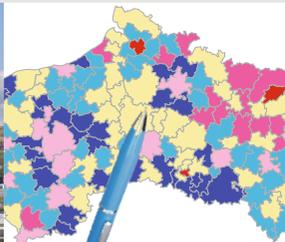


Rapport d'activité



OBSERVATOIRE RÉGIONAL
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

2014

Rapport d'activité 2014

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

75

RECHERCHE &
DÉVELOPPEMENT

85

COMMUNICATION &
DOCUMENTATION

93

GLOSSAIRE &
INDEX

109

PRÉAMBULE

L'entrée dans la modernité

En thermodynamique, le principe d'entropie caractérise la désorganisation d'un système qui ne retrouve un état d'équilibre que par une intervention extérieure, comme l'apport d'énergie. Pour les théories de la communication, l'entropie mesure l'incertitude de la nature d'un message donné ; l'entropie est nulle lorsqu'il ne réside pas d'incertitude. Il est alors aisé de se convaincre que l'ordre n'existe finalement que fugacement, contrairement à l'incertitude dont les systèmes, eux-mêmes mouvants, n'auraient de cesse de la réduire.

Dans les systèmes physiques comme sociaux, est notée néguentropie, ou entropie négative, le facteur d'organisation nécessaire à leur fonctionnement.

Pour la France comme dans la santé publique, la période qui s'est ouverte en 2014 et ne s'achèvera qu'après 2016, se caractérise donc par une forte néguentropie : découpage des régions, compétences des collectivités locales, modernisation du système de santé... Si elle est porteuse de nouvelles organisations, cette période va aussi faire entrer nombre d'institutions, de personnes dans une phase de forte incertitude, dont la transformation/réduction ne sera peut-être pas chose aisée.

Trois grandes vagues de réforme se sont succédé depuis une trentaine d'années, depuis le virage d'un État centralisateur vers une décentralisation plus ou moins marquée. Les lois Defferre des années 1982-83 ont donné naissance aux collectivités locales telles qu'elles existent encore aujourd'hui, avec graduellement leur montée en puissance et leur complémentarité assurée avec l'État de façon hétérogène. Dans le domaine de la santé, cette période sera marquée entre autres par la création des observatoires régio-

naux de la santé à travers une circulaire ministérielle de 1985 dans le cadre plus général de la promotion de la santé, mais aussi par l'embryon d'une politique de santé dans les territoires, que ce soit la ville, le département ou la région tout juste naissante.

Les Ordonnances de 1996 ont définitivement régionalisé la santé publique, en émergence dès 1994 par le lancement des premiers programmes régionaux de santé de façon expérimentale (programmation stratégique d'action de santé, Psas) et par les conférences régionales de santé dans une forme moins académique que les CRSA d'aujourd'hui. Une régionalisation qui se poursuivra de façon grandissante jusqu'à la loi de santé publique de 2004. En une décennie, avec l'intégration des conseils régionaux, des villes et, dans une moindre mesure, des conseils généraux, les collectivités locales s'imposent dans le champ de la santé qui dès lors semble s'articuler entre déconcentration avec un rôle de plus en plus présent des Drass à travers les programmes régionaux de santé publique et décentralisation avec des collectivités locales qui organisent leurs propres programmes de santé, largement orientés vers la prévention, voire la promotion de la santé.

Paradoxalement, la loi de 2004 relative à la politique de santé publique va venir freiner cet engagement des collectivités locales, en affirmant clairement la responsabilité de l'État en matière de santé et en lui confiant un rôle de chef de file. Le groupement régional de santé publique (GRSP) et le plan régional de santé publique (PRSP), sauf exception, seront peu investis par des collectivités locales qui

verront un retour d'une mainmise de l'État dans leurs affaires. Or, à peine cette construction était-elle établie que naissaient en 2010 les agences régionales de santé (ARS), opérateurs de l'État dans le domaine de la santé. Service, ni déconcentré, ni décentralisé, l'ARS, dont le directeur est nommé en Conseil des ministres, a une forte autonomie de gestion et de contractualisation avec les acteurs de terrain. Le projet régional de santé (PRS), soumis à l'approbation du conseil régional et des conseils généraux, n'est pas pour autant un document parfaitement partagé même si un grand nombre d'acteurs de terrain a pu participer à son élaboration.

L'implication des collectivités locales va suivre des destinées différentes, notablement accrues par les lois en cours de débat au Parlement. La commune et les communautés de communes trouvent une place renforcée dans les territoires, que ce soit par les contrats locaux de santé (CLS), déjà existant dans la loi de juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, ou les communautés professionnelles de santé publique qui seront créées par la loi de modernisation du système de santé (2015). Le conseil départemental, nouvellement créé, mais aussi le conseil régional, en n'ayant plus la clause de compétence générale, perdent toute légitimité à intervenir en dehors des matières dont la gestion leur est déléguée par l'État. Des marges de manœuvre existent cependant, la loi NOTRe (nouvelle organisation territoriale de la République) ne statuant pas sur l'ensemble du code des collectivités locales, mais de manière plus réduite et peut être pas avec le même niveau d'investissement que dans la décennie précédente.

C'est certainement le paradoxe le plus important de cette période, issu certainement d'une vision quelque peu étriquée de la santé. La stratégie nationale de santé et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé imposaient, tout au contraire, la construction d'articulations fortes entre les services déconcentrés de l'État, les collectivités locales et l'agence régionale de santé. Les inégalités sociales de santé sont pour une partie, et une partie seulement, dues au système de santé lui-même. La Commission internationale sur les déterminants sociaux de santé de l'OMS, conduite par Sir Michael Marmot, a clairement montré la responsabilité des conditions de vie et de travail, de la distribution des richesses et du pouvoir dans ce processus. Elle a montré aussi, à la suite d'autres études conduites depuis trois décennies, combien les politiques publiques pouvaient être à l'essence même de l'accroissement des inégalités sociales de santé, mais aussi comment elles pouvaient œuvrer à leur réduction.

Ainsi, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, qui focalisent aujourd'hui un grand nombre d'énergies en santé publique, aurait dû s'incarner par un mandat accru pour les collectivités locales en matière de santé publique, et

notamment en matière d'observation en santé et de promotion de la santé. En effet, ce sont des vecteurs de connaissance et d'action, qui mobilisent nécessairement des outils et des ressources du champ de la santé, mais aussi du social, de l'économique, du politique.

En réduisant la compétence des collectivités locales aux seules matières dévolues, en n'organisant pas de vraies articulations entre les services publics, le pays se coupe finalement d'une grande partie de ses chances en matière de réduction des inégalités sociales de santé, réalisée de manière conjointe et coordonnée par la puissance publique, quelle qu'elle soit. La santé dans toutes les politiques, mot d'ordre de l'OMS, est donc un principe qui s'éloigne à grandes enjambées de l'horizon et restera, comme c'est à craindre, lettre morte...

Si les incertitudes sont immanentes à tout système social, celles qui se présentent aujourd'hui sont majeures. Car en définitive, ce qui se joue aujourd'hui, c'est une recomposition totale de l'espace des politiques publiques qui affecte jusqu'aux principes mêmes de ce qu'est, ou doit être, pense-t-on, un État moderne. L'État providence (*Welfare state*) nous avait habitué à un état bienveillant quoique

omniprésent jusque dans les sphères les plus intimes de la vie sociale ou productive ; le *Workfare state*, lui succédant au détour des crises marquant les années soixante-dix, avait entamé la transition vers cet État moderne qui se crée sous nos yeux en interpellant directement les individus. En « marginalisant » les collectivités locales à un rôle essentiellement de gestionnaire du bien public, en France comme dans d'autres États membres de l'Union européenne, l'État semble profondément vouloir changer de nature en traitant directement avec les individus, se passant de la capacité d'initiative des corps intermédiaires, comme peuvent l'être les collectivités locales. Santé 2020 (OMS Europe) ou Europe 2020 (Commission européenne), dans le droit fil de feu la Constitution européenne de 2003, ouvrent certainement cette voie en faisant de la gouvernance participative le levier d'action qu'auraient les populations et les individus dans la construction des politiques publiques.

Il en reste bien sûr à en trouver idéalement le mode opératoire... et à savoir si ce modèle de société est convenable... L'OR2S fera au mieux pour que son apport dans le processus engagé, quels que soient ses périmètre et champ d'intervention, soit le plus efficace possible pour ses commanditaires.

HISTORIQUE, MISSIONS & PARTENAIRES

Historique

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

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

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

L'assemblée générale extraordinaire du 6 juin 2006 a modifié son intitulé en le transformant en observatoire régional de la santé et du social de Picardie.

Celle du 19 mai 2014 a élargi son territoire d'intervention à la Haute-Normandie.

Missions

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

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

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

Les destinataires sont naturellement les instances régionales et infra-régionales de Haute-Normandie et de Picardie chargées des décisions en matière de politique sanitaire et sociale, les professionnels de santé et du secteur social mais aussi, de façon plus large, l'ensemble de la population des cinq départements situés au sein des deux régions en 2014.

Partenaires

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

* Haute-Normandie et Picardie.

CONSEIL D'ADMINISTRATION & BUREAU

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

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

24 membres de droit¹

- Conseil régional de Picardie, M. Claude Gewerc, Président
- Conseil régional de Haute-Normandie, M. Nicolas Mayer-Rossignol, Président
- Conseil départemental de l'Aisne, M^{me} Isabelle Le-trillart, Vice-Présidente
- Conseil départemental de l'Oise, M. Édouard Cour-tial, Président
- Conseil départemental de la Somme, M. Laurent Somon, Président
- Faculté de médecine d'Amiens, M. le P^r Gabriel Choukroun, Doyen
- Agence régionale de santé de Picardie, M. Christian Dubosq, Directeur général
- Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Picardie, M^{me} Marie-Laure Étienne, Directrice
- Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Picardie, M. Thierry Vatin, Directeur
- Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Picardie, M^{me} Yasmina Taïeb, Directrice
- Rectorat de Picardie, M^{me} le D^r Maryse Burger, Médecin conseiller technique du Recteur
- Direction régionale de l'Insee de Picardie, M. Arnaud Degorre, Directeur
- Conseil économique, social et environnemental régional de Picardie, M. Serge Camine, Président
- Caisse d'assurance retraite et de santé au travail Nord-Picardie, M. Philippe Blanc, Président
- Direction coordination régionale de la gestion du risque pour les caisses d'Assurance maladie de Picardie, M. Jean-Yves Casano, Directeur
- Direction générale de la Mutualité sociale agricole de Picardie, M. Philippe Herbelot, Directeur général
- Direction régionale du Régime social des indépendants de Picardie, M. Jean-Marc Tomezak, Directeur
- Caisses d'allocations familiales de Picardie, M. William De Zorzi, Directeur de la Caf de la Somme
- Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Picardie, M. le D^r Pascal Chaud, Médecin responsable
- Mutualité française Picardie, M. Daniel Tourbe, Président
- Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif en Picardie, M. Giancarlo Baillet, Délégué régional adjoint
- Fédération hospitalière de France en Picardie, M. Rodrigue Alexander, Directeur-adjoint du centre hospitalier Compiègne-Noyon
- Union régionale des professionnels de santé médecins de Picardie, M. le D^r José Cucheval, Président
- Union régionale des professionnels de santé chirurgiens-dentistes, M. Bernard Duchaussois, Président

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

¹ situation au 20 mai 2015.

24 membres élus¹

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

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

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

Le(la) président(e) et les autres membres du Bureau ont été élus le 19 mai 2015 par le conseil d'administration. La répartition des fonctions au sein du Bureau a été effectuée le 19 mai 2015. Le Bureau se réunit en fonction des besoins. Il peut faire appel à toute personne de l'OR2S ou extérieure, pour répondre à une démarche spécifique, notamment dans l'élaboration scientifique de projets. Par ailleurs, le Bureau s'est entouré de M. Antoine Armand, expert-comptable pour toute la comptabilité. Celle-ci est ensuite transmise à M. Daniel Merten, commissaire aux comptes, qui contrôle les résultats de l'exercice depuis le 1^{er} janvier 2000.

¹ situation au 20 mai 2015.

Les membres du Bureau¹



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



VICE-PRÉSIDENT
P^R ALAIN DUBREUIL
Président Adema 80



SECRÉTAIRE
ALINE OSMAN-ROGELET
Intervenante du champ social



SECRÉTAIRE-ADJOINT
JOSEPH DEBRAY
Représentant Carsat



TRÉSORIER
D^R PIERRE ELETUFE
Médecin généraliste



TRÉSORIER-ADJOINT
D^R JEAN-PIERRE TIBERGHEN
Pédiatre



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



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



D^R JEAN-MARIE SUEUR
Pharmacien biologiste

¹ situation au 20 mai 2015.

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 2014, onze 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) ;
- une directrice des études, statisticienne (100 % équivalent temps plein) ;
- un responsable développement, bases de données et système informatique (100 % équivalent temps plein) ;
- une ingénieure alimentation et santé (100 % équivalent temps plein) ;
- une démographe (80 % équivalent temps plein) ;
- une technicienne de bases de données (100 % équivalent temps plein) ;
- une responsable administrative (100 % équivalent temps plein) ;
- une secrétaire (100 % équivalent temps plein) ;
- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein) ;
- un médecin (10 % 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

Pour compléter cette équipe, l'OR2S a reçu la contribution, en 2014, de seize autres personnes salariées sur diverses périodes :

- un responsable de l'antenne haut-normande, démographe (100 % équivalent temps plein pendant 10,5 mois) ;
- une épidémiologiste (100 % équivalent temps plein pendant 11 mois) ;
- une statisticienne (80 % équivalent temps plein pendant 3,8 mois) ;
- une sociologue-démographe, responsable site Internet et qualité (100 % équivalent temps plein pendant 9 mois) ;
- une démographe (100 % équivalent temps plein pendant 9 mois) ;
- une psychologue (100 % équivalent temps plein pendant 7,5 mois) ;
- une psychologue (60 % équivalent temps plein pendant 3,5 mois) ;
- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein pendant 8,2 mois) ;
- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein pendant 3,8 mois) ;
- un technicien de bases de données (100 % équivalent temps plein pendant 9,2 mois) ;

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

- une technicienne de bases de données (50 % équivalent temps plein pendant 3 mois) ;
- un technicien de bases de données (50 % équivalent temps plein pendant 3 mois) ;
- un technicien de bases de données (100 % équivalent temps plein pendant 2,3 mois) ;
- un concepteur graphique (10 % équivalent temps plein pendant 6,2 mois) ;
- une infirmière (100 % équivalent temps plein pendant 3 semaines) ;
- une employée de documentation (70 % équivalent temps plein pendant 11 mois).

Par ailleurs, quatre internes¹ de santé publique ont aussi participé aux activités (deux sur 4 mois et deux sur 2 mois) et six étudiants (statistiques et informatique) ont effectué un stage sur des périodes variant de 2 à 6 mois, dont trois ont été recrutés au delà de leur stage à 100 %. La première l'a été comme chargée d'études en statistique pendant 1,7 mois, le deuxième comme chargé d'études en statistique pendant 1 mois et le troisième comme développeur informatique pour l'ensemble du second semestre.

D'autres personnes ont également participé à l'activité 2014 sous diverses formes. Ainsi, une administratrice travaillant dans le champ social a également réalisé des vacances tout au long de l'année (aval du conseil d'administration du 22 avril 2008). À cela, il faut encore rajouter le bénévolat de certains administrateurs, et tout particulièrement de la présidente.

¹ nos pensées vont particulièrement à Myriam Hssaïda qui nous a quitté prématurément.

L'équipe du pôle administratif



DIRECTEUR
ALAIN TRUGEON



DIRECTEUR-ADJOINT
PHILIPPE LORENZO



RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
MARTINE RODRIGUÈS



SECRÉTAIRE
SYLVIE BONIN



EMPLOYÉE DE DOCUMENTATION
CHANTAL CHIVET

L'équipe du pôle informatique



RESPONSABLE
DÉVELOPPEMENT,
BASES DE DONNÉES
ET SYSTÈME INFORMATIQUE
MICHAËL MANSION



DÉVELOPEUR
INFORMATIQUE
ALEXANDRE GENECQUE



DÉVELOPEUR
INFORMATIQUE
ISMAËL KHALLOUFI



DÉVELOPEUR
INFORMATIQUE
JÉRÔME LEMAIRE

¹ situation au 20 mai 2015

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



PSYCHOLOGUE
MARIE GUERLIN



TECHNICIEN D'ÉTUDES
CYRIL BOISSON



TECHNICIEN DE BASES
DE DONNÉES
EDHYPUL NGUON



TECHNICIENNE DE BASES
DE DONNÉES
CINDY ALIX



TECHNICIENNE DE BASES
DE DONNÉES
JOSÉPHINE GARDY



TECHNICIEN DE BASES
DE DONNÉES
MATHIEU MENANT

L'équipe de l'antenne haut-normande



RESPONSABLE ANTENNE
FRANÇOIS MICHELOT



ÉPIDÉMIOLOGISTE
OLIVIA GUÉRIN



STATISTICIENNE
ANGÉLIQUE LEFEBVRE



CHARGÉ D'ÉTUDES
QUENTIN ORY

MOYENS TECHNIQUES

Hardware

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

En 2014, cinq ordinateurs (quatre tours dont deux synchronisés en temps réel et un portable) ont été achetés permettant de renforcer le parc existant. Par ailleurs, des nouveaux cubes ont été installés sur les trois sites pour permettre des sauvegardes permanentes. Plusieurs écrans ont également été acquis pour les ordinateurs portables. Les deux tours serveurs synchronisés ont pour objet d'avoir en permanence un matériel de secours instantané pour toutes les saisies en ligne (*Jesais*, santé en milieu carcéral...)

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

Software

Pour les logiciels, l'OR2S a acquis le pack Office en version multi-poste Mac et PC, deux logiciels de PAO (Quark XPress et Adobe® InDesign®), deux logiciels de base de données (Microsoft® Office Access 2010 et SQL Server 2012), un logiciel de DAO (Adobe® Illustrator®), un logiciel de reconnaissance optique (Remark) et un logiciel de montage photographique (Adobe® PhotoshopCS®). D'autres logiciels sont également très ciblés et répondent à des tâches bien spécifiques : SPSS statistics 21.0, Spad 8.2, XL-STAT-Pro 2014 et Stata™13 (logiciels pour le traitement statistique des données), Géoconcept de Géoconcept SA (analyses et représentations cartographiques), NVivo 10 (logiciel d'analyse des données qualitatives) et Stat/Transfert 11 (logiciel permettant de convertir des fichiers de données en différents formats). L'environnement de développement Microsoft® Visual studio pro 2013, un logiciel de gestion des feuilles de paye Winfip+ et des compilateurs C++ Intel® sont aussi utilisés. De nombreux logiciels ont été actualisés ou de nouvelles licences achetées en 2014. Les sauvegardes quotidiennes sont effectuées sur les ordinateurs (Macintosh et PC) grâce au logiciel *open source* Duplicati dans sa version 1.3.4. Un logiciel additionnel de sauvegarde est utilisé sur PC, Synology Data Replicator 3. Étant en phase de migration, une sauvegarde manuelle est assurée *via* disques durs externes. Enfin, un système d'exploitation Windows server 2012 a été acquis et est plus particulièrement utilisé pour la duplication des tours serveurs synchronisés.

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

Autres matériels internes et externes

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

MOYENS FINANCIERS

L'évolution du budget et des financeurs

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

- la première période qui va de 1983 à 1985 est la mise en place de la structure avec une masse financière qui va logiquement s'accroître, du fait notamment du recrutement de salariés (compte tenu des moyens non utilisés, le budget de 1983 n'est pas présenté volontairement sur le graphique) ;

- 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 2003¹ ;

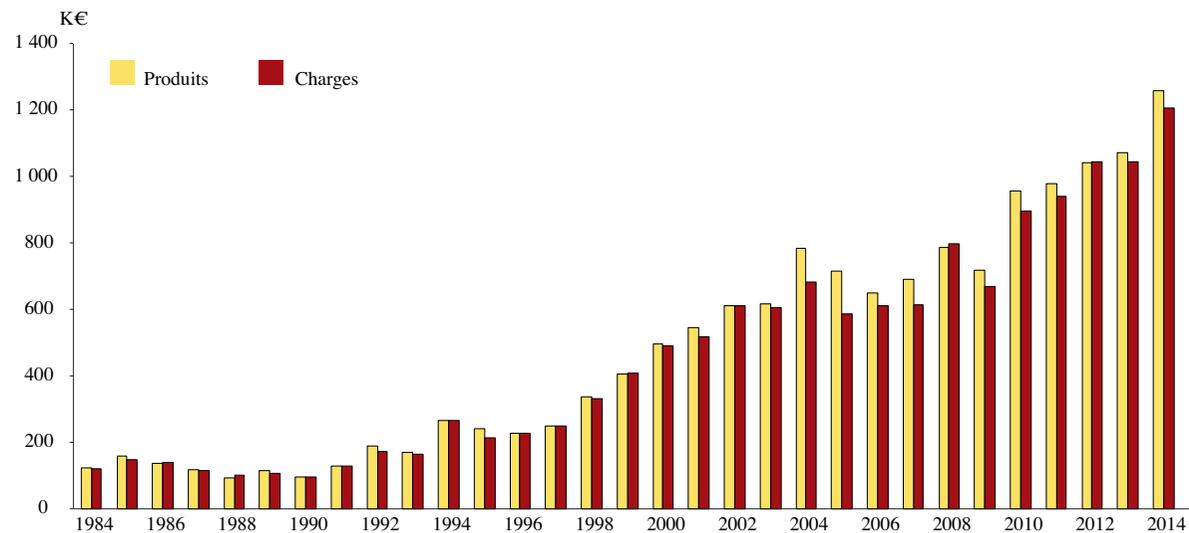
- la période suivante comprend les années 2005 à 2009, marquée par une stabilité des produits et des charges, hormis 2008 ;

- 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.

Depuis 2010, suite à la réorganisation régionale liée à la loi HPST et à la RGPP, deux nouveaux financeurs sont apparus : l'ARS de Picardie et la DRJSCS de Picardie. Sur la période 2010-2014, l'ARS de Picardie a contribué à 38,9 % des produits, suivi du conseil régional de Picardie pour 28,1 %. Le troisième financeur est le réseau des ORS et la Fnors pour 10,8 %. Deux autres financeurs contribuent sur cette période à un financement de plus de 3 % : la DRJSCS de Picardie (3,2 %) et l'ARS de Haute-Normandie (5,6 %). À noter que cette dernière n'a financé l'OR2S que lors des deux derniers exercices. Sur ces seules années, la participation de l'ARS de cette région est alors de 12,7 %.

¹ l'année 1994 est spécifique compte tenu de l'organisation du congrès national des ORS, impactant aussi les produits de 1995.

Évolution des produits et des charges de l'ORS Picardie, puis de l'OR2S, entre 1984 et 2014
 (sans les engagements à réaliser sur subventions attribuées et les charges sur les exercices antérieurs)



Source : OR2S

ACTIVITÉS & TEMPS

Personnel et horaires de travail

Le tableau au verso permet de visualiser la répartition des heures de travail de chaque personne ayant exercé une activité à l'OR2S en 2014, grâce à la comptabilité analytique temps mise en place depuis de nombreuses années. Près de 32 800 heures ont été effectuées au cours de l'année, soit le niveau le plus élevé jamais enregistré. Tout compris, cela correspond à l'équivalent de plus de 20 personnes à temps plein sur l'ensemble de l'année, sans tenir compte des heures qui ont été réalisées par certains administrateurs, tout particulièrement la présidente, le trésorier et la secrétaire générale. À noter que 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 moins important que celui de l'exercice précédent : trente-sept *versus* quarante, mais l'année 2013 avait été marquée par le recrutement d'un grand nombre d'opérateurs de saisie pour l'enquête menée auprès des élèves de cinquième et de seconde en Haute-Normandie. Cet effectif est cependant supérieur à celui de 2011 et 2012 (respectivement trente-quatre et trente-trois personnes ayant exercé une activité au sein de l'OR2S). Il faut souligner que des heures supplémentaires (pour un total annuel de 386) ont pu/dû être effectuées par cinq 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. Si ce total est supérieur à celui de 2013, il est cependant inférieur à celui des années 2011 et 2012 : plus de 500 pour chacune de ces deux années.

En analysant plus finement la répartition des diverses tâches, la montée en puissance du traitement des bases de données ressort tout particulièrement : 4 840 heures contre près de 4 500 en 2013, 3 370 en 2012, moins de 2 400 en 2011 et moins de 1 800 en moyenne sur la période 2008-2010. Et cette activité ne tient pas compte de tout ce qui précède cette gestion des bases de données, à savoir la partie maintenance et développement des outils nécessaires au fonctionnement optimisé des bases de données. Ainsi, ce sont près de 4 000 heures qui ont été affectées en 2014 à cette activité, en y intégrant également la maintenance des deux sites Internet. Le nombre de personnes impliquées est conséquent : 23 personnes y ont travaillé dont plus de la moitié (12) y a consacré plus de 200 heures, certains salariés dépassant même les 1 000 heures de travail.

Les deux activités qui ressortent ensuite se situent à un niveau équivalent, d'un peu plus de 3 000 heures ; il s'agit de la gestion, des tâches diverses de fonctionnement et de la démarche qualité pour 3 189 heures et du programme *Jesais* pour 3 033 heures. Autour d'une vingtaine de personnes ont travaillé, tant aux activités de gestion et de fonctionnement qu'à l'enquête en milieu scolaire.

Trois projets ressortent ensuite avec plus de 2 000 heures effectives en 2014 : le diagnostic régional (près de 2 500 heures), la *Plateforme sanitaire et sociale* et le projet alimentation intitulé *PicAlim* avec 2 200 heures pour l'un et l'autre. Une quinzaine de personnes ont contribué à la réalisation du diagnostic régional et une vingtaine aux activités de la PF2S qui sont diverses à travers la production des numéros de la Lettre d'information, l'animation des différents groupes de

travail, la réalisation du document « *Les indicateurs de cohésion sociale* » et l'organisation de la journée de l'automne. À ces heures, il faudrait d'ailleurs rajouter celles des membres du Groupe projet de la PF2S, qui ont participé à l'élaboration et à l'écriture de certains articles de la Lettre d'information, et celles qui sont comprises dans la maintenance du site Internet et des bases de données. Pour *PicAlim*, programme engagé en 2013, dont l'objectif est de disposer d'informations précises concernant l'alimentation des jeunes de classe de seconde, il a impliqué également une quinzaine de personnes dont trois ont travaillé plus de 250 heures.

Le travail ayant entraîné la plus forte activité haut-normande concerne l'enquête menée en milieu scolaire et dans les missions locales intitulée *Indiss* ; ce sont 1 380 heures pour une dizaine de personnes concernées par le traitement, l'analyse des données et la production des diverses plaquettes thématiques.

Tous ces projets représentent plus de 70 % de l'ensemble des heures travaillées, les autres ayant chacun nécessité moins de 1 000 heures de travail au cours de l'année 2014. Parmi ceux-ci, de nombreux travaux sont reconduits d'une année sur l'autre et font partie de l'activité pérenne de l'OR2S. Parmi les projets spécifiques qui se sont achevés en 2014, outre le travail sur le dopage mené avec sept autres ORS et la Fnors, est à mentionner plus spécifiquement la surveillance de la grippe (*Grog*). En effet, ce travail reposant sur les échanges hebdomadaires avec les médecins vigies s'est clôturé au printemps alors que c'était une activité pérenne depuis plus d'un quart de siècle (démarrage à l'automne 1987). Des choix de réorganisation au niveau national sont à l'origine de la disparition de la coordination nationale et de fait... des réseaux régionaux.

Heures effectuées en 2014 suivant le projet

Répartition des heures effectuées par le personnel de l'OR2S suivant l'activité en 2014

	Alix Cindy	Balcaen Thibaut (1)	Bernier Alexandre (2)	Boisson Cyril (3)	Bouin Sylvie	Chivet Chantal (4)	Clermont Axel (5)	Debuisser Sophie	Dudék Simon (6)	Fauchille Emilie (7)	Cardy Joséphine (8)	Genesque Alexandre (9)	Guenin Olivia (10)	Guerlin Marie (11)	Hider Lucile (12)	Hssaida Myriam (1)	Khaliloufi Ismaël	Leleuvre Angélique (13)	Letèvre Anne (14)	Lemaire Jérôme (15)	Lorenzo Philippe	Mansion Michael	Menant Mathieu (8)	Michelot François (16)	Mony Pierre-Yves (17)	Nguon Edhybul (18)	Poirier Deborah (19)	Rivière Adrien (20)	Rodriguez Marine	Schlymik Laurent (21)	Sawinski Bruno (22)	Thiepoint Céline	Thomas Nadège	Trugeon Alain	Vallade Lorraine (23)	Villet Hervé	Zerkly Salah (22)	Total
Gestion, tâches diverses de fonctionnement, démarche qualité	29				231	247	8	57	72			209	100	15	4			47	78		40	165		328			12	985		10	27	316	194				18	3 189
Réussite éducative																					47										3	12						62
Documentation, communication				8	4	11		19					24						4		4			25					37			110	8					254
Fédération nationale des ORS, ORS, OFBS, Réfips	8			125				8					5	3							55			95				8			222	132			24			684
Congrès, formation													28								16			36				4			4	8						102
Observation sociale, <i>Plateforme sanitaire et sociale</i>	50		456	303	42		251		30	4	58		10					1	16		295			46			225	30	9	16	111	310				1	2 263	
CRSA, Politique de santé				2																	8			15							122	86					232	
Iresp, Atmo, Insee, Creai, Directe, Réseau oncologie réseau autre	31						12												37											11	8						99	
Développement SCORE-Santé	13			1																	178		11								25	64					291	
Grog-surveillance de la grippe						73																						4					4				81	
Maintenance du site Internet, des bases de données et des outils de présentation automatisés	1	633		11			258				209	1					802		13	843		1 160		5						15	21	12					3 983	
<i>Jesais</i>	32			289	384	86			9					1 233		163			8			80		1		8		72	24	150	252	92	86	65			3 033	
<i>Baromètres Santé</i>		129																												286	80	96				591		
<i>Circe</i>																															17	36					53	
Indicateurs loi de santé publique et Cpom, diagnostic régional	7	31		247	328	236		8							4	312			28					1		314	562	187				105	112				2 481	
Observatoire des maladies chroniques	1		8	25		21													95					2							168	42					386	
Aide à l'analyse des politiques territoriales	10		64	4	42		61												103											57	126						465	
Dopage dans le milieu sportif																								84														92
Fiches tableau de bord amiénois					3	6									8				179												3	36					234	
Recherche-action en nutrition - <i>PicAlim</i>	6			45			255					291	6						573		70		2			4	120	36	742	1	12				6	2 170		
État de santé des détenus	6	9					316												22							4				25	2	32		12	58	480		
Maladies à caractère professionnel			2	45			213												5					1				15	9	42		20	12	152			514	
Traitement et présentation bases de données (mortalité, PMSI, ALD, certificats de santé, données sociales, autres)	1 443	94	933	19	7	650		137								237		22	28			141	28		340	306				421	24			12		4 840		
Lettre électronique Ireps/OR2S				2																	140											16					158	
Aide et accompagnement conseil régional								2																				8			24	24					57	
Autres	52	38	75	89		10	21	4	6	18	51	13			69							3	18			56				106	64	12		58	12		774	
<i>Indiss</i> (HN)				11									922	2				177						140				8	24		1		32	64		1 380		
Accompagnement ARS (HN)				48		11							148						120	32				213				12			245	24					882	
Santé précarité (HN)							26						32	17										26						19							123	
Tableau de bord santé environnement (HN)													3											124													131	
<i>Evrest</i> (HN)													19					95						87													205	
Contrats locaux de santé (HN)													27											9													53	
Appel à projet prévention (HN)													52									4	16		2												78	
Caarud/Csapa (HN)													137							2				1													148	
<i>Plateforme d'observation sanitaire et sociale</i> (HN)				59									21					7						145							8	36					435	
Plaquette santé suicide (HN)				38									149											25							25	48					285	
Mesures familiales (HN)																								5	910			4									919	
Mise en place OR2S (HN)													73						27		1			77				48		120	17	134					495	
Autres (HN)													9	1				1						78						1	4	4					98	
Total	1 686	263	671	1 544	594	808	422	1 280	329	940	145	481	1 601	547	1 272	549	964	470	1 323	843	885	1 599	144	1 628	910	340	699	562	1 621	222	213	1 649	2 276	1 826	65	182	246	32 796

Source : OR2S

(1) jusqu'au 30 avril, (2) jusqu'au 6 septembre, (3) à partir du 24 mars, (4) jusqu'au 2 décembre, (5) du 28 avril au 14 août, (6) du 10 mars au 20 juin, (7) jusqu'au 17 janvier puis du 10 avril au 6 novembre, (8) à partir du 29 septembre, (9) à partir du 8 septembre, (10) à partir du 4 février, (11) à partir du 16 septembre, (12) jusqu'au 30 septembre, (13) à partir du 8 septembre, (14) jusqu'au 3 octobre, (15) du 3 mars au 13 juin puis à partir du 1^{er} juillet, (16) à partir du 17 février, (17) du 31 mars au 27 septembre, (18) à partir du 20 octobre, (19) du 7 avril au 22 août, (20) du 7 avril au 31 juillet, (21) du 2 mai au 31 juillet puis à partir du 22 septembre, (22) à partir du 3 novembre, (23) du 18 mars au 11 avril.

Évolution des heures travaillées suivant le poste d'activité

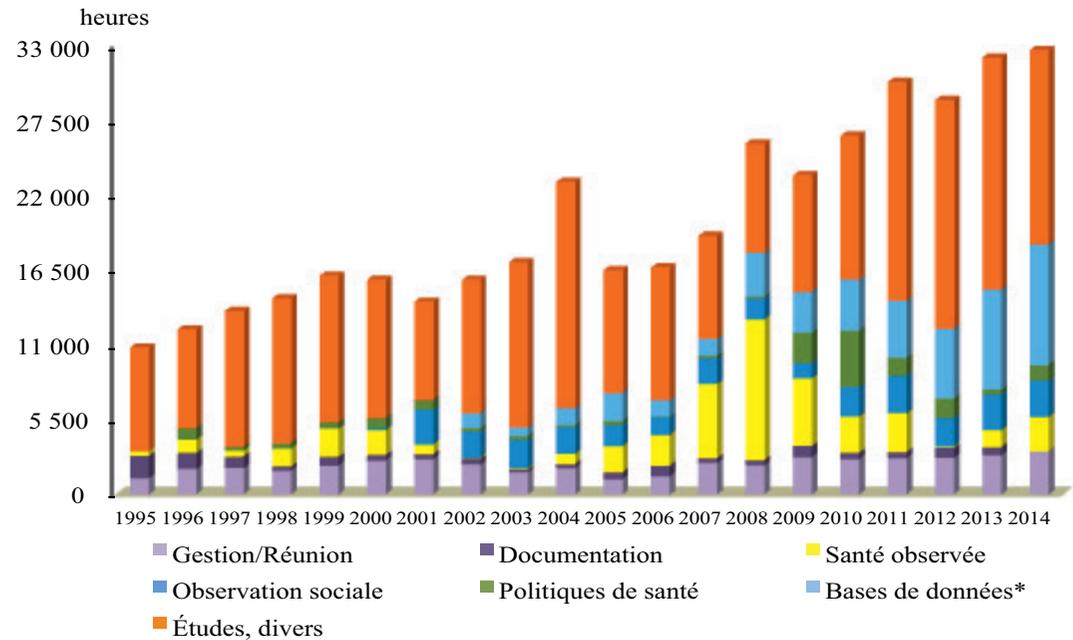
Avec 32 800 heures travaillées, l'année 2014 est l'année qui aura été marquée par la plus forte activité, devançant 2013 de +2,5 %, qui était la seule année à avoir dépassé les 32 000 heures.

La partie « Études » représente chaque année, tout naturellement, la plus grande partie de l'activité de l'ORS de Picardie puis de l'OR2S (un peu plus de 14 000 heures en 2014, soit 43 % de l'activité totale). Il est à noter que cette activité d'études est en diminution depuis trois ans ; elle était de 58 % en 2012. Cette diminution provient essentiellement de l'augmentation importante de tout ce qui a trait au traitement des données, que ce soit à travers la gestion des bases de données qui a plus que doublé en 2014 par rapport à 2011 (4 840 heures *versus* 2 382) ou à travers les développements des outils pour gérer et exploiter ces bases de données (près de 4 000 heures). Ainsi, en termes de part, cet ensemble représente près de 27 % de l'activité totale contre moitié moins en 2008-2010 et quatre points de plus qu'en 2013. La part « Politiques de santé » a refranchi le seuil des 1 000 heures du fait de la demande exprimée de l'ARS Haute-Normandie, mais demeure encore en retrait par rapport à la période 2009-2012 (2 300 heures en moyenne). La santé observée est revenue au niveau des années 2010-2011 avec la réalisation d'un diagnostic régional qui s'inscrit dans la continuité de la production des tableaux de bord de santé. L'observation sociale reste au niveau des quatre exercices précédents bien qu'intégrant l'ouverture et le développement d'un dispositif identique en Haute-Normandie. Enfin, la gestion, les réunions et les tâches diverses de fonctionnement, sont en augmentation en 2014 par rapport aux années précédentes, franchissant

pour la première fois les 3 000 heures. Cela tient au fait de la mise en place de la structure en Haute-Normandie qui a entraîné des tâches de gestion supplémentaires, liées notamment à l'installation de l'antenne et aux démarches administratives s'y afférant. Toutefois, ce nombre masque en réalité une diminution en termes

de part par rapport au niveau de la période 2007-2010 (9,7 % en 2014 contre 10,4 % en moyenne alors). La fonction de documentation s'est réduit progressivement à mesure du temps, étant reprise notamment par l'Ireps dans le cadre du pôle de compétence en éducation pour la santé (cf. p. 95).

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 2014, les réunions des ARS, des Ceser, des CRSA (commissions plénière, permanente et prévention et offre de soins), des Ireps et de l'OFBS.

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

Savoir, faire, savoir faire et faire savoir

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

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

- le pôle santé, partie la plus conséquente compte tenu de l'histoire, traite de toutes les questions de santé, soit à partir des bases de données existantes au sein d'autres organismes, soit à partir d'outils de recueil mis en place spécifiquement ;
- le pôle social, le plus souvent dans le cadre des travaux des *Plateformes sanitaires et sociales*, s'intéresse aux caractéristiques sociales de la population, essentiellement à partir des bases de données existantes ;
- le pôle recherche & développement est axé sur les outils informatiques développés et sur les diverses méthodes d'interrogation des populations ciblées par les recueils ;
- le pôle communication & 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 2011. 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.

Au final, 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, com-

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

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

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

En 2014, en plus des données de 2011, celles portant sur les années 1979 à 1989 ont été intégrées dans l'outil de calcul¹. Afin de pouvoir calculer des taux de mortalité sur cette période, un travail d'estimation de la population par âge, genre, commune et année a été effectué, ce qui permet désormais de suivre les évolutions de mortalité sur plus de 30 ans (de 1979 à 2011).

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 formules de test de significativité adaptées aux formules de taux proposées sont mises en place 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 nouvelle population européenne dite de 2010 qui vient d'être arrêtée par Eurostat, remplaçant la population 76, plus conforme à la structure pyramidale actuelle de l'Europe. Dans le cadre de SCORE-Santé², des formules spécifiques de taux et de test de significativité sont également créées, permettant de produire des indicateurs en période triennale.

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, la réalisation de plaquettes thématiques et différents travaux d'aide à l'accompagnement des politiques publiques, ces données ont permis d'alimenter le *Diagnostic régional de santé* et la plaquette portant sur le cancer du sein³ dans le cadre de l'observation des maladies chroniques. Ces deux documents intègrent ainsi des analyses d'évolution sur une trentaine d'années.

¹ pour plus de précision cf. p. 87.

² pour plus de précision cf. p. 71.

³ pour plus de précision cf. respectivement les p. 55 et p. 63.

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 2013 pour l'incidence et de 2010 à 2013 pour la prévalence. Elles sont transmises par les trois principaux régimes d'Assurance maladie : régime général (Cnamts), régime agricole (CCMSA) et régime des indépendants (CNRSI).

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

Les données d'ALD, à vocation administrative, sont informatisées par les différentes caisses d'Assurance maladie. L'OR2S dispose de ces données, en termes d'incidence et de prévalence, 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 l'incidence, celles-ci permettent une observation à des niveaux géographiques relativement fins sur l'ensemble de la période (données allant de 2005 à 2013 disponibles au niveau communal ou par code postal, selon le régime d'affiliation). Pour les données de prévalence, 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 de la population, les dernières données de population disponibles étant celles du RP 2011.

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

de taux standardisés, et ce selon différents critères (zone géographique, période ou genre), sont également disponibles. À noter que la standardisation peut se faire, parallèlement à celle sur la population française, à partir de la nouvelle population européenne dite de 2010 qui vient d'être arrêtée par Eurostat, remplaçant la population 76, plus conforme à la structure pyramidale actuelle de l'Europe. Dans le cadre de SCORE-Santé, des formules spécifiques de taux et de test de significativité sont également créées, permettant de sortir des résultats en période triennale (pour les données d'incidence uniquement).

Ces données permettent une approche de la morbidité, 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. Ainsi, outre les présentations orales effectuées et différents travaux d'aide à l'accompagnement des politiques publiques, ces données ont notamment permis d'alimenter le *Diagnostic régional de santé* et un travail autour du cancer du sein¹.

¹ pour plus de précision cf. respectivement les p. 55 et p. 63.

Données de morbidité - Hospitalisation

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

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

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

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

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

Le travail d'intégration des données du PMSI dans l'outil de calcul est conséquent du fait du nombre important de tables et de variables disponibles, des évolutions subsistant chaque année dans la structure des tables, mais également dans l'évolution du codage de certaines variables. En 2014, les données du PMSI MCO de 2012 et de 2013 ont été intégrées dans l'entrepôt de données de l'OR2S.

Le travail de fusion avec les données déjà disponibles dans l'entrepôt, à savoir celles de 2006 à 2011, est en cours de finalisation. Ceci permettra de produire des indicateurs agrégés sur plusieurs années. Ce travail de fusion est là encore considérable, aussi bien par le volume des bases traitées que dans la prise en compte de l'évolution de la structure des tables. Ainsi, la table permettant de stocker les informations concernant les séjours pour les huit années regroupées comptera près de soixante variables et plus de cent-quatre-vingt millions de lignes. Pour un même séjour, plusieurs diagnostics, actes ou unités médicales peuvent être enregistrés, ces informations étant stockées dans des tables spécifiques (le lien entre les tables est assuré par un numéro unique de séjour). À titre d'exemple, la table de données la plus conséquente en termes de nombre de lignes est celle relative aux actes, comptant près de cinq-cent-quatre-vingt millions de lignes.

Des formules ont été développées pour obtenir rapidement des informations concernant le séjour (mode d'entrée et de sortie, durée du séjour, âge du patient au moment de l'hospitalisation, genre, lieu de domicile...), le ou les diagnostics, les actes éventuels réalisés. Le lieu de domicile enregistré dans le PMSI correspond aux codes postaux ou à un regroupement de codes postaux. Aussi, des travaux sont en cours pour effectuer une estimation des données au niveau communal ; niveau géographique de base, permettant une observation à n'importe quel niveau infra-régional.

Par ailleurs, les données du PMSI permettent de faire le lien entre les hospitalisations d'un même patient, via un numéro de chaînage. Aussi, des requêtes permettant l'obtention d'indicateurs en termes de patients et non pas uniquement de séjours sont en cours de développement. Cette problématique est complexe à traiter compte tenu de l'âge du patient qui évolue et que celui-ci peut déménager au cours du temps. De plus, certaines incohérences sont relevées (le genre peut être différent entre les séjours d'un même patient, l'âge entre les différents séjours n'est pas toujours cohérent...) et sont donc à prendre en compte dans l'élaboration des formules développées.

En parallèle, une réflexion est menée pour permettre la construction d'indicateurs ciblés sur certaines pathologies permettant ainsi d'aborder la morbidité à des niveaux géographiques fins.

¹ les données d'hospitalisation en psychiatrie (Rim-P), à domicile (HAD) et en soins de suite et de réadaptation (SSR) sont également disponibles pour les années 2009 à 2013, mais n'ont pas encore pu être traitées, ni même intégrées dans l'outil de calcul.

² elle pose peut être d'autres problèmes.

Données de morbidité - Certificats de santé

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

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

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

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

Les données des certificats de santé du huitième jour (données allant de 2003 à 2013), du neuvième mois (de 2006 à 2012) et du vingt-quatrième mois (de 2006 à 2011) sont disponibles pour les trois départements de Picardie. Un travail de fusion et de validation des bases est nécessaire. Une réflexion sera à mener concernant les années qui peuvent être utilisées¹.

Des indicateurs issus de ces données (mères allaitant à la naissance et naissances prématurées sur la période 2011-2013) ont alimenté la seconde édition du document « Les indicateurs de cohésion sociale » (cf. p. 81).

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

Les certificats de santé

8^e jour

9^e mois

24^e mois

The image displays three examples of health certificates (certificats de santé) for children, each consisting of two parts: administrative and medical. The certificates are for the 8th day, 9th month, and 24th month. Each certificate includes fields for parent information, pregnancy and birth details, and child development indicators. The certificates are color-coded: blue for the 8th day, green for the 9th month, and orange for the 24th month.

Programme de surveillance de la grippe

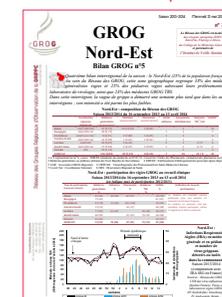
Depuis l'automne 1987, l'ORS, puis l'OR2S, assurait la coordination régionale du groupe d'observation de la grippe (Grog) en Picardie. Comme chaque année, les généralistes picards étaient assez équitablement répartis entre les départements pour surveiller la grippe et, de façon plus générale, les Ira : huit généralistes vigies dans l'Aisne, cinq dans l'Oise et six dans la Somme. Cette activité s'est cependant arrêtée au printemps 2014 du fait d'une réorganisation au niveau national.

En 2014, la surveillance active s'est déroulée pendant quinze semaines jusqu'à la semaine 15 de 2014 (soit du 7 au 13 avril). Elle était précédée de vingt-trois semaines en 2013 à compter de la semaine 38 (soit du 16 au 22 septembre). L'implication des médecins est restée forte au niveau national comme au niveau de la Picardie (respectivement 73 % et 84 %), situant cette dernière avec le taux de participation le plus élevé des médecins vigies, *ex-aequo* avec les deux régions limitrophes du Nord - Pas-de-Calais et de Champagne-Ardenne.

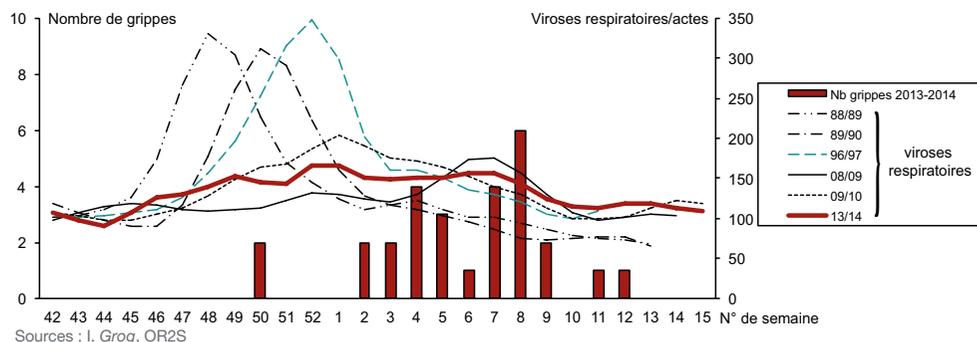
Comme le montre l'indicateur non spécifique (pourcentage de viroses respiratoires par rapport à l'ensemble des actes), présenté sur la courbe 2013-2014 ci-dessous, ce sont les premières semaines de l'année 2014 qui auront été marquées par le nombre le plus élevé d'isolements de virus grippaux de l'exercice 2013-2014. C'est ainsi entre la semaine 2 (6 au 12 janvier) et la semaine 9 (24 février au 2 mars) que le nombre d'isolements vont être les plus nombreux, la situation redevenant plus calme à compter de la semaine 10 (un seul cas la semaine 11 et un seul cas la semaine 12). Tout au long de l'hiver, les deux sous-types A, A(H3N2) et A(H1N1)pdm09, ont circulé, cette dernière étant toutefois repérée deux fois plus en se référant aux prélèvements réalisés par les vigies de Picardie : respectivement 9 cas isolés *versus* 19. Ce même constat est d'ailleurs retrouvé au niveau national, mais avec cependant un différentiel moins marqué entre les deux sous-types. Parmi les virus, les A(H1N1)pdm09 ont été un peu plus actifs que les A(H3N2) : 55 % *versus* 45 %. Les détections et isolements de virus grippaux de type B sont restés très sporadiques, même si un épisode

de foyer scolaire (100/234 enfants de maternelle et primaire touchés fin mars) a été rapporté en Rhône-Alpes en fin de saison. C'est donc la disparition d'un réseau qui fonctionnait et cela il le devait à toutes les vigies (près d'une centaine) qui ont participé au recueil au cours des vingt-huit ans où le dispositif a fonctionné en Picardie. Un très grand remerciement à tous ces médecins généralistes pionniers et à celles et ceux à l'ORS puis à l'OR2S et à la coordination nationale qui ont permis son fonctionnement pendant tant d'années.

Le bulletin national récapitulatif Nord-Est



Viroses respiratoires par rapport à l'ensemble des actes (base 100 minima calculé au cours du mois d'octobre) par semaine selon les années et nombre de gripes A(H3N2) et A(H1N1)pdm09 isolées par semaine au cours de l'automne 2013 et l'hiver 2013-2014



Évolution du taux de participation des médecins généralistes vigies participant au Grog selon la région d'exercice entre 2001-2002 et 2013-2014

semaine 40 à 15 en moyenne sur l'ensemble de la période (en %)	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Alsace	81	88	84	82	83	78	65	75	81	88	84	83	
Aquitaine	79	76	85	79	78	79	78	75	78	67	72	76	
Arvergne	82	73	75	63	80	81	85	81	77	71	77	78	75
Basse-Normandie	81	81	82	82	84	82	79	79	77	77	76	88	83
Bourgogne	65	79	76	68	71	68	74	74	68	65	63	65	74
Centre	84	64	93	84	89	85	44	53	53	51	56	44	42
Champagne-Ardenne	95	95	61	76	70	67	54	64	60	75	79	84	
France-Centre	87	92	88	84	90	49	65	76	62	57	58	55	32
Haute-Normandie	32	84	75	74	58	76	64	63	62	55	42	69	56
Ile-de-France	80	82	81	85	82	82	76	73	66	67	71	73	71
Limousin	90	92	90	84	87	92	85		85		0	0	0
Lorraine	72	79	74	69	73	67	84	77	89	84	84	83	77
Langues-Roussillon	82	81	75	46	37	43	74	64	44	43	48	52	74
Midi-Pyrénées	80	86	81	79	79	69	72	69	61	68	70	76	73
PACA	79	76	81	75	77	77	77	80	72	62	72	75	69
Picardie	86	89	88	88	89	89	89	90	92	80	91	85	84
Pays-de-la-Loire	83	84	84	89	80	88	89	86	77	74	74	74	72
Poitou-Charentes	79	72	75	75	77	72	80	75	73	71	73	71	69
Nord-Pas-de-Calais	86	84	82	83	92	92	89	87	80	85	86	80	84
Rhône-Alpes	87	87	86	85	84	84	85	85	83	81	80	83	80
TOTAL	81	83	83	79	82	77	77	72	73	70	73	74	73

Source : I. Grog

Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel

L'OR2S, la Direccte et l'InVS ont maintenu leur collaboration en 2014 quant au dispositif de surveillance épidémiologique en milieu de travail des maladies à caractère professionnel (MCP) en Picardie.

Ce programme a été mis en place pour la première fois en 2003 dans la région des Pays de la Loire, la Picardie y est entrée en 2009. En 2014, outre les deux régions déjà mentionnées, le protocole de surveillance fonctionne dans dix régions : Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Centre, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord - Pas-de-Calais et Poitou-Charentes.

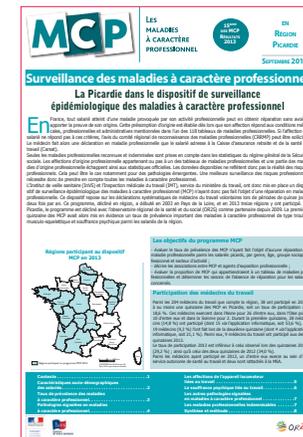
Les objectifs du recueil sont de mesurer la prévalence des MCP, évaluer les liens entre agent d'exposition professionnelle et catégories de pathologies, et estimer la proportion de ces maladies non déclarées. L'enquête, de type « un jour donné », consiste à collecter des informations, d'une part, sur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

En 2014, en Picardie, une quinzaine a été réalisée sur la période du 17 au 28 novembre. Les médecins ont à disposition des outils standardisés pour permettre ce recueil : un tableau de bord permettant le registre de toutes les visites effectuées durant la quinzaine, des fiches permettant le signalement d'une ou plusieurs MCP et un tableau recensant leurs effectifs annuels attribués pour l'année en cours. Depuis 2011, l'InVS propose une application qui permet d'informatiser l'ensemble des documents de

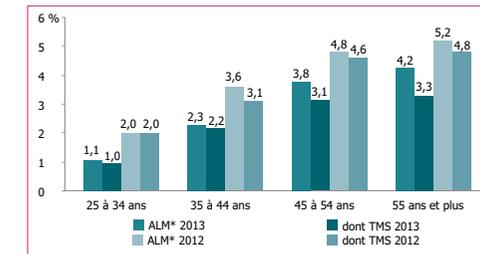
recueil des MCP et de transmettre directement les données pour une validation nationale. Les médecins du travail ont un accès personnel à cette application, ce qui leur permet d'enregistrer directement toutes les visites qu'ils effectuent durant les quinzaines et signaler les MCP rencontrées. Soixante-cinq médecins ont participé à la quinzaine de 2014, soit près de 40 % des médecins du travail en activité en Picardie, dont vingt-huit via l'application informatique. Il s'agit d'une hausse non négligeable comparativement à l'année précédente qui doit une grande part de son explication par l'effort accru fait par l'OR2S et la Direccte d'aller à la rencontre des médecins du travail. Ainsi, quatre réunions d'informations ont été organisées en amont de la quinzaine 2014 dans les diverses structures de médecine du travail de la région. Ces réunions comprenaient deux parties : la présentation des résultats régionaux de 2013 et nationaux de 2008 à 2011 et la formation à une utilisation optimisée de l'application informatique en termes de saisie des données. De façon plus générale, ce deuxième temps a permis aux médecins d'avoir une vision concrète de l'outil informatique.

Après une validation régionale en avril 2015, les données de la quinzaine sont en cours de validation au niveau national. L'analyse des données et la réalisation de la plaquette de rendu se feront au cours du troisième trimestre. Suivant un même calendrier, l'analyse des données 2013 a été effectuée au cours du troisième trimestre 2014 ; celle-ci a abouti par la production d'une plaquette publiée en septembre 2014 (cf. illustrations ci-contre). Il est à rappeler que deux quinzaines avaient eu lieu en 2013, vingt-huit médecins ayant participé à la première et dix-neuf à la seconde.

La plaquette

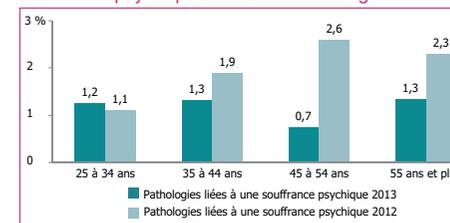


Taux de prévalence des affections de l'appareil locomoteur et notamment des TMS selon l'âge



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

Taux de prévalence de la souffrance psychique selon la classe d'âge



Sources : Direccte, InVS, OR2S

État de santé des personnes détenues

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

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

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

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

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

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

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

Durant 2014, l'OR2S a récupéré l'ensemble des données saisies en 2013 afin de les analyser. Les données recueillies dans les cinq établissements enquêtés (Amiens, Beauvais, Compiègne, Laon et Liancourt) ont permis de visualiser l'état de santé des détenus - sur un total de 1 896 fiches - mais aussi leur situation sociale. Cette analyse a fait l'objet de la production d'une plaquette synthétisant les résultats. En 2014, un peu moins de 1 800 fiches ont pu être recueillies. Elles sont, après redressement, en cours d'analyse et feront l'objet d'une plaquette qui sera diffusée au cours du second semestre 2015.

À noter qu'en 2015, le dernier établissement, le centre pénitentiaire de Château-Thierry, devrait également participer au recueil. Il est aussi à signaler qu'un comité de pilotage, piloté par l'ARS au début de l'année 2014, a permis de souligner l'intérêt de la démarche et la volonté de participation des établissements, et notamment du personnel médical. Concernant la fiche, il faut également mentionner qu'une réflexion est en cours pour la mise en place

d'un recueil d'information abordant les aspects psychiatriques de façon plus détaillée. Un comité de pilotage a été mis en place à cet effet. Après la mise en adéquation de l'application informatique, une phase de test se déroulera de juin à juillet 2015 auprès de deux établissements pénitentiaires. À l'issue de cette phase de test, si tout s'avère concluant, la nouvelle organisation sera opérationnelle pour tous les établissements dès le début 2016.

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

Première page de saisie

La plaquette



Jeunes en santé, indicateurs et suivi

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

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

L'enquête est constituée de deux parties. Dans la première, les thématiques abordées ont trait à l'activité professionnelle des parents, la composition de la famille, les pratiques sportives et activités extrascolaires, l'hygiène de vie, les habitudes alimentaires, les consommations de tabac, d'alcool et de drogue. L'élève remplit cette première partie, aidé si nécessaire de l'infirmière ou d'une autre personne. Dans la seconde partie, les infirmier(ère)s scolaires¹ notent leurs observations suite aux différents examens qu'elles ont effectué (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).

Pour répondre aux demandes des infirmières, une application informatique a été développée par l'OR2S pour le recueil de 2014-2015. Une fiche imprimable résumant toutes les informations saisies est désormais à la disposition des infirmier(ère)s qui souhaiteraient l'intégrer au dossier de l'élève (cf. illustration). Des sessions de formation à cette application ont été dispensées aux infirmier(ère)s².

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

En 2014, comme chaque année durant l'été et au début de l'automne, le travail de validation des données recueillies au cours de l'année scolaire 2013-2014 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. S'en suit le travail de fusion, d'homogénéisation avec les données des années précédentes puis de la mise

en place de pondérations pour avoir des résultats représentatifs à différents échelons géographiques : région, département, Bef... Ceci constitue un préalable pour effectuer les analyses d'évolution et pour obtenir des résultats à des niveaux infra-départementaux (garantissant une meilleure stabilité statistique du fait de l'agrégation de plusieurs années).

En outre, des analyses pour la production de plaquettes et de présentations orales ont été réalisées en 2014. Des restitutions de résultats auprès des infirmier(ère)s ont été menées avant les vacances de printemps dans les trois départements. De même, des responsables d'établissement ont reçu cette même information lors d'une réunion qui s'est tenue en janvier 2014 à l'initiative du rectorat. Une plaquette fournissant les résultats régionaux pour les élèves de sixième a été produite. Une deuxième concernant les élèves de seconde est en cours de finalisation. Par ailleurs, une présentation des principaux résultats par Bef a été réalisée.

¹ une infirmière est recrutée par l'OR2S chaque année, sur un temps partiel, pour réaliser quelques bilans infirmiers.

² cf. p. 104.

La plaquette



Fiche bilan infirmier

Recherche-action en nutrition

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

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

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

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

Le recueil de données quantitatives a eu lieu de fin mars à début juin 2013 dans cinq établissements du secondaire de la région. Pour la partie qualitative, six *focus groups* (un groupe de seconde générale et un de seconde professionnelle dans les villes d'Abbeville, Beauvais et Château-Thierry) ont été réalisés fin 2013. Ils étaient animés par un binôme OR2S-Ireps. La retranscription des huit heures trente d'entretiens s'est terminée fin janvier 2014. Au cours du premier semestre 2014, ces derniers ont fait l'objet d'un encodage à partir d'un logiciel spécifique puis d'une analyse.

Une évaluation de l'action a été réalisée au second semestre 2014. Pour ce faire, 63 des élèves ayant participé à cette étude ont été interrogés lors de *focus groups* (38 pour l'évaluation des carnets alimentaires et 25 pour celle des groupes projets *scenarii*) et des entretiens individuels ont été menés auprès d'un enseignant, d'une infirmière et d'une conseillère principale d'éducation. L'objectif était de recueillir leur avis sur la réalisation de ce travail de recherche-action, de saisir les impacts produits par la participation aux carnets alimentaires ou aux groupes *scenarii* et de dégager d'éventuelles améliorations à apporter pour une prochaine étude. Ce recueil de données qualitatives a ensuite été encodé puis analysé au cours du dernier semestre 2014 et du premier semestre 2015.

Le rapport final a été rendu au printemps 2015 (des rapports intermédiaires ont été publiés au fur à mesure de l'avancée de l'étude, afin de présenter les résultats de chaque phase). Une demi-journée régionale de présentation des résultats aux lycées et aux partenaires de ce travail a eu lieu le 5 novembre 2014.

À cette occasion, les résultats ont été diffusés via une plaquette thématique et une vidéo. L'animation permet de retrouver les principaux résultats du recueil *PicAlim* ; elle sera transmise dans les établissements.

Par ailleurs, une page *Facebook*¹ a été ouverte pour communiquer sur l'action, un visuel *PicAlim* ayant été créé à l'occasion. De plus, la participation des équipes de l'OR2S et de l'Ireps à l'*Hackathon santé*² qui s'est tenu à Strasbourg en mars 2014 a permis de poser les bases d'un jeu éducatif autour de la nutrition : *Nutribird*. Deux prix ont été reçus : meilleure solution pour l'éducation à la santé et prix du public.

¹ <https://www.facebook.com/pages/PicAlim/1467083016855562?fref=ts>
² événement rassemblant des professionnels dans les domaines de l'informatique et de la santé.

Le rapport



La vidéo et... la plaquette



Baromètre santé jeunes

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

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

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

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

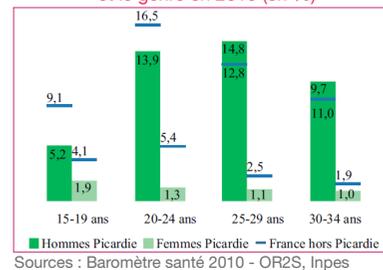
En Picardie, le sur-échantillon pour cette enquête générale est ciblé sur les jeunes de 15-34 ans et a été complété d'un sur-échantillon pour le département de l'Oise. Au total, 2 031 Picards de 15 à 34 ans, dont 1 065 Isariens, ont été interrogés.

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

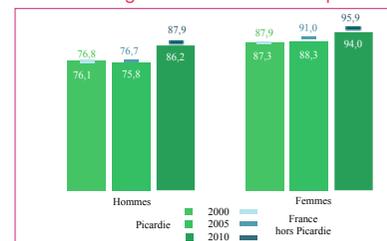
Du fait de la reconduite de cette étude pour la troisième fois, il est possible de mesurer l'évolution des comportements, des connaissances et des attitudes des jeunes picards par rapport aux éditions précédentes de 2000 et 2005 pour les 15-25 ans. Ces évolutions peuvent également être comparées à celles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

En 2014, les analyses réalisées ont principalement permis de produire des résultats sur la sexualité et la contraception au niveau régional, en comparaison avec le niveau national. À ces résultats s'ajoute également la mesure des évolutions des comportements, connaissances et attitudes des jeunes picards et français par rapport aux éditions précédentes du *Baromètre*. Ce travail a permis d'alimenter différentes communications orales. Plusieurs plaquettes vont être produites en 2015. Par ailleurs, cette enquête a également permis d'alimenter le chapitre « Déterminants de santé et comportements » du *Diagnostic régional de santé* (cf. page ci-contre).

Jeunes de 15-34 ans ayant un usage d'alcool chronique ou de dépendance, selon l'âge et le genre en 2010 (en %)



Jeunes de 15-25 ans ayant le sentiment d'être informés* sur la contraception, selon le genre et l'année de l'enquête



* « très bien » ou « plutôt bien » informés.

Sources : Baromètre santé 2010 - OR2S, Inpes

Diagnostic régional de santé

Réalisé pour la première fois en 2006 à la demande de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie, le diagnostic régional de santé avait été actualisé en 2009. L'année 2014 a vu la réalisation de sa troisième édition, réalisé grâce aux financements de l'ARS et du conseil régional.

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

Cinq chapitres composent le cœur du document, après une brève introduction. Une synthèse faisant ressortir les spécificités régionales clôt le document.

Le premier présente le contexte socio-démographique de la région, avec les données de l'Insee (recensement de la population, naissances et chômage localisé) et les données provenant des organismes versant allocations et prestations sociales. Des mesures d'évolution sont également présentées, notamment pour les indicateurs ayant trait aux recensements, avec l'évolution entre ceux de 2006 et 2011. Pour les naissances, le recul est de près de quarante ans (1975 à 2013).

Le deuxième chapitre aborde les aspects d'offres de soins avec des indicateurs sur les professionnels de santé et les établissements socio-sanitaires découlant notamment du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), du système d'information Adeli (automatisation des listes) et du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess).

L'état de santé constitue la troisième thématique, abordée principalement grâce aux données de mortalité et d'affections de longue durée, ces dernières étant analysées en termes d'incidence (flux de nouvelles admissions) et de prévalence (stock de l'ensemble des admissions). Ces données sont complétées par l'apport de divers organismes tels que l'InVS ou le réseau d'épidémiologie et information en néphrologie (Rein) pour ce qui concerne des pathologies spécifiques comme le sida, l'insuffisance rénale, la tuberculose ou le diabète. Il est à noter que pour la mortalité, les évolutions sur les trente dernières années sont présentées.

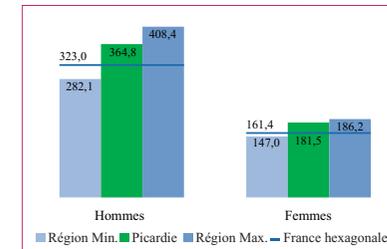
Le chapitre suivant a trait aux déterminants de santé et comportements. Il est alimenté par les enquêtes et dispositifs sur lesquels l'OR2S travaille, à savoir, l'enquête en milieu scolaire *Jesais*, la série des *Baromètres santé* et la surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP). À ces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

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

Outre la synthèse/conclusion, le diagnostic s'achève par les annexes où figurent le glossaire et les liens vers les sites Internet consultés.

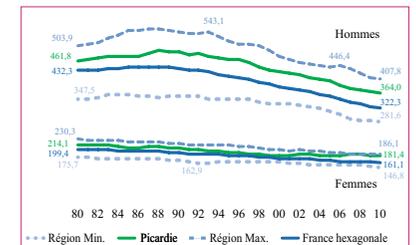


Taux standardisé de mortalité par cancers en 2009-2011 selon le genre (pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

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



* données lissées sur trois ans ; des différences existent en termes de valeurs entre les deux graphiques du fait de la référence à la Cim9 et la Cim10.

Sources : Inserm CépiDc, Insee

Le suicide en Picardie

À l'occasion de la Journée nationale pour la prévention du suicide organisée comme chaque année le 5 février, une plaquette de douze pages a été réalisée sur différentes caractéristiques épidémiologiques du suicide en Picardie. Elle intègre des comparaisons avec le niveau national et les autres régions françaises, mais aussi au sein de la région. Cette plaquette a été financée par l'ARS et le conseil régional.

Ce document a été réalisé à partir des données établies annuellement 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 pays, et intègre systématiquement des comparaisons avec le niveau national (France hexagonale).

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

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 pays »). 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 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 pays. Des mesures d'évolutions sont également présentées dans ces quatre chapitres, comparant la situation actuelle à celle du début des années quatre-vingt-dix¹.

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

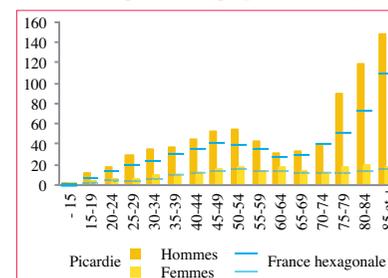
Pour permettre une stabilité statistique suffisante, les indicateurs figurant dans ce document ont été calculés sur différentes périodes en fonction du niveau géographique considéré, du détail par âge, par état matrimonial ou par mode de suicide.

¹ Les dernières données de mortalité disponibles au moment de la réalisation des analyses étaient celles de 2010 et il n'était pas encore possible de réaliser les analyses sur la période 1979-1999.

La plaquette



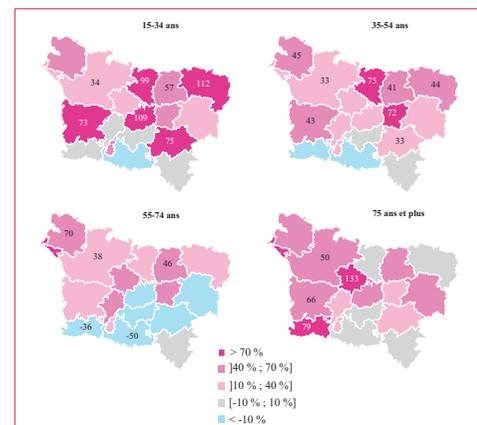
Mortalité* par suicide en 2006-2010, selon le genre et l'âge (pour 100 000)



* taux brut.

Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S

Différentiel* de mortalité par suicide en regard des taux de la France hexagonale en 2004-2010, selon l'âge (en %)



* la valeur de l'écart entre le taux standardisé (suivant l'âge) du pays avec celui de la France hexagonale est mentionnée (en pourcentage) lorsqu'il y a une différence significative entre les deux taux. Si la valeur est positive, il y a une surmortalité dans le pays en regard de la France et, si elle est négative, il y a une sous-mortalité. Si la valeur n'est pas indiquée sur le pays, c'est qu'aucune différence significative entre le taux standardisé du pays et celui du niveau national n'a été relevée.

Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S

Profil santé de la ville d'Amiens

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

Le Profil santé s'inscrit dans une démarche ancienne, initiée en 1994 par l'adhésion de la ville d'Amiens au réseau des villes-santé de l'OMS. À cette époque, l'ORS avait publié un tableau de bord sur la ville d'Amiens. Il s'agissait du premier tableau de bord dit de « *La santé observée* » concernant une ville, en parallèle aux documents en cours de constitution dans toutes les régions de France. Dans le même temps, l'ORS avait aussi réalisé un tableau de bord à l'échelon d'un quartier, en l'occurrence celui d'Étouvie.

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

L'OR2S n'est pas chargé de la mise en page de ces fiches qui est confiée à un prestataire de la ville, mais il en réalise le contenu qui repose sur les bases de données internes et leur traitement. Chaque fiche est par ailleurs complétée d'un encadré méthodologique qui permet au lecteur de disposer de la définition des indicateurs proposés et de précisions les concernant.

Dix-huit fiches ont été rédigées en 2014.

Dix-sept portent sur différentes causes d'admissions en affections de longue durée (ALD) :

- l'ensemble des cancers ;
- le cancer du sein ;
- le cancer colorectal ;
- le cancer de la prostate ;
- le cancer du col de l'utérus ;
- le cancer de la trachée, des bronches et du poumon ;
- le cancer des voies aérodigestives supérieures ;
- les maladies cardiovasculaires¹ ;
- la maladie d'Alzheimer (chez les 65 ans et plus) ;
- la maladie de Parkinson (chez les 65 ans et plus) ;
- la santé mentale.

Pour chaque pathologie, deux fiches distinctes sont réalisées : l'une portant sur les données tous âges et l'autre concernant les moins de 65 ans (à l'exception des localisations cancers du sein, de la prostate et du col de l'utérus, pour lesquelles une seule fiche est réalisée, intégrant les deux groupes d'âge).

Les données, fournies par les trois principaux régimes d'Assurance maladie², sont présentées en termes d'incidence en 2005-2011 et de prévalence au 31 décembre 2012, pour l'ensemble de la population et suivant le genre.

La dix-huitième fiche aborde la corpulence des élèves de grande section de maternelle *via* l'enquête *Jesais*³.

¹ sont regroupés ici : les accidents vasculaires cérébraux (AVC) invalidants, les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques, les insuffisances cardiaques graves (ainsi que troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves), les maladies coronaires et les hypertension artérielles sévères.

² pour plus de précision cf. p. 46.

³ pour plus de précision cf. p. 52.

Les dix-sept fiches 2014 portant sur les admissions en affections de longue durée



Atlas santé travail

Dans le cadre de l'actualisation de l'Atlas santé travail (édition 2014), la Direccte et la Carsat Nord-Picardie ont proposé à l'OR2S de mesurer la santé des Picards et des Picardes, notamment par zone d'emploi.

L'Atlas régional intitulé « La santé au travail en Picardie » a été publié pour la première fois en janvier 2010 (édition 2009) par la DRTEFP¹. Cet atlas, actualisé annuellement, est le fruit d'un travail collaboratif entre plusieurs institutions qui mettent en synergie des compétences existant au sein de leurs structures respectives. Ainsi, la Carsat Nord-Picardie, la Direccte, la MSA, l'OPPBT, les services de médecine du travail et l'OR2S en ont rédigé chacun une partie.

L'objectif de l'atlas est de mobiliser les connaissances en lien avec la santé et la sécurité au travail pour mieux connaître et mieux agir sur la prévention des risques professionnels. Il répond aux objectifs du Plan régional santé au travail 2011-2014 et aux enjeux régionaux en matière de santé au travail. Ce document, d'un peu plus de soixante-dix pages, présente des indicateurs socio-économiques, des indicateurs de sinistralité des accidents du travail et des maladies professionnelles sur la région et les zones d'emploi. Un chapitre, produit par l'OR2S, est également consacré à la santé des Picards.

Ainsi, un état des lieux de la santé des Picards a été réalisé en huit pages à partir des données de mortalité et des nouveaux bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD. Pour ces deux sources de données, les analyses sont déclinées par genre et portent sur la période 2007-2011. Outre la comparaison de la situation régionale en regard de la France hexagonale, une analyse plus fine par zone d'emploi a été effectuée. Pour ce dernier niveau géographique, des cartographies ciblées sur les moins de 65 ans et déclinées par genre sont présentées. L'évolution de la mortalité depuis le début des années quatre-vingt-dix est également présentée selon le genre pour la région et le niveau national.

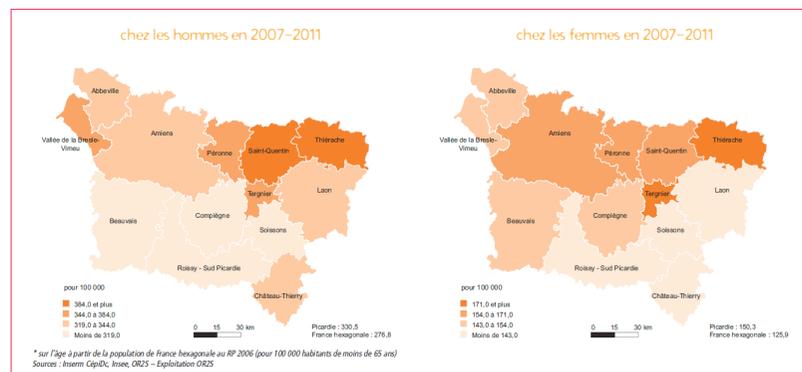
Pour la mortalité, les analyses portent sur l'ensemble des décès et sur les deux principales causes, que sont les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire.

Pour les affections de longue durée, les analyses sont également menées sur l'ensemble des admissions en ALD et sur les deux premières causes, à savoir les cancers et le diabète.

Que ce soit pour la mortalité et les admissions en ALD, des comparaisons entre les niveaux régional et national sont explicitées pour les principales localisations cancéreuses.

¹ devenue en 2010 la Direccte.

Taux standardisé* de mortalité prématurée selon le genre



L'Atlas santé travail



Sida et infection par le VIH

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

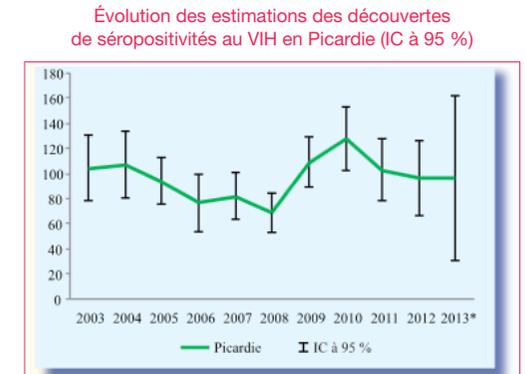
Deux sources de données ont été mobilisées pour ce document au travers de deux organismes : l'InVS et l'Inserm, et plus précisément le CépiDc. Le premier fournit les données issues de la notification obligatoire de diagnostics d'infection VIH et de la notification obligatoire des cas de sida ainsi que des informations sur les sérologies effectuées par les laboratoires d'analyses médicales. Le second met à disposition les données de décès par cause, à partir des certificats de décès.

Les indicateurs sont présentés à l'échelon régional, en regard du niveau national, en 2013 pour les données de l'InVS et sur la période 2009-2011 pour les décès. Des graphiques permettent d'illustrer certaines évolutions des taux depuis 2003.

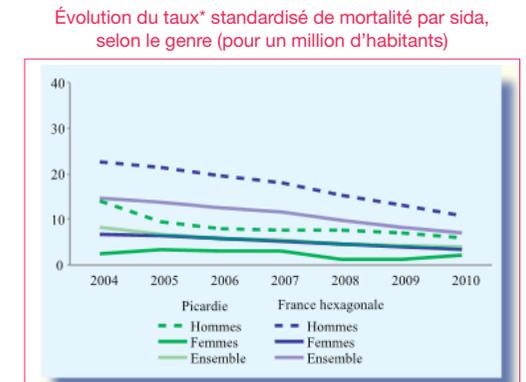
En dernière page de la plaquette se trouvent des données relatives à la prise en charge des patients séropositifs dans les hôpitaux de la région pour l'année 2013, statistiques provenant du Corevih de Picardie¹.

Enfin, une note méthodologique apporte des précisions spécifiques sur les cas de sida et les infections par le VIH, ainsi que sur les données des laboratoires d'analyses médicales et les décès par sida. Le lecteur pourra également trouver dans ce document les coordonnées des structures de prévention de la région.

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



* intervalle de confiance large, à interpréter avec précaution
Source : InVS - données DO VIH du 31/12/2013, corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes.



* taux lissés sur trois ans.
Sources : Inserm CépiDc, Insee

Cancer : inégalités régionales, cantonales et environnement

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

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

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

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

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

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

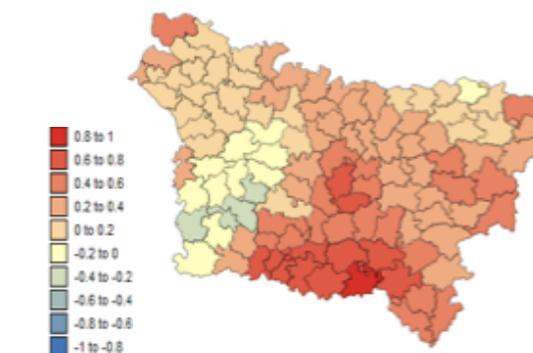
La première étape repose sur deux parties : caractérisation de la structure spatiale de la mortalité, par cancer conduite à l'échelle cantonale, pendant les périodes 1991-1999 et 2000-2007 à travers la production d'atlas des cancers sur la base de données lissées de mortalité, d'une part et transformation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

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

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

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

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



Sources : Inserm, CépiDc, Insee, Ineris

Réussite éducative

À la demande du conseil régional de Picardie et des partenaires impliqués dans la réussite éducative, l'OR2S mène un double travail sur la scolarisation des élèves en situation de handicap dans la région.

L'OR2S a dressé un tableau de la scolarisation des élèves en situation de handicap, d'une part en milieu ordinaire et, d'autre part, en établissements médico-sociaux. Les données proviennent du rectorat de l'académie d'Amiens, de la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt pour les établissements du secteur agricole et du conseil régional de Picardie en ce qui concerne les apprentis. L'idée d'écrire un protocole permettant un suivi de cohorte pour caractériser le parcours des élèves en situation de handicap et d'expliquer leur carrière scolaire jusqu'à leur sortie du système éducatif a été suspendue suite à la réorganisation du dispositif de la réussite éducative.

Pour le rectorat de l'académie d'Amiens, les données de deux enquêtes ont été transmises : enquête relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps, scolarisés dans le premier et le second degrés, d'une part, enquête relative à la scolarisation dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux, d'autre part. Ces informations sont disponibles depuis l'année scolaire 2010-2011 sous forme de tableaux synthétiques. Pour l'année académique 2013-2014, la base de données anonymisée est disponible.

Pour les deux enquêtes, de la maternelle jusqu'au lycée, les données sont disponibles par établissement et concernent :

- les types de handicap (intellectuels et cognitifs, langage, sensoriels, viscéraux, moteurs...);
- les types de scolarisation (classe ordinaire, Clis, Ulis);
- le temps de scolarisation (complet, partiel);
- la rédaction d'un projet personnalisé de scolarisation;
- l'accompagnement par des AVS;
- l'utilisation de matériel adapté;
- le niveau d'enseignement.

Les données de la Draaf sont issues de l'enquête intitulée Estimation des besoins en AVS-I. Peu nombreuses, elles sont disponibles par établissement et relèvent la classe fréquentée, la période et la durée de l'accompagnement de l'élève en situation de handicap.

Pour les apprentis, les données du conseil régional proviennent de l'enquête sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH-CFA). Elles indiquent le nombre d'apprentis en situation de handicap par centre de formation.

Ces transmissions d'information doivent faire l'objet de conventions entre les partenaires. Entre le rectorat et l'OR2S, une convention ancienne existe concernant les données transmises pour la *Plateforme sanitaire et sociale*.

Une refonte de cette convention sera à l'ordre du jour en 2015. Les données seront transmises après validation par les services de l'Éducation nationale à la fin du premier trimestre de chaque année civile. Pour les autres partenaires, aucune convention n'existe pour le moment pour ce travail. L'évolution du dispositif de la réussite éducative qui doit être revu au cours de l'année 2015 impliquera nécessairement une refonte du dispositif.

Répartition des élèves
selon le département et le niveau de scolarité

	Académie	Aisne	Oise	Somme
1 ^{er} degré	4 946	1 525	1 881	1 540
2 ^e degré	4 226	1 363	1 601	1 262
Enseignement spécialisé	2 908	817	1 176	915
Enseignement agricole	47	9	25	13
Apprentis	103	nc	nc	nc
TOTAL	12 230	3 714	4 683	3 730

Source : Rectorat de l'académie d'Amiens Exploitation OR2S
Pour les apprentis, la déclinaison par département n'a pu être effectuée ce qui minore le total global départemental.

Situation socio-sanitaire des pays et EPCI de Picardie

Les méthodes de traitement qui prennent en compte la diversité des sources de données, deviennent de plus en plus indispensables à la détermination des engagements prioritaires et des politiques à mener. C'est en tout cas dans cette direction que s'est engagé l'OR2S, notamment avec le conseil régional dans le cadre de la territorialisation des actions que celui-ci mène.

Dans le domaine de la santé, diverses sources de données, de nature épidémiologique, mais aussi médico-administrative, voire socio-économique, permettent une meilleure connaissance de l'état de santé des populations et des comportements de celles-ci. Toutefois, les indicateurs obtenus à partir des données d'affections de longue durée ou d'hospitalisations ne constituent qu'un certain reflet de la morbidité de cette population. Cette notion est néanmoins importante à aborder pour mieux comprendre le système sanitaire dans sa globalité. Par ailleurs, le croisement avec les données sociales ne devient efficient que dans la prise en compte, dans le même temps, de la dimension territoriale. En effet, dans le contexte de la loi HPST et, de façon plus générale des politiques publiques, il devient indispensable d'être le plus amène d'adapter les décisions aux caractéristiques particulières et locales des populations.

Si ces croisements sont dans l'idéal à réaliser sur des données individuelles, ils peuvent aussi être effectués, avec des techniques spécifiques d'analyse de données, à partir de données agrégées reposant sur des indicateurs calculés à différents niveaux géographiques.

Ainsi, à partir des nombreux indicateurs issus de ces multiples sources de données et déclinables à différents niveaux géographiques, des typologies sociales, en santé et en santé/social ont été réalisées afin d'offrir une vision synthétique de la situation au sein de la région, mais également de situer la Picardie en regard du niveau national.

Pour le conseil régional, ces analyses ont été réalisées aux niveaux des EPCI¹ et des pays picards ainsi que sur les régions de France hexagonale. Ce travail, qui s'inscrit dans le cadre de la politique régionale, est parallèlement réalisé pour l'ARS et, concernant l'unique dimension sociale², pour la DRJSCS.

Dans le cadre de ce travail, des réflexions sont en cours pour affiner certains indicateurs de nature sociale. L'objet est de prendre en compte, quand cela est nécessaire, la taille d'unité urbaine dans le calcul de l'indicateur à un échelon géographique donné. Par ailleurs, une attention est également portée au niveau de diplôme ; l'objet est de définir un indicateur qui prenne en compte l'âge en regard du niveau de diplôme le plus élevé. Enfin, certains indicateurs ont déjà été définis. Par exemple, le taux de fécondité des jeunes femmes porte désormais sur les 12-20 ans.

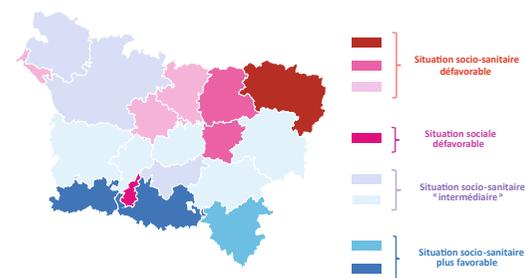
En complément de la réalisation de typologies, une réflexion sur la construction d'un indicateur synthétique de nature sociale et d'un autre du domaine sanitaire, qui soient valides quel que soit le niveau géographique d'analyse, est actuellement menée et reste à poursuivre et à déterminer précisément en 2015.

Les premiers résultats ont été restitués au conseil régional en octobre dernier sous forme d'un diaporama ; figuraient, entre autres, les analyses synthétiques de la situation socio-sanitaire au niveau des régions de France et des EPCI et pays de Picardie. Ce travail, qui aboutira à la production d'une plaquette au deuxième trimestre de l'année 2015, permet de déterminer les zones prioritaires d'action où la cohérence (voire quelquefois l'incohérence) des indicateurs et les champs d'orientation des actions à mener.

¹ les EPCI ont également été considérés dans une forme « aménagée ». En effet, ceux regroupant une commune relativement peuplée ont été « fractionnés » car ce sont des territoires hétérogènes qui combinent, en règle générale, des zones plus ou moins favorisées et dans lesquelles la ville-centre peut avoir un poids très important sur le reste de l'EPCI.

² ce travail a abouti à la réalisation d'un document intitulé « Situation sociale - Analyses des inégalités territoriales » ; cf. p. 82.

Situation socio-sanitaire
typologie en huit classes des pays de Picardie



Sources : CCMSA, Cnaf, Cnamts, CNRSI, Insee, Inserm CépiDc, ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP, RPLS

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

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

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

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

des données sociales pour l'ensemble des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) de la région. Les EPCI ont été considérés dans une forme « aménagée » afin d'isoler les communes les plus peuplées du reste de l'EPCI.

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

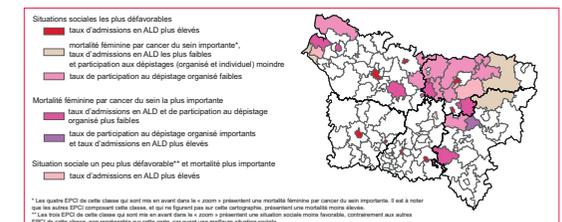
Deux documents ont été produits, une plaquette de huit pages précisant la démarche et commentant précisément les illustrations proposées et un recto-verso se voulant plus synthétique. Ce dernier fournit les chiffres clés au regard du cancer du sein chez les femmes, la cartographie des EPCI priorisés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

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

À l'avenir, l'observatoire devra porter son attention sur d'autres localisations cancéreuses et, de façon plus générale, sur d'autres pathologies chroniques. En tant qu'outil d'aide à la décision, il contribuera ainsi au déploiement des actions de santé publique du PRS, notamment celles incluses dans le troisième plan cancer.



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



* cumul d'une mortalité féminine par cancer du sein relativement importante et d'une situation sociale défavorable.

Sources : Adécaso, Adema 80, Aisne Préventis, CCMSA, CéciDc Inserm, Cnaf, Cnamts, CNRSI, Cnam, DREAL Picardie - RPLS, Insee, ministère de l'Économie et des Finances - DGFIF

HAUTE-NORMANDIE

Indiss - Indicateurs de suivi en santé

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

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

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

L'enquête a été reprise par l'OR2S en 2013. La saisie et le contrôle de l'ensemble des données issues des questionnaires des élèves de cinquième et de seconde ont constitué la première étape. Afin d'obtenir des résultats représentatifs au niveau régional, les échantillons ont été redressés selon le genre, le bassin d'éducation et de formation (Bef), le caractère ou non prioritaire du territoire¹ et, pour les élèves de seconde, le type de filière.

Les analyses ont été entreprises de façon thématique et réalisées pour les élèves de cinquième et de seconde. Les résultats issus des analyses ont donné lieu, à la rentrée scolaire 2014, à la publication de deux premières plaquettes de huit pages sur le thème de la santé mentale pour les élèves des deux niveaux. Les autres plaquettes thématiques, portant sur la consommation de substances psychoactives et la nutrition pour les deux niveaux, sur la sexualité et la contraception pour les élèves de seconde et sur le thème « Autour du soin » pour les élèves de cinquième, ont été réalisées durant la fin de l'année 2014 pour une publication en avril 2015. Enfin, une analyse territorialisée et synthétique est également en cours de finalisation et donnera lieu à la publication d'une plaquette de synthèse d'ici la fin du printemps 2015.

Trois sessions de restitution des principaux résultats de chaque thématique auprès des infirmier(ère)s scolaires du département de l'Eure et de la Seine-Maritime ont eu lieu à l'automne 2014, en lien avec l'ARS de Haute-Normandie. Les plaquettes traitant des thématiques « Santé mentale » et « Consommation de substances psychoactives » ont été diffusées respectivement à 500 et 200 exemplaires dans leur version papier et ont été présentées lors d'une réunion de la commission « prévention » de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Haute-Normandie.

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

Les plaquettes « Santé mentale »



Les plaquettes « Substances psychoactives »



Les plaquettes « Nutrition »



La plaquette « Autour du soin »



La plaquette « Sexualité et contraception »



Le suicide en Haute-Normandie

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 Haute-Normandie. Elle intègre des comparaisons avec le niveau national et les autres régions françaises, mais aussi au sein de la région. 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 pays, 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 points marquants du suicide en Haute-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 pays »). 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 pays. Des mesures d'évolution sont également présentées dans ces quatre chapitres, comparant la situation actuelle à celle du début des années quatre-vingt-dix¹.

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

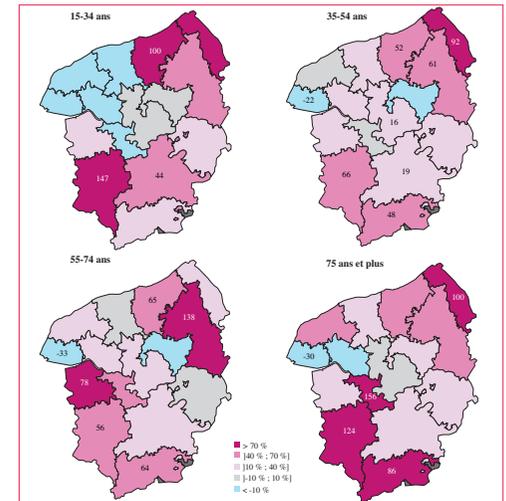
Pour permettre une stabilité statistique suffisante, les indicateurs figurant dans ce document ont été calculés sur différentes périodes en fonction du niveau géographique considéré, du détail par âge, par état matrimonial ou par mode de suicide.

¹ les dernières données de mortalité disponibles au moment de la réalisation des analyses étaient celles de 2010 et il n'était pas encore possible de réaliser les analyses sur la période 1979-1989.

La plaquette



Différentiel* de mortalité par suicide en regard des taux de la France hexagonale en 2004-2010, selon l'âge (en %)



* la valeur de l'écart entre le taux standardisé (suivant l'âge) du pays avec celui de la France hexagonale est mentionnée (en pourcentage) lorsqu'il y a une différence significative entre les deux taux. Si la valeur est positive, il y a une surmortalité dans le pays en regard de la France et, si elle est négative, il y a une sous-mortalité. Si la valeur n'est pas indiquée sur le pays, c'est qu'aucune différence significative entre le taux standardisé du pays et celui du niveau national n'a été relevée.

Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S

Actualisation des territoires prioritaires pour la mise en œuvre du schéma régional de prévention

Pour mieux cibler les zones « prioritaires » en termes de mise en place d'actions de prévention et de déploiement des moyens y étant rattachés, l'ARS de Haute-Normandie a fait appel à l'OR2S afin de disposer d'une analyse synthétique de la situation socio-sanitaire à un niveau territorial fin.

Suite à la publication du diagnostic local de la santé de la Crea présenté en février 2014, l'ARS de Haute-Normandie a souhaité disposer d'une vue plus synthétique de la situation socio-sanitaire de l'agglomération rouennaise afin de pouvoir prioriser les moyens qu'elle peut être en mesure de mobiliser sur ce territoire. Une première réunion préparatoire s'est tenue à l'ARS le 22 mai 2014, à l'issue de laquelle l'OR2S a proposé de produire une analyse élargie à l'ensemble des EPCI de la région. Les travaux menés permettent ainsi de répondre à deux objectifs : identifier les territoires prioritaires au sein de la Crea et ceux au sein de l'ensemble de la région.

À partir des nombreux indicateurs issus de multiples sources de données, des typologies sociales, sanitaires et socio-sanitaires ont été réalisées. Leurs objectifs est de regrouper au sein d'une même classe les territoires qui présentent des caractéristiques proches au regard des réalités étudiées. Les typologies se concrétisent par la constitution de classes qui sont relativement dissemblables entre elles mais qui rassemblent chacune des territoires relativement homogènes.

Au préalable, une réflexion sur l'échelon territorial sur lequel devait porter l'analyse a été menée. En effet, s'il est vrai que le découpage en EPCI offre un cadre d'analyse permettant en général un bon compromis entre niveau territorial fin et analyses statistiques robustes, ces entités sont extrêmement hétérogènes de par leur taille. Par conséquent, les EPCI comptant plus de 50 000 habitants ont été fragmentés. En effet, ce sont des zones dans lesquelles la ville-centre peut avoir un poids « écrasant » sur le reste de l'EPCI et finalement masquer des inégalités territoriales¹.

Ces analyses portent donc sur des EPCI « aménagés » et permettent d'identifier des territoires cumulant des indicateurs objectivant une situation socio-sanitaire particulièrement dégradée au sein desquels doivent être renforcés les moyens de prévention dans l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé.

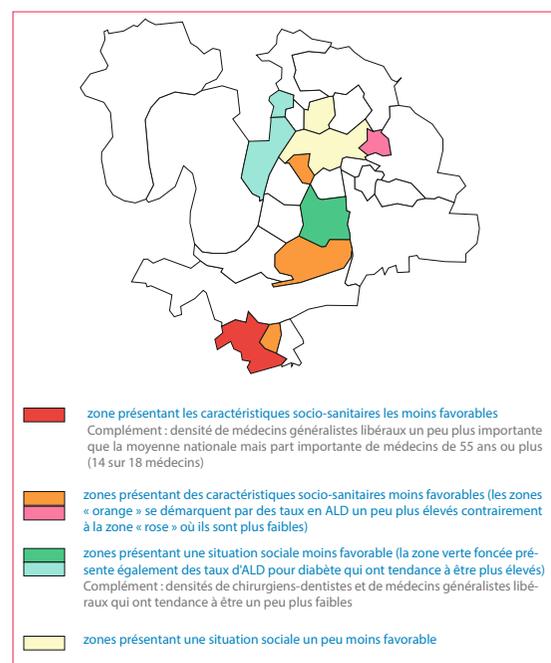
Les résultats de ces analyses ont été présentés le 2 septembre 2014 aux services techniques et au coordinateur santé de la Crea et le 5 novembre 2014 au comité de direction de l'ARS. Ces présentations ont donné lieu à la production de diaporamas, diffusés à l'ensemble des participants. Ces analyses sont actuellement complétées par une approche des évolutions démographiques et relatives à la mortalité².

Ces travaux aboutiront à la production d'une plaquette au printemps 2015.

¹ il serait également intéressant de mener ce type d'analyse au sein des villes les plus peuplées. Cependant, les données permettant d'aborder l'état de santé de la population ne sont pas, ou difficilement, disponibles à un niveau géographique infra-communal.

² celle-ci fait l'objet d'une analyse sur trente ans.

Zones prioritaires de la Crea
en regard des données socio-sanitaires



Sources : CCMSA, Cnaf, Cnamts, CNRSI, Insee, Inserm CépiDc, ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP, RPLS.

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.

L'OR2S a été associé à différents comités de pilotage ou groupe de travail thématiques animés par l'ARS (comités de pilotage « cancers », « santé des jeunes », « santé auditive ») qui se sont respectivement tenus les 17 septembre, 15 octobre et 22 novembre 2014. L'OR2S est aussi représenté au comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Par ailleurs, l'OR2S siège à l'assemblée plénière de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et a été présent lors de son installation le 3 juillet 2014. L'OR2S siège également dans différentes commissions de la CRSA : offre de soins (deux réunions en 2014) et prévention (une réunion en 2014) et a été invité à la commission médico-sociale (dans le cadre de la présentation du dispositif d'observation régionale du handicap).

Dès sa mise en place au premier trimestre 2014, l'équipe haut-normande de l'OR2S s'est rapproché du pôle Observation statistiques analyses (Osa) de l'ARS. L'OR2S et le Pôle Osa ont tout d'abord présenté respectivement leurs outils inhérents à l'automatisation de la production de certains produits statistiques. L'OR2S a fourni dans ce cadre une série d'indicateurs au pôle Osa qui a permis d'enrichir son entrepôt de données. L'OR2S a ensuite été associé au comité technique de l'entrepôt de données développé par le pôle Osa qui s'est réuni à trois reprises (25 mars, 8 avril et 10 novembre 2014). Une présentation complète des outils informatiques

développés par l'OR2S¹ a également eu lieu auprès de l'équipe du pôle Osa, moment qui a été l'occasion d'échanger sur certaines méthodes (réalisation de typologies, construction d'indicateurs et questionnement sur les différents maillages géographiques offerts).

En complémentarité avec le pôle Osa, l'OR2S a également mis à disposition des éléments de cadrage (sous forme de notes, diaporamas ou tableaux d'indicateurs) portant sur certaines thématiques (IVG et grossesse chez les jeunes, précarité) ou encore certains territoires (Elbeuf, Risle-Charentonne, etc.) principalement dans le cadre de la préparation de quelques contrats locaux de santé. L'OR2S a également accompagné certains coordinateurs de réseaux de prévention locaux de santé (RPLS) dans la fourniture d'indicateurs socio-sanitaires permettant une contextualisation du territoire sur lesquels ils interviennent.

Enfin, une plateforme de partage de fichiers a été mise en place par l'OR2S à la demande de l'ARS. Elle 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.

Cette plateforme, accessible par Internet, permet aux promoteurs de projets de déposer les fichiers constituant leur dossier de demande de financement, avec un accès sécurisé. Les fichiers ainsi déposés sont ensuite accessibles, également de façon sécurisée, aux instructeurs dans le cadre des appels à projet et à l'Ireps pour une saisie dans l'outil d'Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé (Oscars).

Nommée Plateforme Projet PPS, elle a été mise en place à l'automne 2014 pour être opérationnelle à partir du 1^{er} décembre, début de l'appel à projet Prévention et Promotion de la Santé 2015. Deux guides d'utilisation ont été réalisés, l'un à destination des promoteurs et l'autre des instructeurs. Au total, 240 comptes (identifiant et mot de passe) ont été créés pour permettre aux différents acteurs l'utilisation de la Plateforme Projet PPS.

¹ pour plus de précision, cf. p. 87, p. 88 et p. 89.

Guides d'utilisation de la Plateforme Projet PPS



Santé au travail : le dispositif *Evrest*

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

Initié au début des années deux mille par des médecins du travail, le dispositif Évolutions et relations en santé au travail (*Evrest*) permet de rendre visible des enjeux de santé au travail, de suivre les évolutions de la santé et du travail et de fournir de nouveaux repères pour la réflexion accompagnant les changements dans l'entreprise. Il vise à améliorer les connaissances relatives aux enjeux de santé au travail en apportant des informations précieuses sur le « vécu » et le ressenti des salariés. Ce dispositif repose sur la participation de médecins du travail volontaires et de leurs équipes santé-travail qui alimentent un échantillon national de salariés interrogés. Ils peuvent, s'ils le souhaitent, élargir leur collecte d'information selon les besoins : interroger tous les salariés d'une même entreprise, d'un même secteur d'activité, etc., constituant ainsi des échantillons « *Evrest entreprises* ».

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

de la santé au travail, de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi. L'OR2S a été sollicité afin d'accompagner le groupe dans sa mission. En particulier, dans le cadre d'une convention sur l'exercice 2014-2015 co-signée par le CHU de Rouen et le Gis *Evrest*, l'OR2S s'est vu confier l'analyse et la valorisation des données recueillies en région, ainsi que l'accompagnement des médecins du travail dans le traitement et l'exploitation des données de quatre « *Evrest entreprises* ».

Les données sont recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé qui permet de traduire, au moins partiellement, et sous une forme adaptée à une exploitation quantitative, des informations élaborées au cours des entretiens médicaux. Les thématiques suivantes sont abordées : conditions de travail, formation, mode de vie et état de santé. Elles concernent tous les salariés nés en octobre des années paires ayant au moins deux mois d'ancienneté dans l'entreprise, quel que soit leur contrat de travail.

Les premiers résultats de l'exploitation de ces données (1 900 questionnaires collectés entre 2009 et 2013) ont été présentés auprès du groupe de suivi régional le 8 décembre 2014. Le rendu d'un rapport d'étude complet est prévu pour la fin du premier semestre 2015. Deux lettres d'information sont également programmées pour l'année 2015. La première sera restituée en juin 2015 et portera spécifiquement sur les troubles musculo-squelettiques et leurs liens avec les conditions de travail ; la seconde synthétisera les données collectées entre 2009 et 2013 et sera publiée en septembre 2015.

L'OR2S a, en outre, été sollicité au début de l'année 2015 pour un appui méthodologique à la réalisation d'un « *Evrest entreprise* » consacré aux aides à domicile suivies par l'AMSN, service de santé au travail inter-entreprises.

Par ailleurs, dans le cadre du plan d'action de prévention des RPS déployé au CHU de Rouen pour la période 2013-2015, un médecin du travail et des infirmier(ère)s en santé au travail volontaires du CHU de Rouen se sont engagés dans un recueil spécifique de données *Evrest* au sein de leur entreprise. Aussi, dans le cadre d'un appel d'offre relative à cet « *Evrest entreprise* », le CHU de Rouen a retenu l'OR2S pour le traitement statistique de ces données spécifiques.

Ces dernières concernent les salariés des quatre établissements et de la blanchisserie du CHU de Rouen, nés en octobre des années paires enquêtés de juin à octobre 2014 (260 questionnaires). Les premiers résultats de l'exploitation de ces données ont été présentés le 4 décembre 2014 lors d'un Copil réunissant des infirmier(ère)s en santé au travail et des médecins du travail. La restitution définitive, à la fin du premier trimestre 2015, a pris la forme d'un diaporama constitué d'une quarantaine de diapositives, présenté devant le service des ressources humaines. Une synthèse dont la forme (poster, plaquette) et le contenu ont été arrêtés suite à cette restitution est également programmée.



Tableau de bord santé environnement

Le tableau de bord santé environnement (TBSE) a été coordonné par l'observatoire régional de la santé de Haute-Normandie entre 2010 et 2013 avec le soutien financier de l'ARS et la Région. Les dix-neuf fiches thématiques qui le constituent ont fait l'objet d'un travail de finition et de la préparation d'une synthèse par l'OR2S.

Le champ de la « santé environnement » est considéré comme « l'ensemble des interactions entre l'homme et son environnement et les effets sur la santé liés aux conditions de vie (expositions liées à la vie privée et/ou professionnelle...) et à la contamination des différents milieux (eau, air, sol...) ». Dans ce cadre, le tableau de bord en santé environnement (TBSE) vise à :

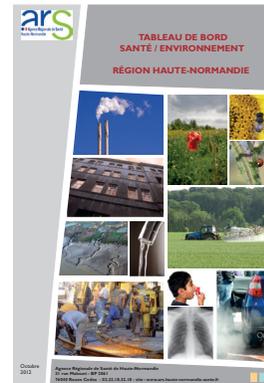
- rassembler l'information disponible, la valoriser et la rendre lisible ;
- mettre à disposition les données pour répondre aux demandes de transparence et d'accessibilité des informations disponibles sur l'exposition de la population aux polluants, les sources d'émission, les teneurs des différents milieux ;
- mieux comprendre pour mieux agir : l'observation et l'expertise contribuent à guider les choix d'actions pour améliorer la santé des habitants.

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

En 2014, l'OR2S a effectué la relecture des fiches publiées fin 2012 par l'ORS Haute-Normandie qui s'est accompagné d'un travail de finition (diverses corrections, harmonisation de la mise en page...)

Parallèlement à cette relecture, au 4^e trimestre 2014, une première proposition de synthèse a été préparée par l'OR2S et soumise au Comité de pilotage constitué de l'ARS, la Région, la Dreal, Air-Normand, l'Arehn et le GIP Seine-Aval en vue d'une publication à la mi-2015.

Le tableau de bord



Santé, précarité, nutrition

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

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

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

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

National

Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer

À la demande la Cour des comptes pour son rapport sur La santé dans les Outre-mer, l'OR2S et la Fnors ont réalisé, en collaboration avec les quatre ORS d'outre-mer, une étude ayant pour objet de donner une vision d'ensemble de la situation socio-sanitaire des départements ultramarins. Ce travail a abouti à la publication d'un ouvrage, préfacé par les ministres des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et des Outre-mer et les principales analyses ont été intégrées dans le rapport de la Cour des comptes.

L'objectif de cette étude est de donner une vision synthétique de la situation des Dom, tant sur le champ social que dans le domaine sanitaire.

Ce travail repose sur la méthodologie utilisée dans l'ouvrage « *Les inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton* » publiée par la Fnors en 2010, à cette nuance près qu'elle intègre en plus du découpage cantonal, un niveau géographique supplémentaire à travers les bassins de vie¹, mais également des indicateurs autour des affections de longue durée. Elle porte plus particulièrement sur quatre des cinq départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion)².

Le rapport de cette étude se structure autour de trois chapitres détaillant les grandes thématiques suivantes : « Population et conditions de vie », « Professionnels de santé » et « État de santé ». Chacun de ces chapitres est composé d'un contexte général permettant de situer chacun des quatre Dom en regard de la situation nationale et des régions de France.

Le chapitre « État de santé » a été traité en deux temps, et contient donc deux contextes généraux. Dans le premier, seules les données de mortalité ont été considérées et dans le second, les données de nouvelles admissions en affections de longue durée (ALD) ont également été prises en compte.

Un chapitre nommé « Vision d'ensemble », offrant une vue synthétique de la situation socio-sanitaire, en croisant les indicateurs abordés dans les différentes parties, vient conclure le document.

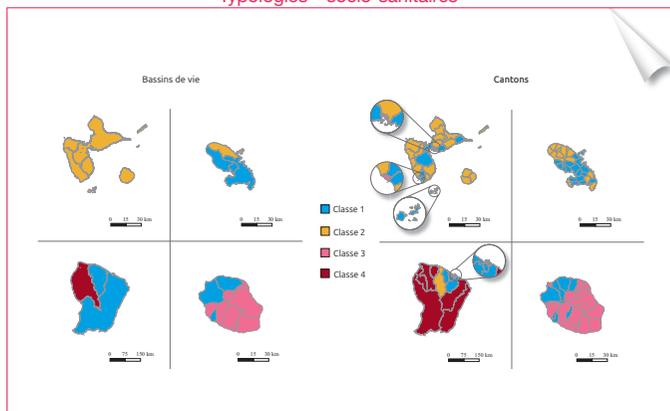
Enfin, l'annexe de ce rapport comprend, outre une présentation des zonages ultramarins étudiés et de leur répartition géographique, un glossaire et des références bibliographiques, la présentation de résultats d'une analyse complémentaire de données portant plus spécifiquement sur le diabète.

Cette étude a été publiée sous la forme d'un rapport d'une centaine de pages en novembre 2014. À noter que le premier congrès de recherche en santé publique de l'Océan Indien qui s'est tenu les 12 et 13 novembre près de Saint-Denis à La Réunion a été l'occasion de communiquer sur ce document.

¹ Les Dom comptent 93 cantons tels que considérés dans l'analyse et 22 bassins de vie.

² Mayotte n'est pas intégré dans les analyses compte tenu du manque de données.

Typologies « socio-sanitaires »



Sources : CCMSA, Cnaf, Cnamts, CNRSI, Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP, Drees/Asip-Santé - RPPS 2012, Fnors, Inserm, CépiDc, Insee, Sniiram
Exploitation : Fnors

La publication



Le rapport de la cour des comptes



SCORE-Santé

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

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

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

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

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

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

En 2014, 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 2011. L'année 2014 aura aussi été marquée par l'actualisation d'une dizaine de contextes nationaux et la création de fiches de synthèse.

Mais, 2014 aura été surtout marquée par la mise à disposition sur SCORE-Santé du suivi des indicateurs de mortalité suivant la cause à partir de 1979. En effet, les données des recensements de 1975 et de 1982 sont parvenues au début de l'été ; elles ont permis de réaliser les estimations de population et d'enchaîner sur le calcul des taux. Pour les taux standardisés, deux populations de référence ont été utilisées : la population française au RP 2006 et la nouvelle population européenne de référence de 2010².

Par ailleurs, différents travaux et réflexions ont été menés pour enrichir la base par thématiques : refonte de thèmes pour lesquels les indicateurs étaient obsolètes (Emploi et revenus, Adultes et familles en difficultés sociales, Conditions de vie des enfants, Prestations sociales), valorisation des séries longues présentées sur SCORE-Santé avec notamment des développements statistiques autour de la significativité temporelle et territoriale des taux standardisés, intégration des indicateurs de suivi de l'état de santé de la population (révision 2013).

Pour ce dernier point, suite au travail partenarial engagé par la Drees et la DGS, d'actualisation des indicateurs de santé suivis dans le cadre du rapport annuel sur l'état de santé de la population en France, une nouvelle liste d'indicateurs a été établie. Les indicateurs disponibles au niveau régional, voire infra-régional, ont pour objet d'être intégrés dans l'arborescence par thématique de SCORE-Santé.

Deux numéros de la lettre électronique SCORE-Santé ont été diffusés en 2014 aux ORS naturellement et aux organismes et services membres du Groupe projet, mais aussi aux personnes inscrites sur la base SCORE-Santé. Volontairement succincte, les lettres comportent quatre à cinq rubriques selon les numéros. Enfin, il est important de préciser que le site Internet enregistre environ 11 000 visites par mois et près de 2 000 personnes sont inscrites sur l'espace personnel SCORE-Santé, la plupart l'étant à titre professionnel.

¹ cf. p. 87 développement informatique - outil de calcul.

² population standardisée européenne 2013, deux sexes confondus.

Page d'accueil de SCORE-Santé

The screenshot shows the homepage of the SCORE-Santé website. At the top, there is a navigation bar with the logo 'FNORS' and 'Fédération nationale des observatoires régionaux de santé'. Below this, there is a main navigation menu with items like 'Indicateurs', 'Contextes', 'Tableaux thématiques', 'Outil de calcul', 'Présentation', 'Partenaires', 'Autres BDD', and 'Contact Presse'. The main content area is titled 'Bienvenue sur la base de données SCORE-Santé' and contains several sections: 'Le site d'information en santé SCORE-Santé met à disposition des décideurs, des professionnels de santé et de la population des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la population et ses déterminants.', 'Il a vocation à être un outil de référence en matière d'indicateurs de santé à différents niveaux géographiques.', 'Ce site est financé dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs entre le ministère en charge de la santé et la Fnors. Sa réalisation est soutenue financièrement par les collectivités locales et nationales qui financent les données et les différents acteurs.', 'Il comprend deux espaces d'information en santé : - la base de données de plus de 2 700 indicateurs ; - les contextes nationaux à l'échelle de plus de 70 thèmes de contexte ; - les tableaux thématiques regroupant un ensemble d'indicateurs.', 'Inscription gratuite à l'espace personnel' with a link 'Cliquez ici pour vous inscrire'. On the right side, there is a section for 'La lettre de SCORE-Santé' with a link 'Cliquez ici pour vous inscrire' and a logo for 'ars' (Agence Régionale de Santé).

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

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

Financée dans le cadre d'une convention pluriannuelle d'objectifs par le ministère en charge des sports, cette étude a pour objectif d'apporter une aide aux acteurs participant à la mise en place d'actions de prévention du dopage chez les sportifs.

Le travail repose sur l'analyse de plus de 150 entretiens semi-directifs menés dans six régions (Auvergne, Bretagne, Haute-Normandie¹, Picardie², Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes) auprès de six sous-populations (sportifs mineurs, sportifs majeurs, parents de sportifs, élus et cadres, encadrants et professionnels de santé) dans six disciplines (basket-ball, cyclisme, football, gymnastique, judo et tennis). Chacun des six sports est investigué dans deux régions différentes permettant ainsi d'avoir des points de vue divers.

L'année 2012 avait été dédiée à la réalisation d'une grande partie des entretiens (et à leur retranscription) ainsi qu'au travail de synthèse bibliographique. L'année 2013 a été consacrée au bouclage du terrain (fin des entretiens) et à la rédaction d'un rapport. Le rapport, qui a été finalisé en 2014, a pour objet de mettre en exergue, d'une part, les représentations, attitudes et les pratiques des sportifs et de leur entourage vis-à-vis des conduites dopantes et des pratiques de dopage et, d'autre part, les leviers et freins existants chez ces différents publics.

En final, l'objet est de développer et d'améliorer la prévention, compte tenu des représentations, pratiques et systèmes de contraintes de chacun.

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

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

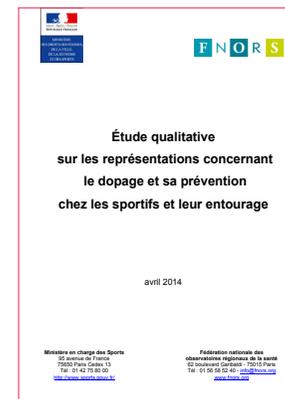
Une restitution orale des résultats s'est tenue le 21 mars 2015 à Paris lors du 15^e colloque national de lutte et de prévention du dopage organisé par le Comité nationale olympique du sport français. À noter enfin qu'une communication a été proposée au prochain congrès de la SFSP qui se tiendra en novembre 2015 à Tours.

¹ en Haute-Normandie, les entretiens ont porté sur le basket ball et le judo.

² en Picardie, les entretiens ont porté sur le football et le tennis.

³ les deux plaquettes ont la même première page.

Le rapport



La première page de deux plaquettes³



Mission à Mayotte

Dans le cadre de ses missions de soutien aux ORS et de développement de l'observation de la santé, une délégation de la Fédération nationale des ORS (Fnors) s'est rendue à La Réunion et à Mayotte. Elle était composée d'André Ochoa, président de la Fnors et d'Alain Trugeon, administrateur de la Fnors.

Deux objectifs étaient dévolus à cette mission : identification du besoin des acteurs mahorais en matière d'observation de la santé, modalité d'une extension de SCORE-Santé aux territoires ultramarins non présents dans la base de données (s'inscrivant dans la continuité des conclusions du rapport de la Cour des comptes sur la santé dans les outre-mer et du document sur les inégalités sociales de santé dans les départements ultramarins -cf. p.70-) De ce fait, Mayotte apparaissait comme un laboratoire d'une démarche plus générale à mener auprès des collectivités d'outre-mer dans toute leur diversité de fonctionnement.

La mission a comporté plusieurs étapes. Une analyse bibliographique a été réalisée en préalable en prenant en comptes autant que possible la littérature grise et les différents rapports produits sur le territoire de Mayotte. De nombreux échanges ont également eu lieu avec l'ORS de La Réunion qui a été amené par le passé à effectuer plusieurs missions dans ce département. Toutefois, le cœur de la mission a reposé sur les échanges avec les personnes directement concernées, à savoir, d'une part, les producteurs d'information et, d'autre part, les utilisateurs potentiels des travaux d'observation. Il s'agit du point le plus important de la mission. En effet, au-delà des informations sur l'existant et les besoins en matière de santé, ces rencontres ont permis, de comprendre, tout au moins en par-

tie, les enjeux existant autour de la politique de santé et l'importance des relations entre les différents partenaires. Une table ronde organisée à la délégation Mayotte de l'ARS Océan Indien a été particulièrement constructive par le fait qu'elle a permis d'échanger collectivement sur les enjeux d'une observation partagée à Mayotte. D'autres rencontres avec différents responsables au sein du centre hospitalier mahorais (CHM), de la médecine du travail et du conseil général ont également été très productives, tout particulièrement avec cette dernière institution qui détient une partie de la réponse dans la mise en place d'un observatoire de la santé à Mayotte. En effet, outre ses services et notamment celui de la protection maternelle et infantile (PMI) qui détient des données très importantes compte tenu du contexte démographique, la création d'une structure d'observation ne peut, d'un point de vue politique, se faire sans cette collectivité au côté de l'ARS.

À l'issue de la mission, trois grands points sont tout particulièrement ressortis : un système d'information insuffisant, le besoin d'une observation organisée et l'importance d'une structure autonome.

Le premier point tient au fait que le système d'information existant est très insuffisant pour avoir une vision quantifiée précise des problèmes de santé de la population, même si certains éléments permettent d'estimer une situation peu favorable. Concernant le système d'information, tous les acteurs rencontrés ont fait part d'un manque de données disponibles ou exploitées, de leur validation quand ces données existent et la nécessité d'une coordination pour les rendre disponibles à tous de manière non contestable.

Le deuxième point est extrêmement positif. Il existe une volonté réelle d'une très grande majorité d'acteurs que la situation actuelle ne peut perdurer en matière de méconnaissance des problématiques de santé. Les divers professionnels et surtout décideurs rencontrés sont tous désireux de disposer d'une structure capable de répondre aux besoins d'une observation organisée et partagée.

Le troisième point est une conséquence du deuxième ; il a trait au fait que la majorité des acteurs rencontrés souhaite l'existence d'un système d'observation de la santé pour Mayotte. Ce « système » pourrait prendre la forme d'un observatoire régional de la santé autonome ou en liaison étroite avec l'ORS de La Réunion.

Le rapport a été remis à l'ARS Océan Indien et à la DGS. À suivre désormais mais l'idée d'une structure mahoraise antenne de l'ORS La Réunion (qui deviendrait l'ORS Océan Indien) est en train de prendre du sens.

Une vision mahoraise



Regards croisés en régions

Initié fin 2012, ce projet avait pour objectif de partager, avec les décideurs des secteurs sanitaire (ARS), social (DRJSCS) et environnemental (Dreal), de l'information en vue de mieux cerner leurs attentes en régions afin qu'ils puissent disposer des outils nécessaires pour mener des politiques concertées de lutte contre les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé (Itess).

Ce projet a reposé sur un partenariat entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), le Commissariat général du développement durable (CGDD) et l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris).

Plus concrètement, ce projet a abouti à la réalisation d'une enquête par questionnaire en ligne (mise en place et analyse assurées par l'OR2S), l'organisation d'une journée de travail sur l'observation des Itess et la production d'un rapport.

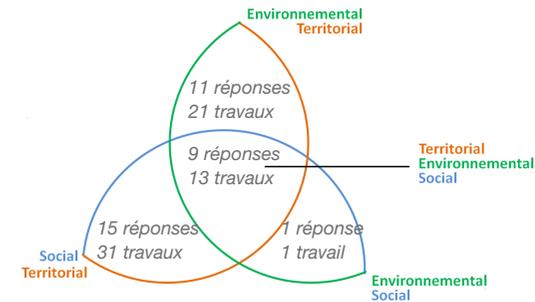
L'enquête par questionnaire en ligne a été menée au premier trimestre 2013 auprès de l'ensemble des ARS, Dreal et DRJSCS, qui a permis le recensement de travaux faisant des diagnostics ou des états des lieux croisant au moins deux des trois dimensions -sociale, territoriale et environnementale- avec la santé et le repérage d'actions résultant de politique(s) publique(s) concertée(s) visant à réduire ces inégalités, actions menées par les différentes directions et agences ayant répondu au questionnaire.

En final, les productions sont peu nombreuses comme le souligne le schéma ci-contre récapitulatif des diagnostics et états des lieux sur l'ensemble des régions ayant répondu au recueil (25 sur 26 avec au moins 70 % quels que soient les organismes - ARS, Dreal, DRJSCS-).

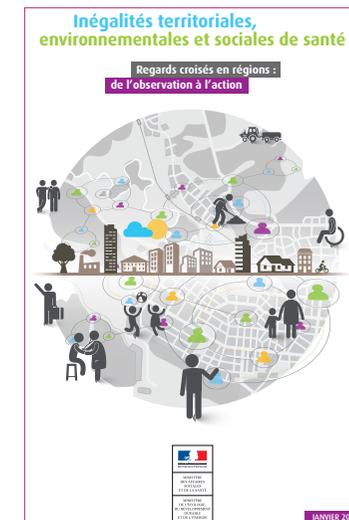
Ces éléments ont servi de socle pour l'organisation d'une journée de travail qui s'est tenue le 5 septembre 2013 au ministère chargé de la santé à Paris.

Les résultats de l'enquête par questionnaire et la synthèse des contributions orales et des différents échanges de la journée ont débouché sur un rapport dont la rédaction a été coordonnée par la Fnors. Il a été achevé et diffusé au premier trimestre 2014.

Les expériences en termes de diagnostics ou d'états des lieux relevés dans les régions selon le croisement



Le document de synthèse



PÔLE SOCIAL

Données de nature sociale

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

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

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

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

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

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

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

Les données actuellement disponibles, proviennent :

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

- du ministère de la Défense, 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, 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 ;
- de l'Urssaf, permettant d'obtenir des indicateurs autour des entreprises et leurs personnels ;
- de la MSA, permettant d'obtenir des indicateurs sur l'emploi dans le secteur agricole.

Les indicateurs produits peuvent être enrichis en fonction des besoins et des demandes des partenaires².

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

Certains indicateurs sont accessibles, à différents échelons géographiques, aux membres de la *Plateforme sanitaire et sociale*, *via* un *login* et un mot de passe sur le site Internet dans la partie dédiée aux indicateurs, la *Base territoriale des indicateurs*⁴.

¹ cf. au verso, pour plus de détail concernant la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie et en p.83 pour la Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie.

² le groupe de travail autour du logement a permis d'alimenter cette base de données avec de nouveaux indicateurs. Pour plus d'informations sur ce groupe, cf. p. 80.

³ cf. p. 87, développement informatique - Outil de calcul.

⁴ cf. p. 79, Base territoriale des indicateurs.

Plateforme sanitaire et sociale de Picardie

La Plateforme sanitaire et sociale de Picardie, installée en 2010 et co-présidée par le Préfet de région, le Président du conseil régional et le Directeur général de l'ARS, est animée par l'OR2S. En 2014, l'activité a tourné autour de six axes qui ont été décidés lors du Copil qui s'est tenu le 2 avril 2014. À noter que la Cour des comptes a pris, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2014, la PF2S comme référence dans le cadre d'une consolidation nécessaire du système d'observation.

Groupe projet

Animé par l'OR2S, le groupe projet est composé du Creai, chargé du pôle d'observation du médico-social, de la DRJSCS, de l'Insee, de l'ARS, du conseil régional, des conseils généraux (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 huit fois en 2014, essentiellement en comité de rédaction de la lettre d'information de la *Plateforme sanitaire et sociale* (cinq réunions), mais aussi pour l'organisation de la journée annuelle de la *Plateforme* (trois réunions).

Pôle d'observation médico-sociale

Les objectifs de ce pôle géré par le Creai de Picardie devenue Apradis Picardie depuis le 21 janvier 2015 sont le recueil des données actualisées et fiables, le renforcement du partage de ces informations et la réalisation d'analyses partagées et cohérentes du territoire avec l'ensemble des acteurs. La diffusion auprès des acteurs, des décideurs, des financeurs... d'une synthèse actualisée des données disponibles fait aussi partie des objectifs.

En 2014, un *focus* de quatre pages a été publié sur les services à domicile en Picardie (Samsah, SAVS et Ssiad) ; trois articles ont été rédigés par le pôle d'observation médico-sociale dans la lettre électronique de la *Plateforme* : tableau de bord des données médico-sociales disponibles en 2014, « Handi-Données en Picardie » et état des lieux des dispositifs recensant les listes d'attente des établissements et services médico-sociaux picards.

Les indicateurs de cohésion sociale

Le deuxième numéro des *indicateurs de cohésion sociale*¹ daté de 2014, comprend huit thématiques : démographie, éducation et scolarité, emploi, fragilité professionnelle et revenus, allocations et autres prestations, logement, personnes handicapées, enfance et familles, personnes âgées. Dix-sept tableaux d'indicateurs et des textes explicitant la situation régionale et les spécificités infra-régionales forment le corps de ce document. Cinquante-deux cartes par arrondissement illustrent le document.

Copil du 2 avril 2014



La Journée²

La journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* s'est déroulée à Compiègne le 20 novembre sur la thématique jeunes et précarité.

Site Internet³

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

La lettre d'information

Quatre numéros sont parus au titre de l'année 2014 (mai, juillet, novembre, décembre). La lettre d'information est adressée par mail à plus de 2 500 adresses contacts⁵.

¹ cf. p. 81.

² cf. p. 100.

³ cf. p. 97.

⁴ cf. p. 79.

⁵ www.pf2s.fr ; cf. p. 99.



Rapport de la cour des comptes avec le focus portant sur la PR2S

La plateforme d'observation sanitaire et sociale de Picardie

La plateforme sanitaire et sociale de Picardie est financée par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, l'ARS et le conseil régional de Picardie et animée par l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie. Rassemblant une soixantaine d'organismes intervenant dans le domaine de la santé et du social, elle collecte et traite les données pour réaliser une observation de la santé à un niveau infra régional.

Base territoriale des indicateurs

En plus des productions papier de la Plateforme sanitaire et sociale, les signataires de la charte ont accès, depuis le début de l'année 2015, à des indicateurs accessibles à différents niveaux géographiques, sur l'espace dédié du site Internet de la Plateforme, la Base territoriale des indicateurs.

Depuis le début de l'année 2015, un espace dédié accessible à partir du site Internet de la Plateforme sanitaire et sociale permet à des personnes identifiées travaillant au sein des structures signataires de la charte de la PF2S 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 du conseil régional, de l'ARS et de la DRJSCS 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 de la Plateforme, d'un conventionnement avec des producteurs de données au niveau national ou sont téléchargeables librement sur les sites Internet de différents producteurs de données. 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. Neuf sessions ont été organisées en 2014 (cf. p. 104) et au début de l'année 2015 afin de permettre aux utilisateurs d'avoir une bonne utilisation de cet outil et de présenter les données qui y sont intégrées. Les identifiants de connexion sont envoyés aux participants après que ceux-ci aient 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.

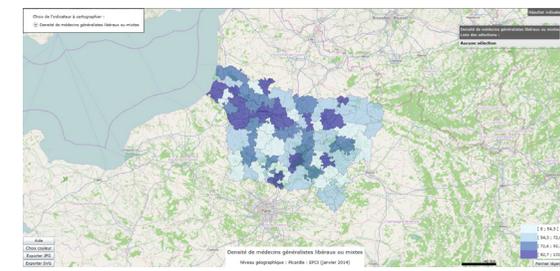
Les utilisateurs disposent ainsi d'indicateurs actualisés régulièrement sur l'échelon le plus proche de leur territoire d'expertise : pour le niveau géographique le plus fin de leur choix, soit le canton dans sa nouvelle délimitation, l'EPCI, le Bef ou le bassin de vie. Les indicateurs proposés (actuellement près de 200) sont répartis en trois grandes thématiques : données socio-démographiques, offre de soins et état de santé.

Cette base, naturellement évolutive, s'inscrit dans la pérennité et est en permanente adéquation avec les demandes. Ainsi, les indicateurs sont régulièrement mis à jour en fonction de la disponibilité des données. De même, en fonction des besoins spécifiés, de nouveaux indicateurs et de nouvelles thématiques peuvent être intégrées à l'image de celle sur le logement qui s'est vu étoffée d'indicateurs relevant d'une réflexion issue du groupe logement mis en place dans le cadre de la PF2S.



Exemple de tableau et de cartographie générés

Niveau géographique	Titulaire de la carte (dernière mise à jour)	Taux de construction de logements	Part de logements selon le type de logement	Part de logements selon le statut de logement	Part de logements selon le statut de logement
TS Somme	4.3387704221982	84.752842110153	0.232814520474	7.014694310093	
TS Aisne Nord - Haute Somme	2.3040486621174	88.62081078785	2.3815175816125	8.7875810506032	
TS Aisne Sud	3.573915030022	87.463301217201	5.320045533009	7.4587863204952	
TS Oise Est	5.178959989907	89.618782251059	5.1689960257482	6.2682811488089	
TS Oise Ouest	5.3459025480285	90.588420759718	5.1689960257482	6.2682811488089	



Autour du logement

Dans le cadre de la Plateforme sanitaire et sociale, le groupe de travail autour du logement, co-présidé par la DRJSCS et la Dreal¹, a continué ses réflexions pour répondre aux besoins de connaissances autour du logement, du logement social, de l'hébergement et de l'accès au logement, suite au constat du manque de données sur cette thématique dans l'observation sociale.

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

¹ outre la Dreal, la DRJSCS et l'OR2S, le groupe réunit de nombreuses institutions : Adil, ARS, DDCS, conseil régional, conseils départementaux, Insee, URH.

² cf. page précédente, Base territoriale des indicateurs.

Afin de compléter la vingtaine d'indicateurs déjà validés par le groupe, les réflexions ont porté sur les indicateurs de suroccupation via le fichier des logements par commune (Filocom). Des demandes au sein du groupe ont également abordé la possibilité de décliner certains indicateurs déjà validés, par exemple selon le statut d'occupation.

Le travail du groupe a ainsi permis d'étoffer le chapitre Logement de la seconde édition du document « Les indicateurs de cohésion sociale » présenté page ci-contre. Il comprend désormais trois tableaux sur cette thématique, dont un sur la suroccupation des logements (cf. carte).

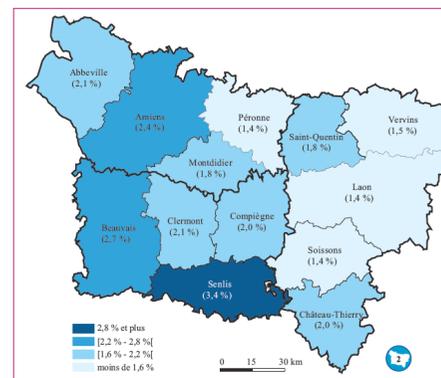
Certains indicateurs sont disponibles grâce à un login et un mot de passe, via la Base territoriale des indicateurs² pour les signataires de la charte de la Plateforme ayant effectué une formation à l'utilisation de la base et ayant signé un acte d'engagement. Un dictionnaire des données présente précisément les définitions, les méthodes de calculs, les sources, les précisions méthodologiques et les limites. Les informations fournies sont nécessairement en accord avec le secret statistique et les conventions passées entre l'OR2S et les organismes fournisseurs de données. C'est pourquoi quelques données ne sont accessibles que sur les publications papier de la Plateforme.

Le groupe a également validé la décomposition en sous-thématiques du chapitre Logement sur cette base.

Enfin, la Dreal a fourni les données relatives au recours Dallo, à la demande de logement social et aux aides Anah. Celles-ci ont en effet fait l'objet de premières réflexions. Une demande auprès de la Caf a été effectuée pour obtenir des données sur le taux d'effort des allocataires.

Pour 2015, l'objectif est de définir les indicateurs à retenir et l'échelon minimal sur lequel il est possible de travailler concernant le recours Dallo, la demande de logement social, les aides Anah et le taux d'effort, toujours dans le but de les intégrer aux futures productions de la PF2S.

Ménages en suroccupation légère ou lourde
au 1^{er} janvier 2013



Source : Dreal Picardie - Filocom 2013 - MEEDDM d'après DGFiP

Les indicateurs de cohésion sociale

La Plateforme sanitaire et sociale de Picardie a publié en décembre 2014 le second numéro dédié aux indicateurs de cohésion sociale. Ce document, financé par la DRJSCS, le conseil régional et l'ARS est le fruit d'un partenariat entre l'OR2S et une grande partie des institutions signataires de la Charte de la Plateforme qui ont transmis leurs données.

Le document a pour objectif de décrire la situation sociale de la région, en y intégrant la dimension territoriale. Cet outil est destiné aux acteurs régionaux, départementaux et locaux pour permettre de favoriser la cohérence et la complémentarité des actions menées par l'ensemble des partenaires, à un niveau plus fin que la région ou le département.

Il est réalisé dans la continuité du Cir, outil généraliste et emblématique de l'observatoire social picard puis de la *Plateforme sanitaire et sociale* qui présente ses thématiques au niveau de l'EPCI. Il est alimenté de données, les plus actualisées possibles, issues de sources multiples, provenant pour la plupart de producteurs signataires de la *Plateforme sanitaire et sociale* de Picardie. Une même source peut alimenter plusieurs thématiques.

Composé d'une soixantaine de pages, ce document présente des indicateurs aux niveaux départemental, régional et national, avec les *minima* et *maxima* pour l'ensemble des départements de l'Hexagone. Outre les dix-sept tableaux intégrant les indicateurs pour les différents niveaux géographiques mentionnés, cinquante-deux cartes en illustrent certains au niveau de l'arrondissement, montrant ainsi les spécificités infra-départementales en termes de caractéristiques sociales.

Il dresse une photographie sociale de la région à travers huit grandes thématiques :

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

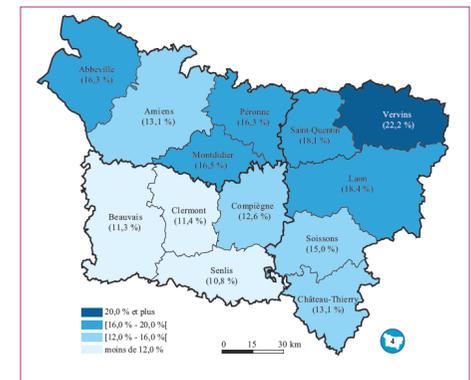
Outre les tableaux et les cartes, chaque thématique est enrichie d'un texte explicitant la situation régionale et les spécificités infra-départementales.

Par rapport au premier ouvrage, la présente édition est notamment enrichie au niveau du chapitre « Allocations et autres prestations » par des indicateurs relatifs à la composition familiale des allocataires (pour l'ensemble des allocataires et les allocataires du RSA) et aux personnes couvertes par les allocations (toutes confondues). Le chapitre « Logement » a bénéficié des réflexions du groupe de travail autour du logement au sein de la PF2S (cf. page ci-contre), permettant de voir s'étoffer, comme dans le Cir, le nombre d'indicateurs.

Les indicateurs de cohésion sociale, 2^e édition



Jeunes en difficultés de lecture en 2013



Source : Ministère de la Défense – DSN

Situation sociale en Picardie - Analyses des inégalités territoriales

L'OR2S a publié dans le cadre des travaux de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie un état des lieux de la situation sociale de la région. Ce document, qui s'inscrit tant dans le cadre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale que dans la Stratégie nationale de santé, met en exergue l'hétérogénéité de la région et caractérisent les zones de plus grande précarité.

De nombreuses données de nature sociale sont produites par différents organismes pour leurs propres besoins. Elles permettent d'améliorer la connaissance dans le domaine social de la population. Pour une majorité, ces données sont disponibles à l'échelon communal, unité de base de tout regroupement géographique (excluant de fait le niveau infra-communal). Elles permettent d'aboutir à la production d'indicateurs de suivi déclinables à différents niveaux géographiques et de travaux synthétiques.

Quatre niveaux géographiques ont été décryptés à partir des indicateurs les plus discriminants au regard de chacun des territoires. Deux permettent de situer la Picardie, à travers deux de ses composantes (départements et arrondissements), par rapport aux autres régions de France. Les deux autres échelons retenus descendent à un degré plus fin : les cantons dans leur nouveau découpage de février 2014, en comparaison avec la moyenne nationale, et les quartiers ; ces derniers ne concernent alors qu'une petite partie de la Picardie, à savoir les neuf villes les plus peuplées. Une typologie sociale a été définie sur chacun de ces échelons géographiques. Elles décrivent, de façon assez précise, l'hétérogénéité des situations sociales et offrent ainsi aux différents décideurs des éléments concrets pour l'élaboration de leurs priorités.

Près de soixante-dix indicateurs ont été analysés au niveau des départements, arrondissements et cantons. Parmi ces indicateurs, quatorze ont permis de définir les différentes typologies. Ils ont été retenus de façon à couvrir de manière non redondante divers champs du domaine social : enfance et familles, emploi, fragilité professionnelle et revenus, éducation et scolarité, allocations et autres prestations, personnes en situation de handicap, logement. Pour ce faire, deux méthodes statistiques ont été employées : l'analyse en correspondances principales (ACP) et la classification ascendante hiérarchique (CAH). L'objectif de l'ACP est de décrire un ensemble d'observations à partir de plusieurs variables quantitatives ; cette méthode permet d'identifier les indicateurs qui résument au mieux les différences entre les territoires étudiés. L'objectif de la CAH est de regrouper les territoires en un nombre restreint de classes homogènes qui soient le plus dissemblables possibles. Un découpage en cinq classes a été retenu pour ces trois niveaux géographiques.

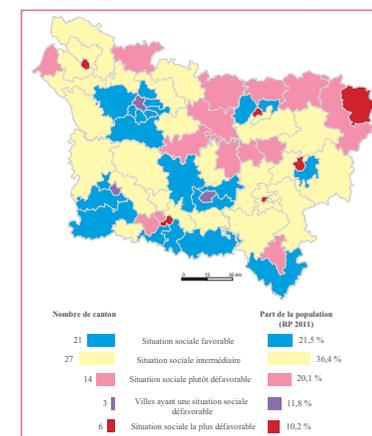
Moins de données sont disponibles à l'échelon infra-communal, ne permettant donc pas de retenir les mêmes indicateurs que ceux utilisés pour déterminer les typologies aux trois niveaux géographiques précédemment mentionnés. Les analyses ont été menées sur les mêmes méthodes statistiques : une ACP, élaborée à partir de sept indicateurs, et une CAH ; ceci a permis de définir une typologie en quatre classes.

Publiée sous la forme d'une plaquette de huit pages, ce document a été remis à l'occasion de la journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* qui s'est tenue le 20 novembre 2014².

La plaquette



Typologie sociale des cantons picards



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Économie et des Finances – DGFIP, RPLS

¹ ou sur le regroupement de quartiers (quand la population du quartier est faible) ou sur une partie du quartier (les quartiers hétérogènes d'un point de vue socio-démographique ont été dissociés quand la taille de la population le permettait).

² ces mêmes analyses ont été parallèlement menées en Haute-Normandie ; cf. p. 84.

HAUTE-NORMANDIE

Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie

À l'initiative du Préfet de région, du Directeur général de l'ARS et du Président de la Région, la Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie a été installée le 7 novembre 2014. Elle poursuit une démarche partenariale engagée en 2011 et se calque sur l'expérience de la Plateforme développée en Picardie depuis une dizaine d'années.

La mise en place de la Plateforme d'observation sanitaire et sociale a débuté dès le printemps 2014. Rendue possible grâce aux trois financeurs de la Plateforme -la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, l'agence régionale de santé et la Région Haute-Normandie-, des rencontres ont eu lieu avec les organisations parties prenantes de l'observation sanitaire et sociale dans la région.

Une trentaine de structures a été consultée : services de l'État et établissements publics, collectivités locales, associations sanitaires ou sociales¹. Par la suite, d'autres organismes seront amenés à faire partie du dispositif, en fonction des champs d'observation étudiés.

Deux instances ont été mises en place pour assurer le bon fonctionnement de la Plateforme. Réuni pour la première fois le 7 novembre 2014, le Comité de pilotage (Copil) rassemble tous les partenaires. Il se réunit une fois par an et dresse la feuille de route annuelle. À ses côtés, le Comité de suivi, mis en place le 22 janvier 2015 et rassemblant une quinzaine de personnes, assure le suivi quotidien des travaux de la Plateforme décidés par le Copil.

Les objectifs de la Plateforme sont de plusieurs natures. Il s'agit tout d'abord de rassembler les acteurs fournisseurs et les utilisateurs de données couvrant le champ de la santé, du médico-social, de la cohésion sociale et de la jeunesse et des sports.

L'idée est de pouvoir travailler ensemble, tant à la définition d'indicateurs pertinents pour décrire les situations sanitaires, sociales et médico-sociales de la population régionale, qu'à leur interprétation en vue de les rendre opérationnels, facilitant la définition ou l'évaluation des politiques publiques. Quatre objectifs principaux sont poursuivis par la Plateforme : coopération régionale en matière d'information, recensement, valorisation et diffusion des données, analyse des besoins en matière de données, mise en œuvre d'une méthodologie assurant la cohérence des informations élaborées et leur fiabilité, création d'un lieu de veille pour améliorer la connaissance de l'évolution des populations de la région. Si les politiques publiques ne vont pas s'élaborer en son sein, du moins la Plateforme devrait-elle réunir les outils nécessaires à l'organisation d'une intelligence collective. Un travail en complémentarité pour éviter toute redondance inutile, d'une part, pour mieux appréhender les phénomènes sociaux et répondre aux besoins des populations dans les territoires, d'autre part, est aussi engagé.

La visibilité de la Plateforme est assurée par l'ouverture d'un site Internet, la diffusion d'une revue trimestrielle et la mise à disposition des partenaires de la Plateforme d'une base d'indicateurs leur permettant de calculer les données sur différentes entités géographiques. Des publications mettront à disposition les principaux résultats des divers travaux menés dans le cadre de la Plateforme.

¹ en plus des trois initiateurs de la démarche (ARS, la Région et DRJSCS), ont été rencontrés : Insee, MSA, Direccte, CSN, conseil général de l'Eure, conseil général de la Seine-Maritime, DTPJJ, Rectorat, Cnam, Banque de France, Dreal, RSI, Carsat, Decad'e, Emma76, Creai, Caf, MDPH, SPIP-DISP, Crefor, FHP.

La plaquette



Situation sociale en Haute-Normandie - Analyses des inégalités territoriales

L'OR2S a publié dans le cadre des travaux de la Plateforme d'observation sanitaire et sociale de Haute-Normandie un état des lieux de la situation sociale de la région. Ce document, qui s'inscrit tant dans le cadre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale que dans la Stratégie nationale de santé, met en exergue l'hétérogénéité de la région et caractérisent les zones de plus grande précarité.

De nombreuses données de nature sociale sont produites par différents organismes pour leurs propres besoins. Elles permettent d'améliorer la connaissance dans le domaine social de la population. Pour une majorité, ces données sont disponibles à l'échelon communal, unité de base de tout regroupement géographique (excluant de fait le niveau infra-communal). Elles permettent d'aboutir à la production d'indicateurs de suivi déclinables à différents niveaux géographiques et de travaux synthétiques.

Quatre niveaux géographiques ont été décryptés à partir des indicateurs les plus discriminants au regard de chacun des territoires. Deux permettent de situer la Haute-Normandie, à travers deux de ses composantes (départements et arrondissements), par rapport aux autres régions de France. Les deux autres échelons retenus descendent à un degré plus fin : les cantons dans leur nouveau découpage de février 2014, en comparaison avec la moyenne nationale, et les quartiers ; ces derniers ne concernent alors qu'une petite partie de la région, à savoir les treize villes les plus peuplées. Une typologie sociale a été définie sur chacun de ses échelons géographiques. Chacune d'entre elles décrit, de façon assez précise, l'hétérogénéité des situations sociales et offre ainsi aux différents décideurs des éléments concrets pour l'élaboration de leurs priorités.

Près de soixante-dix indicateurs ont été analysés au niveau des départements, arrondissements et cantons. Parmi ces indicateurs, quatorze ont permis de définir les typologies. Ils ont été retenus de façon à couvrir de manière non redondante différents champs du domaine social : enfance et familles, emploi, fragilité professionnelle et revenus, éducation et scolarité, allocations et autres prestations, personnes en situation de handicap, logement. Pour ce faire, deux méthodes statistiques ont été employées : l'analyse en correspondances principales (ACP) et la classification ascendante hiérarchique (CAH). L'objectif de l'ACP est de décrire un ensemble d'observations à partir de plusieurs variables quantitatives ; cette méthode permet d'identifier les indicateurs qui résument au mieux les différences entre les territoires étudiés. L'objectif de la CAH est de regrouper les territoires en un nombre restreint de classes homogènes et qui soient le plus dissemblables possibles entre elles. Un découpage en cinq classes a été retenu pour les typologies par département et arrondissement et en quatre classes pour celle par canton.

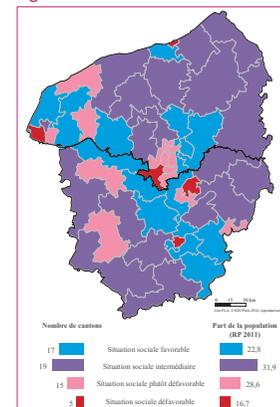
Moins de données sont disponibles à l'échelon infra-communal, ne permettant donc pas de retenir les mêmes indicateurs que ceux utilisés pour déterminer les typologies aux trois niveaux géographiques précédemment mentionnés. Les analyses ont été menées sur les quartiers¹ des villes. Elles reposent sur les mêmes méthodes statistiques : une ACP, élaborée à partir de sept indicateurs, et une CAH qui a permis de définir une typologie en quatre classes.

Sous la forme d'une plaquette de huit pages, ce document a été remis lors de la journée d'installation de la Plateforme sanitaire et sociale qui s'est tenue à Rouen le 7 novembre 2014².

La plaquette



Typologie sociale des cantons haut-normands



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Économie et des Finances – DGFIP, RPLS

¹ ou sur le regroupement de quartiers (quand la population du quartier est faible) ou sur une partie du quartier (les quartiers hétérogènes d'un point de vue socio-démographique ont été dissociés quand la taille de la population le permettait).

² ces mêmes analyses ont été parallèlement menées en Picardie ; cf. p. 82.

RECHERCHE & DÉVELOPPEMENT

Développement informatique - Outil de calcul

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

À la fin des années quatre-vingt-dix, devant le nombre croissant de demandes de données faites par différents partenaires, l'OR2S a développé un outil informatique qui permet de répondre plus rapidement à ces demandes spécifiques. Ainsi, depuis une quinzaine d'années, un outil de calcul est développé dans une vision qui se veut la plus généraliste possible de gestion de grandes bases de données. Cet outil a tout d'abord été déployé pour répondre aux besoins internes de l'OR2S et, depuis quelques années, il est aussi utilisé par des personnes extérieures à la structure : notamment d'autres ORS et par des structures signataires de la charte de la Plateforme¹.

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

Cet outil de calcul permet de décliner les indicateurs à différents niveaux géographiques : cantons,

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

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

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

également en cours pour permettre à l'utilisateur d'effectuer rapidement et simplement des cartographies des indicateurs calculés³.

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

¹ cf. p. 79 Base territoriale des indicateurs.

² pour plus de détail sur les données sanitaires, cf. p. 45 à 47 et, sur les données de nature sociale, p. 77.

³ cf. Développement informatique - Cartographie page suivante.



Développement informatique - Cartographie

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

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

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

Une partie déjà opérationnelle depuis plusieurs années, a trait à une cartographie modifiable en temps réel, notamment dans le cadre de la gestion de crises (sanitaires ou sociales), pour un premier projet, et d'actions de prévention, pour un second. Pour ces deux projets, les informations sont recueil-

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

Une seconde partie, opérationnelle sous une première version depuis le premier semestre 2014, a trait à la représentation d'indicateurs à différents niveaux géographiques. L'objet du développement est de permettre à une personne d'obtenir rapidement la cartographie d'indicateurs disponibles via un outil de calcul, et ce par simple sélection d'indicateur², et sans que cette personne ait besoin de déterminer la discrétisation la plus adéquate (algorithme basé sur la distribution de la série). Davantage de méthodes de représentation cartographique sont en cours de développement (points proportionnels pour représenter des nombres -cf. illustration- d'autres méthodes de discrétisation : Jenks...). Des réflexions sont également en cours pour améliorer l'algorithme permettant de déterminer la discrétisation optimale.

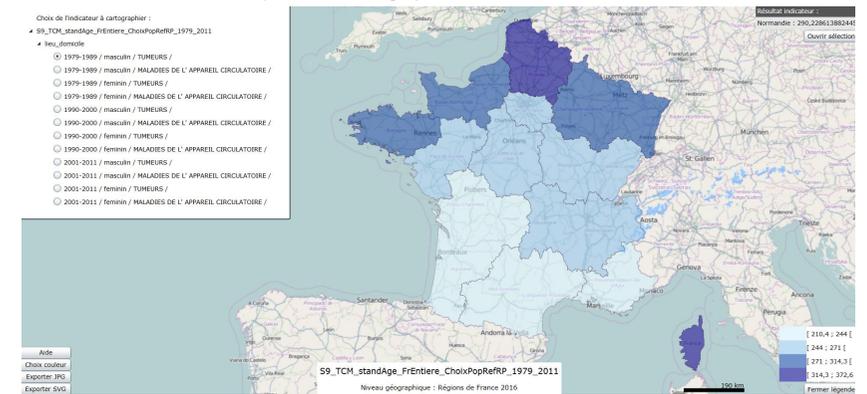
Par ailleurs, ces applications initialement programmées en *Silverlight* ont entièrement été reprogrammées en *Javascript* pour pouvoir être utilisées sur

tablette et *smartphone*. Ces extensions sont en cours de finalisations et seront disponibles courant du premier semestre 2015.

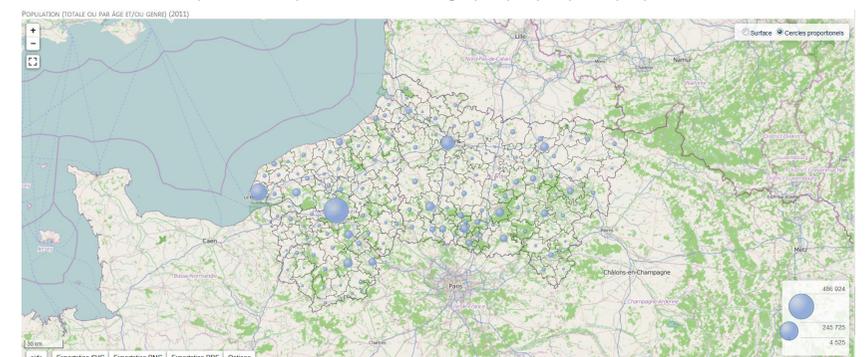
¹ cf. développement informatique - Questionnaire page ci-contre.

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

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



Exemple d'une représentation cartographique par point proportionnel



Développement informatique - Questionnaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les entretiens collectifs, ou *focus groups*

Mis au point dans les années quarante, les entretiens collectifs relèvent d'une démarche qualitative cherchant à faire émerger les attitudes, croyances et opinions qui sous-tendent les comportements. Cette méthode est utilisée notamment en marketing (études des comportements des consommateurs) mais elle l'est aussi en sciences sociales, y compris pour les programmes d'éducation à la santé. Elle constitue une autre forme de réponse dans la démarche qualitative aux entretiens individuels.

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

Comme pour les entretiens individuels, les personnes rencontrées en entretiens de groupe doivent faire l'objet d'un choix « raisonné » : en qualitatif, il ne s'agit pas de rechercher la représentativité au sens statistique du terme, mais la diversité existante par rapport à une thématique donnée. Selon le sujet exploré, il est nécessaire de choisir des participants selon 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 (colègues, 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 puissent se faire.

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 2014, une phase d'évaluation de la recherche-action *PicAlim* a débutée. Dans la continuité de 2013, cette seconde phase de travail a nécessité la tenue d'entretiens individuels par l'OR2S auprès des professionnels (infirmière, enseignant, conseiller principal d'éducation) et d'entretiens collectifs auprès des lycéens¹.

¹ cf. p. 53 Recherche-action en 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 en 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, qui sont de nature différentes. 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 à celles liées aux non répondants. Les erreurs d'observations sont dues au fait que la situation réelle d'un individu ne correspond pas forcément à l'information qui est recueillie *via* l'enquête : biais de mémoire de la personne enquêtée, biais introduit volontairement par l'enquêté du fait de questions sensibles (exemple de la sous déclaration du poids par certaines personnes en situation de surpoids ou d'obésité), questions ambiguës, mal définies ou mal formulées, erreurs de saisies des réponses... Les deux autres types d'erreurs sont

liés au fait que la base de sondage (ensemble des individus listés composant la population) n'est pas toujours exhaustive et aux non-réponses de certains (refus, non joignables). Ces types d'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 2014 : *Jesais*, enquête menée auprès élèves de sixième et de seconde scolarisés dans un établissement public de Picardie ; *Indiss*, enquête passée auprès des élèves de cinquième et de seconde scolarisés dans un établissement public de Haute-Normandie ; le *Baromètre santé* portant sur les jeunes de 15-34 ans ; le programme de surveillance des MCP pour la Picardie ; *Evrest*, dispositif santé-travail pour la Haute-Normandie ; une étude portant sur l'état de santé des personnes détenues en Picardie.

COMMUNICATION & DOCUMENTATION

Documentation

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

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

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

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

En 2014, 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 650 ouvrages sont ainsi disponibles sur Internet.

La base de données documentaires

Réseau documentaire du Pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie
 Bienvenue sur la base de données bibliographiques du Pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie
 Vous pouvez lancer une recherche portant sur un ou plusieurs mots (titre, auteur, éditeur, ...).
 Tout type de document x | Tous sites | Rechercher | Aide
 Titres Collections Tags Auteurs Catégories Résumé et notes Editeurs Indexations décimales Tous les champs
 Bienvenue sur la base de données bibliographiques du Pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie
 Vous n'avez pas d'idée pour chercher ? Entrez dans la bibliothèque...
 Accueil
 Sélection de la langue
 Français
 Se connecter
 accéder à votre compte de lecteur
 identifiant
 Mot de passe oublié ?
 Coordination
 IREPS de Picardie
 Espace industriel nord
 67 rue de Poulainville
 80080 AMIENS
 03 22 71 78 02
 Familes rurales
 Visser mécaux
 Pont-Rémy et environs
 Asso. Familles Rurales Pont-Rémy et environs
 ireps
 IREPS Oise
 Espace Santé
 CCAS - Espace Santé d'Abbeville
 ireps
 IREPS Somme
 SCBREN
 CRDP Académie d'Amiens
 CRDP de l'Académie d'Amiens
 ireps
 IREPS Aisne
 OR2S
 Point Information Jeunesse de Chauny
 Ville
 d'HIRSON
 Point Infos-Santé - CCAS d'Hirson
 SIS Animation
 Réseau documentaire du Pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie Faire une recherche avec Google pmb

Site Internet de l'OR2S

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

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

Il se compose de quatre grands modules.

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

La partie « Structure » présente le fonctionnement de l'association, ainsi que son historique et ses coordonnées complètes. Les rapports d'activité et autres documents administratifs sont situés dans cette partie.

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

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

La création d'une chaîne *Youtube* permet de mettre en ligne les présentations animées ou les vidéos de colloques ou manifestations. La vidéo réalisée à l'occasion de la recherche action *PicAlim* et présentant les principaux résultats a ainsi été implantée sur la chaîne OR2S.

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

Les pages du site OR2S

Sites Internet des Plateformes sanitaires et sociales

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

Dans leur structure, les deux sites sont identiques, composés de trois parties.

La première partie, « Actualités », met en ligne les actualités de santé, du social et du médico-social de la région, mais aussi du niveau national, européen, voire mondial.

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

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

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

En 2014, cent-soixante-sept articles ont été publiés en Picardie. Parmi eux, cent-neuf, concernaient la santé, trente-cinq le social et quatorze le médico-social. Dans le Top-dix des articles les plus populaires, la présentation des numéros de PF2S est en bonne place (2 831 clics pour la page de présentation du n°23, 1 582 pour le n°24), 326 clics pour celle présentant la loi de modernisation du système de santé ou encore 312 clics pour la publication « Le suicide en Picardie ».

Un constat cependant : l'inscription des internautes sur le site reste faible avec moins de deux cents membres recensés en fin 2014.



En Picardie



En Haute-Normandie

Picardie en santé et bien-être

Portée par l'Ireps, l'OR2S et le pôle de compétence en éducation pour la santé, la lettre électronique Picardie en santé et bien-être a poursuivi sa parution en 2014 avec neuf numéros pour, en fin d'année, près de 4 000 abonnés picards et, plus largement, francophones.

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 informe plus spécifiquement sur les activités de l'OR2S, de l'Ireps et du pôle de compétence.

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 du Nord - Pas-de-Calais, de Champagne-Ardenne, mais aussi en Belgique, Suisse, Canada, Grande-Bretagne...

Cette lettre est conçue dans le cadre de la politique régionale de santé de Picardie et du pôle régional de compétence en éducation pour la santé.

Les neuf numéros de la lettre électronique de 2014



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 2014, quatre lettres sont parues en mai (n°23), juillet (n°24), novembre (n°25). Le n°26 daté de décembre a été diffusé au début 2015.

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 quelques 2 500 destinataires auxquels elle est adressée.

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

Les articles parus en 2014

Édito

Henri-Pierre Radondy (mai)
 Alain Jégo (juillet)
 William de Zorzi (novembre)
 Nicole Klein (décembre)

On en a parlé

Stratégie nationale de santé : des attentes en région (mai)
 Journée régionale santé-justice 2014 (juillet)
 Curapp : colloque sur la famille (novembre)
PicAlim (novembre)
 Jeunes et précarité : journée de la *Plateforme* (décembre)

Actualités

Mesure alternative des inégalités (mai)
 La loi de modernisation du système de santé (juillet)
 État généraux du travail social (novembre)
Les indicateurs de cohésion sociale (décembre)

Entretiens

Le travail social (Marc Lonnoy, mai)
 Les alternatives à l'emprisonnement (Juliette Soisson, juillet)
 Bonnes pratiques du soutien à la parentalité (Aline Osman-Rogele, novembre)
 Les inégalités sociales de santé (Pierre Lombrail, décembre)

Initiatives

Logement adapté au service du projet de vie (mai)
 Handi-Pacte Picardie (juillet)
 Le conseil consultatif des personnes accueillies ou accompagnées (novembre)
 Évaluation d'impact sur la santé en Picardie (décembre)

Focus

Carsat Nord-Picardie (mai)
 Mutualité sociale agricole de Picardie (mai)
 Vieillir au travail en bonne santé (mai)
 La santé en milieu pénitentiaire (juillet)
 Familles et parentalité (novembre)
 Inégalités sociales de santé (décembre)

Données nationales

Prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile (mai)
L'open data (juillet)
 Rapport sur la sécurité sociale (novembre)
 Les risques psychosociaux en France et en Europe (décembre)

Europe

AGE Plateforme Europe lance AFE-INNOVNET (mai)
ENVI (juillet)
 La parentalité positive en Europe (novembre)
 Panorama de la santé en Europe (décembre)

Ressources documentaires

Logement adapté (mai)
 Zéro sans solution « pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap » (juillet)
 Inégalités socio-sanitaires dans les Dom (novembre)
 Situation sociale : inégalités territoriales (décembre)

Tribune libre

Nathalie Frigul (mai)
 Brigitte Chatoney (novembre)
 Bruno Sanchez (décembre)

Les quatre numéros de 2014



Journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* : Jeunes et précarité

En 2014, la traditionnelle Journée de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie s'est déroulée le 20 novembre sur le thème *Jeunes et précarité* à l'Ifsi de Compiègne. Elle a réuni une soixantaine de participants.

La journée fut introduite par Selim Kançal (direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale) et par Rémy Caveng (université de Picardie Jules Verne). Chacun de leur point de vue, celui de la politique publique pour le premier, de la recherche pour le second, ils ont mis en avant la polysémie des termes et les nécessaires pluriels à adjoindre aux termes « jeunesses » et « précarités ».

Les intervenants des deux tables rondes qui se sont succédé dans la matinée ont par la suite décliné les enjeux de la jeunesse et de la précarité, au sens générique des termes, pour leur propre institution et les publics bénéficiaires de leurs services. L'accès aux droits des usagers de l'Assurance maladie les étudiants en situation de précarité, les jeunes lycéens et des missions locales, les actions de prévention en direction des jeunes, sont parmi les exemples dont il a été montré que l'articulation entre « jeunesses » et « précarités » n'était ni évidente, ni aisée à mettre en œuvre.

L'après-midi s'est déroulée sous forme de sessions de *speed meeting*. L'Écume du jour, les missions locales de la Picardie maritime et de l'Oise occidentale, Initi'elles, le centre d'information jeunesse de l'Aisne, Coallia, ont présenté chacun une action mise en œuvre vers les publics jeunes en situation de précarité. D'une durée d'une demi-heure, ces échanges ont permis de détailler en profondeur l'action ou le dispositif présenté.

En conclusion de la journée, Dominique Carpentier, vice-président du conseil économique, social et environnemental régional, a rappelé combien les politiques publiques devaient se mettre à l'écoute des différentes jeunesses et devaient leur offrir des voies de développement et d'accès à la citoyenneté, et non des impasses.

L'amphithéâtre
lors des plénières du matin



L'affiche et le programme



Speed-meeting de l'après-midi



Une plaquette de présentation

Mieux connaître une structure, c'est désormais l'objet des sites Internet qui permettent de retrouver toutes les informations en temps réel. Cela passe aussi par la production d'un document tel que ce rapport d'activité qui offre une lisibilité précise quant au fonctionnement. La communication doit prendre en permanence des formes adaptées. C'est dans ce contexte que la plaquette synthétique a été actualisée en 2014 à l'occasion de l'arrivée de l'OR2S sur l'aire géographique de Haute-Normandie. Elle s'adresse à un public qui ne connaît pas forcément l'OR2S.

Cette plaquette sous la forme d'un A4 recto-verso plié permet d'avoir une vision synthétique de l'organisation de la structure qui passe par l'historique, le partenariat, la composition de ses instances dirigeantes et le personnel. Les missions sont développées dans une deuxième partie, notamment autour de l'expertise, l'accompagnement et l'information. La dernière partie aborde les modalités de réponse qu'apporte l'organisme en regard des demandes qui lui sont adressées, que ce soit dans la gestion des bases de données, la réalisation d'outils adaptés (enquêtes spécifiques tant dans le domaine quantitatif que dans l'approche qualitative) et la production de documents de synthèse ou de rapports. Le verso du document est plus illustré avec un ciblage précis des partenaires et une information concernant la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* (PF2S). Les coordonnées de l'OR2S s'y trouvent également mentionnées.

Depuis l'installation en Haute-Normandie de l'OR2S, cette plaquette aura été diffusée au cours de diverses manifestations. Peuvent être ainsi mentionnés la réunion plénière d'installation de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), le colloque « Robert Castel » organisé par le P2Ris, les assises solidarité de Saint-Étienne-du-Rouvray, le colloque « Jeunes et jeunesses en région Haute-Normandie » co-organisé par l'université de Rouen et le Ceser. Cette plaquette a par ailleurs été diffusée au centre de documentation de l'Ireps et naturellement aux membres de la PF2S haut-normande. En tout, c'est près de 1 000 exemplaires qui auront été distribués au cours de l'année 2014 en Haute-Normandie.

Organisation

L'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S) est une association loi 1901 fondée en 1982 en Picardie adhérente à la fédération nationale des ORS. Suite à la volonté commune de l'ORS de la Région de l'OR2S, l'OR2S a rejoint la Haute-Normandie début 2014 pour effectuer une observation de la santé et du social dans la continuité de celle menée par l'ORS 026.

Avec plus de 30 ans d'expérience dans le domaine de la santé publique et de l'étude sur le terrain social, l'OR2S travaille en partenariat avec des organismes à vocations nationale, régionale et locale, qu'ils soient publics ou privés.

L'Observatoire dispose du cadre des régions Haute-Normandie et Picardie en travaillant avec les ORS des autres régions et leur fédération, mais aussi avec des partenaires internationaux (Belgique, Grande-Bretagne, Suisse, Tunisie).

Son conseil d'administration est constitué de membres de droit représentant les collectivités territoriales et les principales institutions du domaine sanitaire et social et de membres des associations de médecins, de l'action sanitaire et sociale.

L'équipe d'une vingtaine de permanents est composée de spécialistes des domaines sanitaire et social : travaux, principales disciplines qui les caractérisent : démographie, documentation, données de la santé, épidémiologie, gestion de base de données, informatique, santé publique, sociologie et statistique. Elle est renforcée à certains moments par différents stagiaires.

Des premiers travaux en Haute-Normandie

Installation d'une plateforme d'observation sanitaire et sociale (cf. voir versant actualisation du tableau de bord social) expérimentation, analyse de la santé des jeunes, réalisation d'une plaquette sur le suicide, participation au programme Enact, accompagnement des partenaires à partir des bases de données...



Missions

Ses missions s'inscrivent dans l'amélioration de la connaissance de la population dans le domaine sanitaire et social au plan régional et infra-régional.

L'Observation s'articule alors autour de trois axes :

- **l'expertise** en inventariant et en analysant les diverses sources de données sanitaires et sociales et en associant et/ou en réalisant des études spécifiques ;
- **l'accompagnement** en soutenant les professionnels locaux dans leur méthodologie d'enquêtes et en participant à l'évaluation technique d'actions et de programmes ;
- **l'information** en communiquant et en diffusant les résultats sous une forme accessible aux différents partenaires.

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



Réponses

Les moyens de réponses de l'OR2S sont multiples à partir de 3 niveaux :

- la gestion des bases de données en provenance de la plupart des producteurs des champs de la santé et du social ;
- la valorisation d'informations existantes, en produisant à l'expertise, l'analyse et la synthèse des données provenant de différents organismes ;
- la réalisation et le traitement d'enquêtes quantitatives et qualitatives ;
- la coordination et l'animation en réseaux de professionnels de santé (médecins, pharmaciens, laboratoires d'analyses médicales...);
- la conception de rapports adaptés pour les établissements de santé notamment dans le cadre de leur projet d'établissements ;
- la construction et le développement d'une observation sanitaire et sociale partagée.

Ses moyens logistiques et informatiques lui permettent de proposer :

- une production d'analyses statistiques et cartographiques précises, élaborées à partir de bases de données ;
- des outils de recueil permettant une collecte standardisée et fiable ;
- une conception de documents référentiels (normative sanitaire et social...);
- des produits d'illustrations de résultats et de communication.

Ses expertises dans ses divers domaines d'intervention lui permettent de participer à des actions de formation auprès de multiples professionnels.

Observatoire régional de la Santé et du Social

Partenaires

Plateforme d'observation sanitaire et sociale

Dynamisme local Conférence nationale

OR2S Observatoire régional de la santé et du social

HAUTE-NORMANDIE
 1 rue des Lézards
 82010 Arromanches-les-Bains
 Tél. : 03 22 22 77 26 • Fax : 03 22 82 77 81
 E-Mail : info@or2s.fr

ANTENNE DE HAUTE-NORMANDIE
 Pôle régional de Santé
 115, boulevard du Parcours
 77100 Meaux (France)
 Tél. : 07 71 30 30 04 • Fax : 03 22 82 77 41
 E-Mail : info@or2s.fr

http://www.or2s.fr et http://www.pf2s.fr

Interventions

14 janvier 2014, Amiens

Alain Trugeon

« *Questions de santé : situation des jeunes en Picardie* »*Réunion du comité de pilotage académique des CESC*

4 février 2014, Amiens

Alain Trugeon

« *Santé/social - territorial : un appariement qui a du sens* »*Débat régional de la Stratégie nationale de santé*

14 février 2014, Laon

Alain Trugeon

« *Questions de santé : situation des jeunes en Picardie* »*Rencontres avec les infirmier(ère)s*

11 mars 2014, Saint-Quentin

Alain Trugeon

« *Diagnostique et indicateurs de santé* »*Prévention et santé publique Mutualité française*

13 mars 2014, Amiens

Céline Thienpont

Présentation des indicateurs abordant la corpulence issus de l'enquête Jesais et de la recherche-action PicAlim

27 mars 2014, Amiens

Alain Trugeon

« *Questions de santé : situation des jeunes en Picardie* »*Rencontres avec les infirmier(ère)s*

4 avril 2014, Compiègne

Alain Trugeon

« *Questions de santé : situation des jeunes en Picardie* »*Rencontres avec les infirmier(ère)s*

4 avril 2014, Beauvais

Alain Trugeon

« *Questions de santé : situation des jeunes en Picardie* »*Rencontres avec les infirmier(ère)s*

10 avril 2014, Amiens

Nadège Thomas

« *Outil d'aide à l'accompagnement des politiques sociales* »*Copil du Praps*

24 juin 2014, Amiens

Anne Lefèvre

« *La santé de la mère et de l'enfant : chiffres et repères* »*Présentation des données de santé de la mère et de l'enfant dans la Somme et contexte socio-démographique*

9 juillet 2014, Mont-Saint-Aignan

François Michelot

Journée d'étude organisée par le Cetaps - Université de Rouen et le Ceser de Haute-Normandie
« *Jeunes et jeunesse en région Haute-Normandie* »
La santé des jeunes haut-normands - Quelques éléments de cadrage

9 octobre 2014, Évreux

Olivia Guérin

*Journée départementale des infirmier(ère)s scolaires de l'Eure**La santé des jeunes en Haute-Normandie - Restitution de l'étude Indiss*

10 octobre 2014, Amiens

Alain Trugeon

« *Quelle réalité de la production des indicateurs dans l'accompagnement des politiques* »*La protection sociale : que voulons-nous en faire ?*

13 octobre 2014, Le Havre

Olivia Guérin

*Journée départementale des infirmier(ère)s scolaires de Seine-Maritime**La santé des jeunes en Haute-Normandie - Restitution de l'étude Indiss*

15 octobre 2014, Amiens

Nadège Thomas

« *Inégalités territoriales et sociales de santé : comparaisons et analyses infra-régionales* »*Copil du Praps*

16 octobre 2014, Rouen

Olivia Guérin

*Journée départementale des infirmier(ère)s scolaires de Seine-Maritime**La santé des jeunes en Haute-Normandie - Restitution de l'étude Indiss*

5 novembre 2014, Noyon

Céline Thienpont, Philippe Lorenzo

Journée régionale de présentation des résultats de la recherche-action PicAlim.

12 novembre 2014, Saint-Denis (La Réunion)

Alain Trugeon

« Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer : analyses infra-régionales et comparaisons avec le niveau national - territorial : un appariement qui a du sens »

1^{er} congrès de recherche en santé publique de l'Océan Indien

12 novembre 2014, Amiens

Nadège Thomas

« Cancer du sein et données sociales »

Groupe de travail « parcours de santé cancer » ARS

17 novembre 2014, Beauvais

Céline Thienpont

Quelles solutions pour répondre au choix de vie à domicile des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap ?

Journée régionale Fehap

19 novembre 2014, Paris

Nadège Thomas

« Méthodologie de diagnostic territorial »

Journée des correspondants statistiques CCMSA

11 décembre 2014, Lille

Philippe Lorenzo

7^e rendez-vous transfrontalier de la santé : La coopération transfrontalière sanitaire et médico-sociale. États des lieux, enjeux et perspectives

Les projets de coopérations transfrontalières : Générations en santé, Thiérache santé prévention, Icapros

12 décembre 2014, Amiens

Alain Trugeon

« Inégalités sociales : quand la prise en compte du territoire est essentielle à leur détermination »

Séminaire sur les inégalités sociales de santé et l'évaluation d'impact sur la santé

Formations

16 mai 2014, Paris

Cindy Alix, Nadège Thomas

Utilisation de l'outil de calcul

17 juin 2014, Beauvais

Sophie Debuisser, Nadège Thomas

Utilisation de la Base territoriale des indicateurs

18 juin 2014, Amiens

Sophie Debuisser, Nadège Thomas

Utilisation de la Base territoriale des indicateurs

19 juin 2014, Amiens

Sophie Debuisser, Nadège Thomas

Utilisation de la Base territoriale des indicateurs

14 octobre 2014, Amiens

Sophie Debuisser

Utilisation de la Base territoriale des indicateurs

17 octobre 2014, Amiens

Sophie Debuisser

Utilisation de la Base territoriale des indicateurs

23 octobre 2014, Amiens

Sophie Debuisser

Utilisation de la Base territoriale des indicateurs

24 octobre 2014, Amiens

Nadège Thomas

Utilisation de la Base territoriale des indicateurs

5 novembre 2014, Beauvais

Philippe Faillie, Salah Zerkly

Utilisation de l'outil MCP

5 novembre 2014, Compiègne

Philippe Faillie, Salah Zerkly

Utilisation de l'outil MCP

13 novembre 2014, Soissons

Philippe Faillie, Salah Zerkly

Utilisation de l'outil MCP

14 novembre 2014, Amiens

Philippe Faillie, Céline Thienpont, Salah Zerkly

Utilisation de l'outil MCP

25 novembre 2014, Nogent-sur-Oise

Sylvie Bonin, Bruno Sawczynski

Étude Jesais - Présentation de l'application informatique de saisie des questionnaires

8 décembre 2014, Bordeaux

Nadège Thomas

Utilisation de l'outil de calcul

8 décembre 2014, Longueau

Martine Rodriguès, Bruno Sawczynski

Étude Jesais - Présentation de l'application informatique de saisie des questionnaires

11 décembre 2014, Rivery

Martine Rodriguès, Bruno Sawczynski, Alain Trugeon

Étude Jesais - Présentation de l'application informatique de saisie des questionnaires

Documents publiés par l'OR2S (depuis 2013)

Février 2013

Nadège Thomas

Les indicateurs de cohésion sociale : Arrondissement d'Abbeville ; Arrondissement d'Amiens ; Arrondissement Beauvais ; Arrondissement Château-Thierry ; Arrondissement Clermont ; Arrondissement Compiègne ; Arrondissement Laon ; Arrondissement Montdidier ; Arrondissement Péronne ; Arrondissement Saint-Quentin ; Arrondissement Senlis ; Arrondissement Soissons ; Arrondissement Vervins
DRJSCS, OR2S, 8 p. (pour chacun)

Mars 2013

Anna Boulinguez, Danièle Bourgerie, Laetitia Cecchini, Yassine Chaïb, Rémy Caveng, Bruno Goethals, Christine Jaafari, Éric Moreau, Marie-Véronique Labasque, Michel Liénard, Philippe Lorenzo, Anne-Marie Poulain, Aline Osman-Rogelet, Yvonne Pérot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°18
ARS, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 20 p., n° ISSN : 1962-283X

Lise Trottet, Alain Trugeon, Nadine Scandella, André Ochoa, François Michelot, Bernadette Lémercy
Guide d'utilisation de SCORE-santé
Fnors, OR2S, ORS Aquitaine, ORS Bourgogne

Avril 2013

Anna Boulinguez, Danièle Bourgerie, Laetitia Cecchini, Yassine Chaïb, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Bruno Goethals, Christine Jaafari, Éric Moreau, Marie-Véronique Labasque, Michel Liénard, Philippe Lorenzo, Anne-Marie Poulain, Aline Osman-Rogelet,

Yvonne Pérot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon

Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°19
ARS, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 20 p., n° ISSN : 1962-283X

Juin 2013

Anna Boulinguez, Danièle Bourgerie, Laetitia Cecchini, Yassine Chaïb, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Bruno Goethals, Christine Jaafari, Éric Moreau, Marie-Véronique Labasque, Gaëtan Desfontaines, Philippe Lorenzo, Anne-Marie Poulain, Aline Osman-Rogelet, Yvonne Pérot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon

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

Lysandre Gaspais, Émilie Fauchille, Philippe Faillie, Christophe Level, Madeleine Valenty
Les maladies à caractère professionnel. Surveillance des maladies à caractère professionnel.
Directe, InVS, Conseil régional, les services de santé au travail de Picardie, OR2S, 8 p.

Juillet 2013

Céline Thienpont, Hervé Villet, Florent Verfaillie, Alain Trugeon, Alain Brié, Olivier Bonef, Philippe Petit, Pascal Sellier
Traumatisés crânio-cérébraux accueillis dans les services d'accueil d'urgence de Picardie
Conseil régional, UNAFTC, OR2S

Octobre 2013

Danièle Bourgerie, Laetitia Cecchini, Yassine Chaïb, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Bruno Goethals, Christine Jaafari, Éric Moreau, Marie-Véronique Labasque, Gaëtan Desfontaines, Philippe Lorenzo, Anna Ouattara, Anne-Marie Poulain, Aline Osman-Rogelet, Yvonne Pérot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°21
ARS, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 24 p., n° ISSN : 1962-283X

Décembre 2013

Myriam Hssaïda, Sophie Debuissier, Jean-Luc Schmit, Nathalie Decaux, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Sylvie Bonin
Sida et infection par le VIH en Picardie
OR2S, ARS, Conseil régional, Corevih, 4 p.

Anne Lefèvre, Émilie Fauchille, Marie Guerlin, Danièle Bourgerie, Philippe Lorenzo, Laurence Moutiez, Alain Trugeon
Non recours aux soins dans trois pays picards : Chaunois, Santerre - Haute Somme, Grand Creillois
Conseil régional, OR2S, 100 p.

Anne Ducamp, Sylvain Ferrec, Nadège Thomas, Émilie Blangeois, Thomas Degardin, Béatrice Oliveux, Sylvie Bonin, Chantal Chivet, Alain Trugeon, Hervé Villet, Cyril Boudier, Annabelle Yon, Philippe Lorenzo
Diagnostics territoriaux de santé des pays de Picardie : Vallées Bresles et Yères
OR2S, Conseil régional, 64 p.

Anne Ducamp, Sylvain Ferrec, Nadège Thomas, Émilie Blangeois, Thomas Degardin, Béatrice Oliveux, Sylvie Bonin, Chantal Chivet, Alain Trugeon, Philippe Lorenzo

Diagnosics territoriaux de santé des pays de Picardie : Grand Amiénois, partie Amiens Métropole
OR2S, Conseil régional, 64 p.

Anne Lefèvre, Sophie Debuissier, Myriam Hssaïda, Cindy Alix, Juliette Halifax, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Guillaume Baudet, Michèle Bellavoine, Jérôme Caron, Céline Dargaisse, Héléne Delattre-Massy, Maryse Delclitte, Christophe Dumoulin, Anne Évrard, Jérôme Gauchet, Lugdivine Gobin, Bruno Goethals, Sylvie Herduin, Catherine Huet, Maxime Lacoste, Annabelle Leroy-Derome, Ludivine Laude, Claire Lescellier, Éric Moreau, Louise Obein, Jérôme Peng, Mickaël Rusé, Chantal De Seze, Jacqueline Smulevici, Isabelle Vasseur

Croisement d'informations régionalisées, n°13
DRJSCS, Conseil régional, ARS, MSA, Carsat Nord-Picardie, Adema 80, Adécaso, Aisne Preventis, Creai, RSI, Caf de Picardie, Rectorat de l'académie d'Amiens, Conseil général de l'Aisne, Conseil général de l'Oise, Conseil général de la Somme, Dreal, Urssaf de Picardie, Direccte, Cpm de l'Aisne, Cpm de l'Oise et Cpm de la Somme, OR2S, 128 p., ISBN : 978-2-909195-62-9

Danièle Bourgerie, Laetitia Cecchini, Yassine Chaïb, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Bruno Goethals, Éric Moreau, Marie-Véronique Labasque, Gaëtan Desfontaines, Philippe Lorenzo, Anna Ouattara, Anne-Marie Poulain, Aline Osman-Rogelet, Yvonne Pérot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°22
ARS, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 20 p., n° ISSN : 1962-283X

Janvier 2014

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

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

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

Février 2014

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

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

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

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

Avril 2014

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

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

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

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

Mai 2014

Anne-Claire Bouchez, Danièle Bourgerie, Laetitia Cecchini, Yassine Chaïb, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Bruno Goethals, Marie-Véronique Labasque, Lugdivine Godin, Laurent Haegemann, Philippe Lorenzo, Éric Moreau, Anna Ouattara, Aline Osman-Rogelet, Yvonne Pérot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°23
ARS, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 20 p., n° ISSN : 1962-283X

Juillet 2014

Anne-Claire Bouchez, Danièle Bourgery, Laetitia Cecchini, Yassine Chaïb, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Lugdivine Godin, Bruno Goethals, Laurent Haegemann, Marie-Véronique Labasque, Philippe Lorenzo, Éric Moreau, Anna Ouattara, Aline Osman-Rogelet, Yvonne Pérot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon

Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°24

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

Septembre 2014

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon

Le suicide en Haute-Normandie

OR2S, ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, 12 p.

Émilie Fauchille, Philippe Faillie, Christophe Level, Madeleine Valenty

Les maladies à caractère professionnel - La Picardie dans le dispositif de surveillance épidémiologique des maladies à caractère professionnel

Directe, InVS, OR2S, Conseil régional, 8 p.

Octobre 2014

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon

La santé mentale chez les élèves de 2^{nde} en Haute-Normandie

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 mentale chez les élèves de 5^e en Haute-Normandie

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

Novembre 2014

Nadège Thomas, Alain Trugeon, François Michelot, André Ochoa, Marie-Josiane Castor-Newton, Vanessa Cornely, Sylvie Merle, Emmanuelle Rachou, et alii
Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer - Analyses infra-régionales et comparaisons avec le niveau national

Fnors, 96 p.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Situation sociale : Analyses des inégalités territoriales en Haute-Normandie

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

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

Situation sociale : Analyses des inégalités territoriales en Picardie

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

Décembre 2014

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

Les indicateurs de cohésion sociale

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

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

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

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

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

Sida et infection par le VIH en Picardie

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

Janvier 2015

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

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

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

Mars 2015

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon

Consommation de substances psychoactives chez les élèves de 2^{nde} en Haute-Normandie

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

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon

Consommation de substances psychoactives chez les élèves de 5^e en Haute-Normandie

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

Avril 2015

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon

La nutrition chez les élèves de 2^{nde} en Haute-Normandie

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

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon

La nutrition chez les élèves de 5^e en Haute-Normandie

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

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

Autour du soin chez les élèves de 5^e en Haute-Normandie

OR2S, ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, 12 p.

Hervé Villet, Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon

Sexualité et contraception chez les élèves de 2^{nde} en Haute-Normandie

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

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, 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 Scouézec, Philippe Lorenzo, Laurence Moutiez, Anna Ouattara, Aline Osman-Rogelet, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon, Cédric Vangertruy
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°27

ARS, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 16 p., n° ISSN : 1962-283X

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

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

GLOSSAIRE & INDEX

Glossaire A à C

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

ACP : analyse en correspondances principales

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

Adeli : Automatisation des listes

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

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

Adil : Agence départementale d'information sur le logement

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

AFE-INNOVNET : *Age-friendly environments thematic network on innovation*

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

AG : Assemblée générale

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

ALD : Affections de longue durée

ALM : Affection de l'appareil locomoteur

AMSN : Association médico-sociale de Normandie

Anah : Agence nationale de l'habitat

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

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

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

ARS : Agence régionale de santé

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

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

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

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVS : Auxiliaire de vie scolaire

AVS-I : Auxiliaire de vie scolaire chargé du suivi individuel d'un élève handicapé

Bef : Bassin d'éducation et de formation

BRSP : Base régionale de santé publique

CA : Conseil d'administration

Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

Caf : Caisse d'allocations familiales

CAH : Classification ascendante hiérarchique

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

Cati : *Computer Assisted Telephone Interview*

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

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

CESEC : 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

Cetaps : Centre d'études des transformations des activités physiques et sportives

CFA : Centre de formation d'apprentis

CGDD : Commissariat général au développement durable

CGET : Commissariat général à l'égalité des territoires

CH : Centre hospitalier

CHM : Centre hospitalier mahorais

CHU : Centre hospitalier universitaire

Cim : Classification internationale des maladies

Cir : *Croisement d'informations régionalisées*

Circe : Cancer inégalités régionales cantonales et environnementales

Clis : Classe pour l'inclusion scolaire

CLS : Contrat local de santé

CME : Commission médicale d'établissement

CMU : Couverture maladie universelle

Cnaf : Caisse nationale d'allocations familiales

Cnamts : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNRSI : Caisse nationale du régime social des indépendants

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

Crea : Communauté agglomération Rouen-Elbeuf-Austreberthe (devenue Rouen Métropole en 2015)

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

Crefor : Centre ressources emploi formation

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

Csapa : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSN : Centre du service national

Curapp : Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie

Glossaire D à Md

DADS : Déclaration annuelle des données sociales

Dalo : Droit au logement opposable

DAO : Dessin assisté par ordinateur

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

Datar : Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (devenue CGET en 2014)

DDCS : Direction départementale de cohésion sociale

Decad'e : Dépistage des cancers dans l'Eure

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

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

DO : Déclaration obligatoire

Dom : Département d'outre-mer

DPSEEA : *Driving Force, Pressure, State, Exposure Effect, Action*

Draaf : Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et des forêts

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

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)

DSN : Direction du service national

DTP : Diphtérie, tétanos, poliomyélite

DTPJJ : Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse

EmeVia : Ensemble des mutuelles étudiantes

Emma 76 : Association pour le dépistage des cancers en Seine-Maritime

ENVI : Environnement, santé publique et sécurité alimentaire, commission du Parlement européen

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

Eri : Équipe de recherche Inserm

Evrest : Évolutions et relations en santé au travail

Feder : Fonds européen de développement régional

Fehap : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

FFAS : Fonds français pour l'alimentation et la santé

FHF : Fédération hospitalière française

FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

Filocom : Fichier du logement communal

Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

Fnars : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

GHM : Groupe homogène de malades

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

GIP : Groupement d'intérêt public

Gis : Groupement d'intérêt scientifique

GPS : *Global Positioning System*

Grap : Groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances

Grog : Groupe régional d'observation de la grippe

GRSP : Groupement régional de santé publique

HAD : Hospitalisation à domicile

HN : Haute-Normandie

HPST : Hôpital, patients, santé et territoires (loi du 21 juillet 2009)

Https : *Hypertext transfer protocole secure*

IC : Intervalle de confiance

Icapros : Instance de coordination des actions pour la promotion en santé franco-belge

Ipsi : Institut de formation en soins infirmiers

I. Grog : Isidore Grog

INCa : Institut national du cancer

Indiss : Indicateurs de suivi en santé

Ineris : Institut national de l'environnement industriel et des risques

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

Ira : Infection respiratoire aiguë

Ireps : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

ISBN : *International standard book number*

ISL : Institut de sondage Lavalle

ISSN : *International standard serial number*

Itess : Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé

IUT : Institut universitaire de technologie

IVG : Interruption volontaire de grossesse

Jesais : Jeunes en santé, indicateurs et suivi

Mac : Macintosh

MCO : Médecine, chirurgie et obstétrique

MCP : Maladies à caractère professionnel

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

Glossaire Me à W

- MEEDDM** : Ministère de l'Écologie, de l'énergie, du Développement durable et de la mer
- Mildeca** : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
- Mildt** : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (devenue Mildeca en mars 2014)
- MSA** : Mutualité sociale agricole
- NOTRe** : Nouvelle organisation territoriale de la République
- Odicer** : Observation des drogues par l'information sur les comportements en région
- OFBS** : Observatoire franco-belge de la santé
- OFDT** : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- Oncopic** : Réseau régional de cancérologie de Picardie
- Open/Rome** : *Organize Promote Epidemiological Network* - Réseau d'observation des maladies et des épidémies
- OPPBTP** : Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
- OR2S** : Observatoire régional de la santé et du social
- ORS** : Observatoire régional de la santé
- Osa** : Observation statistiques analyses
- Oscars** : Observation et suivi cartographique des actions de santé
- P2Ris** : Pôle ressource recherche de l'intervention sociale en Haute-Normandie
- Paca** : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- PAO** : Publication assistée par ordinateur
- PC** : *Personal Computer*
- PCS** : Professions et catégories socioprofessionnelles
- PDF** : *Portable Document Format*
- PF2S** : *Plateforme sanitaire et sociale*
- PicAlim** : *Picardie alimentation*
- PMI** : Protection maternelle et infantile
- PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- PPS** : Prévention et promotion de la santé
- Praps** : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
- PRS** : Projet régional de santé
- PRSE** : Plan régional santé environnement
- PRSP** : Plan régional de santé publique
- Psas** : Programmation stratégique d'action de santé
- Réfips** : Réseau francophone international de promotion de la santé
- Rein** : Réseau d'épidémiologie et information en néphrologie
- RGPP** : Révision générale des politiques publiques
- Rim-P** : Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
- RLPS** : Réseau local de prévention de la santé
- ROR** : Rougeole, oreillons, rubéole
- RP** : Recensement de la population
- RPLS** : Répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux
- RPPS** : Répertoire partagé des professionnels de santé
- RPS** : Risques psychosociaux
- RQTH** : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- RSA** : Revenu de solidarité active
- RSI** : Régime social des indépendants
- SA** : Société anonyme
- Samsah** : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- SAVS** : Service d'accompagnement à la vie sociale
- SCORE-Santé** : Site commun d'observation régionale en santé
- Sesi** : Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (ministère chargé de la santé)
- SFSP** : Société française de santé publique
- Sgar** : Secrétaire général aux affaires régionales
- SGMAS** : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
- Sida** : Syndrome de l'immunodéficience acquise
- SIG** : Système d'information géographique
- Sintel** : Sous-direction informatique et télécommunication (ministère chargé de la santé)
- Sniiram** : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
- Spad** : Système portable pour l'analyse des données numériques
- Spip-Disp** : Services pénitentiaires d'insertion et de probation - Direction interrégionale des services pénitentiaires
- SPSS** : *Statistical Package for the Social Sciences*
- SQL** : *Structured Query Language*
- Ssiad** : Service de soins infirmiers à domicile
- SSR** : Soins de suite et de réadaptation
- T2A** : Tarification à l'activité
- TBSE** : Tableau de bord santé environnement
- TMS** : Troubles musculo-squelettiques
- To** : Teraoctets
- UFSBD** : Union française pour la santé bucco-dentaire
- Ulis** : Unité localisé pour l'inclusion scolaire
- UNAFTC** : Union nationale des associations des familles de traumatisés crâniens
- UPJV** : Université de Picardie Jules Verne
- URH** : Union régionale pour l'habitat
- Uriopss** : Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
- URPS** : Union régionale des professionnels de santé
- Urssaf** : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
- UTC** : Université technologique de Compiègne
- VIH** : Virus de l'immuno-déficience humaine
- Wifi** : *Wireless Fidelity*

Index

SOMMAIRE

PRÉAMBULE

L'entrée dans la modernité

HISTORIQUE, MISSIONS & PARTENAIRES

Historique

Missions

Partenaires

CONSEIL D'ADMINISTRATION & BUREAU

24 membres de droit

24 membres élus

Les membres du Bureau

LOCAUX & PERSONNELS

Locaux

Personnels

L'équipe du pôle administratif

L'équipe du pôle informatique

L'équipe du pôle études et bases de données

L'équipe de l'antenne haut-normande

MOYENS TECHNIQUES

Hardware

Software

Autres matériels internes et externes

MOYENS FINANCIERS

L'évolution du budget et des financeurs

p. 3	ACTIVITÉS & TEMPS		
	Personnel et horaires de travail	p. 35	
	Heures effectuées en 2014 suivant le projet	p. 36	
p. 7	Évolution des heures travaillées suivant le poste d'activité	p. 37	
p. 11	ACTIVITÉ AU QUOTIDIEN		
p. 11	Gestion	p. 41	
p. 11	Réunions - Formations	p. 41	
	Savoir, faire, savoir faire et faire savoir	p. 41	
	PÔLE SANTÉ		
p. 15	Données de mortalité	p. 45	
p. 16	Données de morbidité - Affections de longue durée	p. 46	
p. 17	Données de morbidité - Hospitalisation	p. 47	
	Données de morbidité - Certificats de santé	p. 48	
p. 21	Programme de surveillance de la grippe	p. 49	
p. 21	Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel	p. 50	
p. 22	État de santé des personnes détenues	p. 51	
p. 22	Jeunes en santé, indicateurs et suivi	p. 52	
p. 23	Recherche-action en nutrition	p. 53	
p. 24	<i>Baromètre santé</i> jeunes	p. 54	
	Diagnostic régional de santé	p. 55	
p. 27	Le suicide en Picardie	p. 56	
p. 27	<i>Profil santé</i> de la ville d'Amiens	p. 57	
p. 27	Atlas santé travail	p. 58	
	Sida et infection par le VIH	p. 59	
	Cancer : inégalités régionales, cantonales et environnement	p. 60	
p. 31	Réussite éducative	p. 61	
	Situation socio-sanitaire des pays et EPCI de Picardie	p. 62	
	Cancer du sein et données sociales dans le cadre de l'observatoire		p. 63
	des maladies chroniques		p. 64
	<i>Indiss</i> - Indicateur de suivi en santé		p. 65
	Le suicide en Haute-Normandie		
	Actualisation des territoires prioritaires pour la mise en œuvre du schéma régional de prévention		p. 66
	Accompagnement des politiques publiques		p. 67
	Santé au travail : le dispositif <i>Evrest</i>		p. 68
	Tableau de bord santé environnement		p. 69
	Santé, précarité, nutrition		p. 69
	Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer		p. 70
	SCORE-Santé		p. 71
	Étude qualitative sur les représentations concernant le dopage et sa prévention chez les sportifs et leur entourage		p. 72
	Mission à Mayotte		p. 73
	Regards croisés en régions		p. 74
	PÔLE SOCIAL		
	Données de nature sociale		p. 77
	<i>Plateforme sanitaire et sociale</i> de Picardie		p. 78
	<i>Base territoriale des indicateurs</i>		p. 79
	Autour du logement		p. 80
	<i>Les indicateurs de cohésion sociale</i>		p. 81
	Situation sociale en Picardie - Analyses des inégalités territoriales		p. 82
	<i>Plateforme d'observation sanitaire et sociale</i> de Haute-Normandie		p. 83
	Situation sociale en Haute-Normandie - Analyses des inégalités territoriales		p. 84

Index

RECHERCHE & DÉVELOPPEMENT

Développement informatique - Outil de calcul	p. 87
Développement informatique - Cartographie	p. 88
Développement informatique - Questionnaire	p. 89
Les entretiens collectifs, ou <i>focus groups</i>	p. 90
Enquêtes quantitatives	p. 91

COMMUNICATION & DOCUMENTATION

Documentation	p. 95
Site Internet de l'OR2S	p. 96
Sites Internet des <i>Plateformes sanitaires et sociales</i>	p. 97
<i>Picardie en santé et bien-être</i>	p. 98
Lettre d'information de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i>	p. 99
Journée de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i> : Jeunes et précarité	p. 100
Une plaquette de présentation	p. 101
Interventions	p. 102
Formations	p. 104
Documents publiés par l'OR2S (depuis 2013)	p. 105

GLOSSAIRE ET INDEX

Glossaire de A à C	p. 111
Glossaire de D à Md	p. 112
Glossaire de Me à W	p. 113
Index	p. 114

Copyrights

Logiciels

Microsoft Excel de Microsoft®

Adobe In Design™ de Adobe System Incorporated

Adobe Illustrator™ de Adobe System Incorporated

Adobe Photoshop™ de Adobe System Incorporated

Polices de caractères

Adelle Basic®

Helvetica Neue LT Std®

Museo Slab®

Réalisation

Macintosh iMac Intel Core 2

Imprimante Canon C5045

Observatoire régional de la santé et du social

Directrice de la publication : D^r Élisabeth Lewandowski

Siège social

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

Antennes

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

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

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

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

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

Imprimé en mai 2015 à l'OR2S