ARS*

17 novembre 2016, Lille

Nadège Thomas

*Présentation du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France  
CRSA*

22 novembre, Rennes

Nadège Thomas, Alain Trugeon

*Copil observation sociale  
Base territorialisée des indicateurs  
Plateforme (d'observation) sanitaire et sociale : un outil partagé*

25 novembre 2016, Caen

Émilie Fauchille, Olivia Guérin, François Michelot

*1<sup>re</sup> rencontre normande des médecins responsables et des cadres de santé des USMP, DSS et DSP  
Présentation d'un projet de dispositif d'observation pérenne de la santé des détenus*

25 novembre, Amiens

Céline Thienpont-Bouré

*Journée régionale en promotion de la santé  
Caractéristiques sociales et sanitaires de la population des Hauts-de-France*

30 novembre - 2 décembre 2016, Montpellier

Lucie Aubry, Olivia Guérin, Claire Loudiyi, François Michelot, Pierre Déchelotte, Joël Ladner

*Journées francophones de nutrition  
Normanut 3 : Enquête de prévalence des troubles nutritionnels dans une population consultant en médecine générale en Normandie (communication affichée)*

15 décembre 2016, Lille

Émilie Fauchille

*1<sup>res</sup> assises régionales de l'addictologie des Hauts-de-France  
Femmes détenues et usages de substances psychoactives en Picardie*

## Documents publiés par l'OR2S (depuis 2015)

### 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 seconde 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 cinquième 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 Breme, 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 seconde 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 seconde 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 cinquième 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 seconde 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 cinquième 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-Rogelet, 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, Laïla Bentoudja, Jean-Paul Bocquet, Gérard Bouvais, Cédric Carretier, Karim Chougui, Catherine Daunou, Juan-Francisco Gutierrez, Mauricette Hervé, Laurence Jaumont, Michel Leroy, Virginie Louedec, Camille Ndongdoki, 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-Rogelet, 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, Kaïssa 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 Nappéz, Pr 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, Bertand 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 Préventis, 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, Cnam de l'Aisne, Cnam de l'Oise et Cnam 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, Laëtitia Rollin, François Michelot  
*Évolutions et relations en santé au travail (Evrast) - Rapport régional portant sur les données 2009 à 2013*  
ARS, Direccte, Carsat, CHU Hôpitaux de Rouen, OR2S, 91 p.

Nadège Thomas, Sophie Debuissier, Angélique Lefebvre, Quentin Ory, Céline Thienpont, Marion Brusadelli, Philippe Lorenzo, François Michelot, Alain Trugeon, Gwen Marqué, David Verloop, Stéphanie Frère  
*Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France*  
PRS, OR2S, ARS, 84 p.

Angélique Lefebvre, Quentin Ory, Laëtitia Rollin, François Michelot, Alain Trugeon  
*Lettre Evrest 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, Laëtitia Rollin, François Michelot, Alain Trugeon  
*Lettre Evrest 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<sup>re</sup> journée de la PF2S Haute-Normandie*  
ARS, Région Haute-Normandie, DRJSCS, OR2S, 64 p.

#### Septembre 2016

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, cindy Alix, Quentin Ory, Angélique Lefebvre, Alain Trugeon  
*Le suicide en Normandie*  
OR2S, ARS de Normandie, Région Normandie, 12 p.

#### Novembre 2016

Annabelle Yon, Pascale Gondeaux, Julie Pasquier, François Michelot, Raphaël Tracol, Nathalie Lucas, Pascale Desprès  
*Santé environnement en Normandie, Projet d'état des lieux (PRSE 2017-2021)*  
ARS, Dreal, Région Normandie, ORS Basse-Normandie, OR2S, 64 p.

#### Décembre 2016

Bakhao Ndiaye, Pascal Chaud, Philippe Choisy, Bérénice Galliot, Olivier Robineau, Dr Sylvain Nappéz, Pr Jean-Luc Schmit, Myriam Lombard, Sophie Debuissier, Alain Trugeon  
*Sida et infections sexuellement transmissibles dans les Hauts-de-France*  
Santé publique France, OR2S, ARS des Hauts-de-France, Conseil régional, Corevih, 16 p.

Nadège Thomas, Sophie Debuissier, Angélique Lefebvre, Quentin Ory, Céline Thienpont, Marion Brusadelli, Philippe Lorenzo, François Michelot, Alain Trugeon, Gwen Marqué, David Verloop, Stéphanie Frère  
*Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France*  
PRS, OR2S, ARS Hauts-de-France

Olivia Guérin, François Michelot  
*Analyses des données d'affection de longue durée (ALD) et des données de mortalité VIH/sida*  
Bulletin de veille sanitaire n° 24, Cire Normandie, Santé publique France, 16 p.

#### Janvier 2017

Émilie Fauchille, Salah Zerkly, Alain Trugeon, Olivier Rovere, Kaissa Azzam, Marie-Pierre Bauzin, Frédéric Belot, Vincent Breme, Jérôme Dulot, Tong Gentil, Michèle Savin

**État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex-Picardie**

ARS des Hauts-de-France, 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.

Estelle Isabelle, Joséphine Rohaut, Céline Thienpont-Bouré, Alain Trugeon, Catherine Rousseau, Véronique Thuez, Odile Beauvais, Anne-Sophie Pourchez

**Jesais : jeunes en santé indicateurs et suivi - La santé des élèves de sixième dans l'académie d'Amiens**

Académie d'Amiens, ARS des Hauts-de-France, Conseil régional, OR2S, 12 p.

Joséphine Rohaut, Alain Trugeon, Céline Thienpont-Bouré, Nadège Thomas, Catherine Rousseau, Véronique Thuez, Odile Beauvais, Anne-Sophie Pourchez

**Jesais : jeunes en santé indicateurs et suivi - La santé des élèves de seconde dans l'académie d'Amiens**

Académie d'Amiens, ARS des Hauts-de-France, Conseil régional, OR2S, 12 p.

**Mars 2017**

Angélique Lefebvre, Mathilde Boulanger, Marie-Hélène Gaultier, Laétitia Rollin, François Michelot

**La lettre Evrest en Normandie**

ARS, Direccte, Carsat, CHU de Rouen, 4 p.

**Avril 2017**

Angélique Lefebvre, Laétitia Rollin, François Michelot

**La lettre Evrest en Normandie**

ARS, Direccte, Carsat, CHU de Rouen, 4 p.

**Juin 2017**

Quentin Ory, Joséphine Rohaut, Sophie Debuissier, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Philippe Arzoumanian, Bertrand Boixeda, Joël Bousquié, Céline Bracke, Bruno Clément-Ziza, Sylvie Coche, Jean Cornillie, Isabelle Croisy, Maryse Delclitte, Anne Évrard, Jérôme Gauchet, Lugdivine Gobin-Dabonneville, Bruno Goethals, Catherine Huet, Laurence Jaumont, Kokoè Koussawo, Annabelle Leroy-Derome, Catherine Locheron, Sonia Rollot, Mickaël Rusé

**Les indicateurs de cohésion sociale**

Directe, conseil régional, ARS, OR2S, 64 p.

## Formations

18 janvier 2016, Creil

Émilie Fauchille

*Utilisation de l'outil MCP*

26 janvier 2016, Amiens

Nadège Thomas

*Formation à la Base territorialisée des indicateurs -  
Rectorat de l'académie d'Amiens*

13 mai 2016, Amiens

Sophie Debuisser

*Formation à la Base territorialisée des indicateurs -  
UDCCAS 80, Unccas*

7 juin 2016, Lille

Nadège Thomas

*Formation à la Base territorialisée des indicateurs -  
ARS Hauts-de-France*

30 septembre 2016, Creil

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 87), les partenaires suivent une formation d'une demi-journée dispensée par l'OR2S. Une vingtaine 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 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 d'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 2016, deux réunions ont été organisées.



# SIGLAIRE & TABLE DES MATIÈRES



Siglaire A à Di

**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

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

**AG** : Assemblée générale

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

**ALD** : Affections de longue durée

**ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

**ANSP** : Agence nationale de santé publique - Santé publique France (remplace InVS, Inpes et Eprus depuis le 1<sup>er</sup> mai 2016)

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

**APT** : Activités physiques pour tous

**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

**BAPH** : *Belgian association of public health*

**Bef** : Bassin d'éducation et de formation

**BPJEPS** : Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport

**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

**CCAS** : Centre communal d'action sociale

**CCES** : Commission de certification des établissements de santé

**CCMSA** : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

**CEPD** : Comité européen de la protection des données

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

**Cerema** : Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement

**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

**CHI** : Centre hospitalier inter-communal

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**CIAS** : Centre intercommunal d'action sociale

**Cil** : Correspondant informatique et libertés

**Cim** : Classification internationale des maladies

**Cire** : Cellule d'intervention en région

**CLS** : Contrat local de santé

**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

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

**Creai (2)** : Centre régional d'études, d'actions et d'informations (Normandie)

**Crefor** : Centre ressources emploi formation

**Croct** : Comité régional des conditions de travail

**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

**DAO** : Dessin assisté par ordinateur

**DAP** : Direction de l'administration pénitentiaire

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

**DDCS** : Direction départementale de cohésion sociale

**DEAES** : Diplôme d'état d'accompagnement éducatif et social

**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

**Dim** : Département d'information médicale

**Direccte** : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

**Disp** : Direction interrégionale des services pénitentiaires

## Siglaire Dr à Pe

**Drass** : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (devenue ARS en 2010)

**DRDFE** : Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité

**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)

**DSP** : Dispositif de soins psychiatriques

**DSS** : Dispositif de soins somatiques

**DTP** : Diphtérie, tétanos, poliomyélite

**EmeVia** : Ensemble des mutuelles étudiantes

**EPCI** : Établissement public de coopération intercommunale

**EPSMD** : Établissement public de santé mentale départemental

**Eri** : Équipe de recherche Inserm

**Esad** : Études, statistique, aide à la décision (service de l'ARS Normandie)

**Escapad** : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation

**ETP** : Éducation thérapeutique du patient

**Evrest** : Évolutions et relations en santé au travail

**Feder** : Fonds européen de développement régional

**FHF** : Fédération hospitalière française

**Filocom** : Fichier du logement communal

**Filosofi** : Fichier localisé social et fiscal

**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

**FSE** : Fonds social européen

**Gedidot** : Gestion et diffusion de données transfrontalières

**GHPSO** : Groupe hospitalier public du sud de l'Oise

**Gimp** : GNU'S Not Unix Image manipulation program

**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

**GRSE** : Groupe régional santé environnement

**HAD** : Hospitalisation à domicile

**HAS** : Haute Autorité de santé

**https** : Hypertext transfer protocole secure

**IDH** : Indice de développement humain

**Ifsi** : Institut de formation en soins infirmiers

**IMC** : Indice de masse corporelle

**INCa** : Institut national du cancer

**Indiss** : Indicateurs de suivi en santé

**INDS** : Institut national des données de 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

**Iris** : Ilôts regroupés pour l'information statistique

**ISBN** : International standard book number

**ISSN** : International standard serial number

**IST** : Infections sexuellement transmissibles

**IUT** : Institut universitaire de technologie

**Iweps** : Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique

**Jesais** : Jeunes en santé, indicateurs et suivi

**MCO** : Médecine, chirurgie et obstétrique

**MCP** : Maladies à caractère professionnel

**Metric** : Mesure des trajets inter-communes

**Mildeca** : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

**MSA** : Mutualité sociale agricole

**NEET** : *Not in education, employment or training*

**Notre** : Nouvelle organisation territoriale de la République

**Odenore** : Observatoire des non-recours aux droits et services

**OFBS** : Observatoire franco-belge de la santé

**OFDT** : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

**Oncopic** : Réseau régional de cancérologie de Picardie

**ONDPS** : Observatoire national de la démographie des professions de santé

**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

**OSH** : Observatoire de la santé du Hainaut

**OSRM** : *Open source routine machine*

**P2Ris** : Pôle ressource recherche de l'intervention sociale en Normandie

**Paca** : Provence-Alpes-Côte d'Azur

**PAO** : Publication assistée par ordinateur

**PC** : *Personal Computer*

**PCS** : Professions et catégories socioprofessionnelles

**PDF** : *Portable Document Format*

**PETR** : Pôle d'équilibre territorial et rural

## Siglaire Pf à W

**PF2S** : Plateforme sanitaire et sociale

**PicAlim** : Picardie alimentation

**Planir** : Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures

**PMI** : Protection maternelle et infantile

**PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information

**PNSE** : Plan national santé environnement

**PRS** : Projet régional de santé

**PRSE** : Projet Plan régional santé environnement

**PRST** : Projet Plan régional santé au travail

**Réfips** : Réseau francophone international de promotion de la santé

**RésIST** : Réseau de surveillance des IST

**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

**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)

**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)

**SISTM50** : Service interprofessionnel de santé au travail de la Manche

**SNDS** : Système national des données de santé

**Sniiram** : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

**Spad** : Système portable pour l'analyse des données numériques

**SPSS** : *Statistical Package for the Social Sciences*

**SQL** : *Structured Query Language*

**Statiss** : Statistiques et indicateurs de la santé et du social

**SSR** : Soins de suite et de réadaptation

**Staps** : Sciences et techniques des activités physiques et sportives

**T2A** : Tarification à l'activité

**TCA** : Troubles du comportement alimentaire

**To** : Teraoctets

**Ucsa** : Unité de consultation et de soins ambulatoires

**UDCCAS** : Union départementale des centres communaux d'action sociale

**UFR** : Unité de formation et de recherche

**UFSBD** : Union française pour la santé bucco-dentaire

**UMS Riate** : Unité mixte de service réseau interdisciplinaire pour l'aménagement et la cohésion des territoires de l'Europe et de ses voisinages

**Unccas** : Union nationale des centres communaux d'action sociale

**UPJV** : Université de Picardie Jules Verne

**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

**USMP** : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

**VIH** : Virus de l'immuno-déficience humaine

**Wifi** : *Wireless Fidelity*

# Table des matières

SOMMAIRE	p. 3	<b>ACTIVITÉS &amp; TEMPS</b>	Atlas santé travail	p. 59	
<b>PRÉAMBULE</b>		Personnel et horaires de travail	p. 35	Mon métier demain	p. 60
L'OR2S à l'heure du <i>Big data</i>		Heures effectuées en 2016 suivant le projet	p. 36	Programmes en éducation thérapeutique du patient	p. 61
et du système national des données de santé	p. 7	Évolution des heures travaillées suivant le poste d'activité	p. 37	Coordination des parcours de santé complexes	p. 62
<b>HISTORIQUE, MISSIONS &amp; PARTENAIRES</b>		<b>ACTIVITÉ AU QUOTIDIEN</b>	<i>GeDiDoT</i>	p. 63	
Historique	p. 11	Gestion	p. 41	Accès aux soins de premiers recours	p. 64
Missions	p. 11	Réunions - Formations	p. 41	Santé au travail : le dispositif <i>Evrest</i>	p. 65
Partenaires	p. 11	Savoir, faire, savoir faire et faire savoir	p. 41	Enquête <i>Normanut III</i>	p. 66
<b>CONSEIL D'ADMINISTRATION &amp; BUREAU</b>		<b>PÔLE SANTÉ</b>		La santé des personnes détenues	p. 67
24 membres de droit	p. 15	Données de mortalité	p. 45	Santé scolaire - Indicateurs de suivi en santé	p. 68
24 membres élus	p. 16	Données de morbidité - Affections de longue durée	p. 46	Portraits territoriaux santé	p. 69
Les membres du Bureau	p. 17	Données de morbidité - Hospitalisation	p. 47	Diagnostic santé du plan régional santé au travail	p. 70
<b>LOCAUX &amp; PERSONNELS</b>		Données de morbidité - Certificats de santé	p. 48	Reprise du travail après un cancer	p. 70
Locaux	p. 21	Données des professionnels de santé	p. 49	Le suicide	p. 71
Personnels	p. 21	Données de l'offre en établissements et services	p. 50	Santé, précarité, nutrition	p. 72
L'équipe du pôle administratif	p. 22	Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel		Évaluation des contrats locaux de santé	p. 73
L'équipe du pôle informatique	p. 22	État de santé des personnes détenues	p. 51	Schéma de démographie médicale du pays Risle Estuaire	p. 74
L'équipe du pôle études et bases de données	p. 23	Jeunes en santé, indicateurs et suivi	p. 52	Plan régional santé environnement 3	p. 75
L'équipe de l'antenne de Rouen	p. 24	Étude autour de la nutrition	p. 53	Assemblée générale de la mutualité sociale agricole	p. 76
<b>MOYENS TECHNIQUES</b>		Diagnostic territorialisé	p. 54	Accompagnement des politiques publiques	p. 77
<i>Hardware</i>	p. 27	Situation socio-sanitaire - Analyse des inégalités territoriales	p. 55	Outil de recensement des acteurs de santé sur le territoire de Dieppe	p. 78
<i>Software</i>	p. 27	Infection par le VIH, sida et infections sexuellement transmissibles	p. 56	SCORE-Santé	p. 79
Autres matériels internes et externes	p. 27	État des lieux socio-sanitaire pour le CH de Pinel	p. 57	La France des régions 2016 - <i>approche socio-sanitaire</i>	p. 80
<b>MOYENS FINANCIERS</b>			p. 58	État de santé des Français	p. 81
L'évolution du budget et des financeurs	p. 31				

# Table des matières

## PÔLE SOCIAL

Données de nature sociale	p. 85
<i>Plateforme sanitaire et sociale</i>	p. 86
<i>Base territorialisée des indicateurs</i>	p. 87
Expérimentation de l'analyse des besoins sociaux	p. 88
Les indicateurs de cohésion sociale	p. 89
<i>Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie</i>	p. 90

## RECHERCHE & DÉVELOPPEMENT

Développement informatique - Outil de calcul	p. 93
Développement informatique - Cartographie	p. 94
Développement informatique - Questionnaire	p. 95
Les entretiens collectifs, ou <i>focus groups</i>	p. 96
Enquêtes quantitatives	p. 97
Indicateurs synthétiques	p. 98
Lissage géographique et calcul de temps d'accès	p. 99

## COMMUNICATION & DOCUMENTATION

Documentation	p. 103
Site Internet de l'OR2S	p. 104
La chaîne <i>YouTube</i> de l'OR2S	p. 104
Sites Internet des <i>Plateformes sanitaires et sociales</i>	p. 105
<i>Picardie en santé et bien-être</i>	p. 106
Lettre d'information de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i>	p. 107
Journée de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i> : Non-recours aux droits	p. 108
Plaquette de présentation	p. 109
Analyser, synthétiser, accompagner, communiquer, : OR2S	p. 110
Interventions	p. 111

## Documents publiés par l'OR2S

(depuis 2015)	p. 113
Formations	p. 117

## TABLE DES MATIÈRES ET SIGLAIRE

Siglaire de A à Di	p. 121
Siglaire de Dr à Pe	p. 122
Siglaire de Pf à W	p. 123
Table des matières	p. 124

## 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 C5540

Observatoire régional de la santé et du social

Directrice de la publication : D<sup>r</sup> 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](mailto:info@or2s.fr) / [infohn@or2s.fr](mailto:infohn@or2s.fr)

Sites Internet : [www.or2s.fr](http://www.or2s.fr) et [www.pf2s.fr](http://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 2017 à l'OR2S