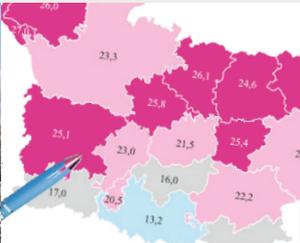


Rapport d'activité



OBSERVATOIRE RÉGIONAL
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE PICARDIE

2013

Rapport d'activité 2013

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 79	RECHERCHE & DÉVELOPPEMENT 87
COMMUNICATION & DOCUMENTATION 95	GLOSSAIRE & INDEX 111

PRÉAMBULE

Des politiques publiques confrontées à un triple enjeu

Grâce au développement des capacités de calculs dû à des moyens informatiques de plus en plus performants, le premier enjeu, d'ordre technique, correspond à l'apparition de nouveaux métiers liée pour une grande part à la volumétrie des bases de données générées mais aussi à leur complexité croissante. Ces professionnels doivent savoir programmer, modéliser, analyser, expertiser, avec des compétences en informatique, en statistique, en sciences humaines... Ces « scientifiques des données¹ » que les entreprises privées commencent à s'arracher à prix d'or peuvent faire émerger des tendances d'une masse composite de données en agrégeant et croisant des quantités colossales d'informations pour révéler des singularités à côté desquelles une analyse purement descriptive serait passée. Aux États-Unis, une optimisation des « data » de santé permettrait, paraît-il, d'économiser 8 % des dépenses dans le secteur. Qu'en est-il en France ? Difficile d'y répondre car cette question n'a à ce jour pas été posée en ces termes. Une chose est sûre cependant : ces nouveaux professionnels n'ont pas encore été « utilisés », ou très peu, dans le domaine sanitaire et, de façon plus large, dans le système public français. Tout d'abord, ils ne le sont pas car il n'existe pas de formation qui prépare réellement à ce qu'un statisticien ou un informaticien ne soit pas que quelqu'un qui agrège des données et qui utilise ou développe des logiciels spécifiques. Il doit se transformer en un acteur qui soit un véritable « artiste » de l'écramage de l'information aberrante, du repérage de l'investigation innovante et du développement d'une lecture transversale aux différentes disciplines connexes à son champ d'étude.

Mais, si une telle formation n'existe pas, c'est aussi parce que le besoin n'est peut-être pas identifié par ceux qui conçoivent les programmes de formation, et également parce que chaque producteur stocke ses données de manière cloisonnée, ce qui ne favorise pas la coopération dans des domaines intersectoriels (tels que la santé) pour lesquels une véritable gouvernance sur ce sujet reste à consolider². En d'autres termes, la réalité est qu'actuellement très peu de personnes ont accès à une information qui puisse leur permettre de tirer profit de la diversité de ces compétences élargies.

C'est ce qui amène au deuxième enjeu, de nature éthique, qui s'appuie sur une question majeure : que veulent réellement les décideurs quant à la possibilité de disposer d'une information efficiente ? À qui souhaite-t-on laisser l'accès aux bases de données, notamment de santé dont on s'enorgueillit, pour au moins une d'entre elles, qu'elle soit la plus importante du monde, sans pour autant qu'elle accompagne efficacement la politique de santé ? Il est en effet assez légitime de se poser cette question au moment où la démarche engagée au sein du ministère chargé des affaires sociales et de la santé doit se traduire par un article sur l'accès aux bases de données dans la prochaine loi de santé. En fait, la réflexion engagée depuis plus d'un an avec Pierre-Louis Bras, qui a remis un rapport à la ministre chargée de la santé en septembre dernier³, a, entre autres, pour finalité d'essayer d'apporter une réponse à tous ceux qui, notamment à travers les *media*⁴, parlent d'une impénétrabilité des données pour la quasi totalité des potentiels utilisateurs.

Qui peut/doit avoir accès aux données de façon générale, et de santé plus particulièrement ? Et dans quelle limite ? L'*Open data* qui consiste en l'ouverture, le partage et la réutilisation des données publiques constitue une dimension importante de la politique de modernisation de l'action publique pour le Gouvernement⁵. Cette ouverture ne répondra cependant que d'une façon minimaliste à l'élaboration d'une politique de santé qui soit réellement à même de prioriser les actions à un échelon territorial fin, comme cela est inscrit dans la loi HPST. La question de l'anonymat des personnes est cependant omniprésente car un théorème, démontré en 2006 par Cynthia Dwork, chercheuse chez Microsoft, souligne l'impossibilité d'assurer une protection complète des données dites sensibles dès lors que l'analyste dispose par ailleurs d'informations cumulatives, indirectement identifiantes, telles que l'âge, le lieu de résidence, le genre... Et cette préoccupation devient nécessairement plus qu'obligée lorsque l'échelle de la zone d'étude se réduit.

¹ ou « datascientist ».

² une des premières initiatives prise par les pouvoirs publics, qui entérine l'ouverture des données publiques est la décision n°18 du Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (Cimap) en date du 17 juillet 2013.

³ rapport sur la gouvernance et l'utilisation des données de santé, septembre 2013, téléchargeable à partir du lien suivant : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-donnees-de-sante-2013.pdf>.

⁴ plusieurs articles signés ces derniers mois par diverses personnalités dans la presse écrite, notamment Le Monde et Libération.

⁵ dans cet objet, une commission dite « Open data santé » a été constituée en novembre 2013 par le ministère chargé de la santé.

Le troisième enjeu est justement territorial. Le Premier ministre vient de relancer le débat, déjà ancien, d'une transformation du nombre de collectivités territoriales. La région, les départements, mais aussi les cantons et les communautés de communes vont connaître de profondes transformations. Pour autant, le besoin de comparaisons entre observations localisées et nationales ne va pas disparaître. En effet, la France est un agrégat de situations qui, quels que soient les découpages administratifs retenus, fait que l'analyse à des niveaux géographiques fins demeurera indispensable pour mieux cibler et adapter les actions à la diversité des publics et des territoires. La connaissance des inégalités de santé, surtout lorsqu'elles prennent en compte les dimensions sociales et environnementales constitue l'axe

majeur de la stratégie nationale de santé, stratégie qui constitue le cœur de la future loi de santé.

Ah tiens ! Ce texte devrait donc mélanger des préoccupations *a priori* assez contradictoires, avec, d'une part, la nécessité de disposer d'une information toujours plus fine et populationnelle tout en restreignant, d'autre part, l'accès aux bases les produisant.

Dans ce contexte particulier, l'OR2S a su s'adapter. Il l'a fait grâce aux développements d'outils propres et par le conventionnement avec différents producteurs de données aux niveaux national et régional. De même, en ce qui concerne l'actualisation des territoires, il maintient une veille permanente. Ainsi, le dernier découpage cantonal, défini par différents décrets parus entre les 13 et 27 février derniers selon

les départements, fait déjà partie des maillages disponibles dans les serveurs de données de l'OR2S, ce qui permet d'ores et déjà de mener des analyses sur tous les cantons de France¹. Des documents de synthèse vont être élaborés et prendront en compte parmi les unités de base ce nouveau canton. Cette démarche s'inscrit dans une analyse systémique lancée en Picardie depuis plusieurs années, en Haute-Normandie dès à présent. Pour une observation toujours plus efficiente et au service des acteurs des politiques publiques, l'innovation et l'adaptation se doivent d'être en permanence au cœur de la stratégie de développement.

C'est en tout cas ce qu'essaye de réaliser l'OR2S en diversifiant ces expertises et en le faisant en liaison étroite avec l'ensemble de ces partenaires.

¹ hormis la Martinique et la Guyane qui ne sont pas concernées, le nombre de cantons est désormais de 2 054 en France.

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.

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 ;

- 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 Picardie et de Haute-Normandie 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.

Partenaires

	Régional	National	International
Politico-administratifs	<ul style="list-style-type: none"> • Préfecture/Sgar • ARS • DRJSCS • Insee • Rectorat - Inspections académiques • Université de Picardie Jules Verne • Directe • Délégation aux droits des femmes • Dreal • Conseil régional • Conseil économique, social et environnemental régional • Conseils généraux • Municipalités • Regroupements de communes et EPCI • Pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère des Affaires sociales et de la Santé • Ministère du Travail, de l'Emploi, et du Dialogue social • Ministère des Droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports • DGCS • DGOS • DGCS • Drees • Datar • Comité interministériel des villes • Inserm • InVS • Inpes • INCa • Aihh • Milt - OFDT • Insee • Ineris 	<ul style="list-style-type: none"> • Union européenne • Province de Luxembourg • Province de Namur
Protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Cnam • MSA • RSI • Mutualités • Carsat • Caf • Smeno 	<ul style="list-style-type: none"> • Cnamts • CCMSA • CNRSI • Cnaf • Mutualité française • Usem 	
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 • Creai • CESTP-Aract • Uriopss • Faculté de médecine • Faculté de pharmacie • Fnars • AASQA 	<ul style="list-style-type: none"> • Institut Pasteur • Réseau Grog • Open/Rome • Fnors - ORS • OFBS • 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

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 de Picardie 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 général de l'Aisne, M. Yves Daudigny, Président
- Conseil général de l'Oise, M. Yves Rome, Président
- Conseil général de la Somme, M. Christian Manable, Président
- Faculté de médecine d'Amiens, M. le Pr 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. Jean-François Coquand, Directeur
- 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 Taieb, Directrice
- Rectorat de Picardie, M. le Dr André Reimeringer, Médecin conseiller technique du recteur
- Direction régionale de l'Insee de Picardie, M^{me} Yvonne Pérot, Directrice
- 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 Dr 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. Jean-Luc Hamiache, Délégué régional
- 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 Dr José Cucheval, Président
- Union régionale des professionnels de santé chirurgiens-dentistes, M. Bernard Duchaussois, Président

Par ailleurs, la directrice générale 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 21 mai 2014

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 2012)
- 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, Morierval (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 2012)
- M. Benoît Fraslín, directeur général, 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. le Dr Vladimir Guiheneuf, médecin, Amiens (élu en 2012)
- M^{me} le Dr Agnès Jeanson, médecin addictologue, centre Sesame, service d'alcoologie dépendant du centre hospitalier Ph. Pinel, Amiens (élue en 2012)
- 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 2012)
- M^{me} le Dr Élisabeth Lewandowski, médecin responsable du Dim, CHU, Amiens (élue en 2012)
- M^{me} Colette Michaux, Ireps, Amiens (co-optée en 2013 à la place de Gérard Dubois élu en 2012)
- M. Mickaël Naassilla, directeur Grap Inserm ERI24, Amiens (élu en 2012)
- 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. 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 2014 par le conseil d'administration. La répartition des fonctions au sein du Bureau a été effectuée le 19 mai 2014. 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 19 mai 2014

Les membres du Bureau¹



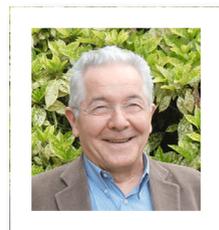
PRÉSIDENTE
D^{re} ÉLISABETH LEWANDOWSKI
*Médecin responsable du Dim,
CHU d'Amiens*



VICE-PRÉSIDENT
P^r ALAIN DUBREUIL
Président Adema 80



SECRÉTAIRE
ALINE OSMAN-ROGELET
Intervenante du champ social



SECRÉTAIRE-ADJOINT
JOSEPH DEBRAY
Représentant Carsat



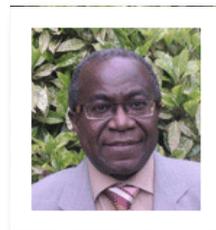
TRÉSORIER
D^r PIERRE ELETUFE
Médecin généraliste



TRÉSORIER-ADJOINT
D^r JEAN-PIERRE TIBERGHIE
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 19 mai 2014

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. Par

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

et une salle de réunion. Depuis la fin de l'année, 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.

Personnels

En 2013, treize 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 statisticienne, directrice des études (100 % équivalent temps plein) ;
- un responsable développement, bases de données et système informatique (100 % équivalent temps plein) ;
- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein) ;
- une sociologue, responsable Internet, automatisme et cartographie (100 % équivalent temps plein) ;
- une démographe (50 % équivalent temps plein pendant 7 mois, 80 % équivalent temps plein pendant 5 mois) ;
- une technicienne de bases de données (100 % équivalent temps plein) ;
- un moniteur d'études (100 % équivalent temps plein) ;
- une psychologue (100 % équivalent temps plein) ;
- une responsable administrative (100 % équivalent temps plein) ;

- une secrétaire (100 % équivalent temps plein) ;
- une employée de documentation (70 % équivalent temps plein).

Pour compléter cette équipe, l'OR2S a reçu la contribution, en 2013, de dix-huit autres personnes sur diverses périodes :

- une technicienne de bases de données (100 % équivalent temps plein pendant 9 mois) ;
- une démographe (100 % équivalent temps plein pendant 5 mois) ;
- une statisticienne (100 % équivalent temps plein pendant 1,3 mois) ;
- un médecin de santé publique (10 % équivalent temps plein pendant 6 mois) ;
- une infirmière (100 % équivalent temps plein pendant 1,5 semaine) ;
- une psychologue (100 % équivalent temps plein pendant 5 mois) ;
- un concepteur graphique (10 % équivalent temps plein pendant 3 mois) ;
- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein pendant 9 mois) ;
- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein pendant 2,5 mois) ;

- une ingénieure alimentation et santé (100 % équivalent temps plein pendant 7 mois) ;
- une ingénieure alimentation et santé (100 % équivalent temps plein pendant 2,75 mois) ;
- sept opérateurs de saisie (100 % équivalent temps plein sur des durées comprises entre un et deux mois).

D'autres personnes ont également participé à l'activité 2013 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 qui s'est tenu le 22 avril 2008).

Cinq internes de santé publique ont participé aux activités (un sur 4 mois, deux sur 6 mois et deux sur 2 mois) et cinq étudiants (statistiques et agro-santé) ont effectué un stage sur des périodes variant de 2 à 3 mois, dont une a été recrutée au delà de son stage pour 1,3 mois.

À cela, il faut encore rajouter le bénévolat de certains administrateurs, et tout particulièrement des deux présidents qui se sont succédé.

L'ÉQUIPE¹

Pôle administratif



**DIRECTEUR
ALAIN TRUGEON**



**DIRECTEUR-ADJOINT
PHILIPPE LORENZO**



**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
MARTINE RODRIGUÈS**



**SECRETÉIRE
SYLVIE BONIN**



**EMPLOYÉE DE DOCUMENTATION
CHANTAL CHIVET**

Pôle informatique



**RESPONSABLE
DÉVELOPPEMENT,
BASES DE DONNÉES
ET SYSTÈME INFORMATIQUE
MICHAËL MANSION**



**DÉVELOPPEUR
INFORMATIQUE
ALEXANDRE BERNIER**



**DÉVELOPPEUR
INFORMATIQUE
ISMAËL KHALLOUFI**

¹ situation au 16 mai 2014

Pôle études



DIRECTRICE DES ÉTUDES
NADÈGE THOMAS



RESPONSABLE INTERNET
AUTOMATISME
ET CARTOGRAPHIE
ANNE LEFÈVRE



DÉMOGRAPHE
SOPHIE DEBUISSIER



PSYCHOLOGUE
ÉMILIE FAUCHILLE



INGÉNIEURE
ALIMENTATION ET SANTÉ
CÉLINE THIENPONT



CHARGÉE D'ÉTUDES
LUCILE HIDER



TECHNICIENNE DE BASES
DE DONNÉES
CINDY ALIX



TECHNICIEN DE BASES
DE DONNÉES
CYRIL BOISSON



INTERNE DE SANTÉ PUBLIQUE
LYSANDRE GASP AIS

Antenne haut-normande



RESPONSABLE
FRANÇOIS MICHELOT



ÉPIDÉMIOLOGISTE
OLIVIA GUÉRIN

MOYENS TECHNIQUES

Hardware

L'ensemble 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 dizaines 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 trois serveurs PC haut de gamme (biprocésseurs - 2x4 cores 64 gigas, 2x6 cores 144 gigas et 2x8 cores 393 gigas de mémoire vive).

En 2013, cinq ordinateurs portables, deux tours et un nouveau serveur ont été achetés permettant de renforcer le parc existant. Ils ont, pour partie d'entre eux, été achetés pour équiper l'antenne située en Haute-Normandie. Les ordinateurs sont en majorité des portables, permettant aisément de passer d'un lieu à un autre en fonction des besoins.

Un contrat passé avec Canon comprend une imprimante photocopieur noir et blanc et couleur faisant également office de fax. Ce matériel, qui inclut un scanner, permet une saisie automatique particulièrement aisée et rapide des questionnaires. Par ailleurs, une imprimante Canon a également été achetée pour l'antenne haut-normande qui présente les mêmes caractéristiques que le modèle en Picardie mais avec une puissance d'impression moindre. À noter que les trois pièces situées au Pôle régional des savoirs ont été équipées par du mobilier de bureau.

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, 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). Enfin, un logiciel permet la mise en réseau commun des matériels Macintosh et PC et un logiciel de sauvegarde (Retrospect) pour la conservation quotidienne des données sur DVD et sur disque dur. L'environnement de développement Microsoft® Visual studio pro 2013, un logiciel de gestion des feuilles de paye Winfip+ et un compilateur C++ Intel® sont aussi utilisés.

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 Open 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

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 ;

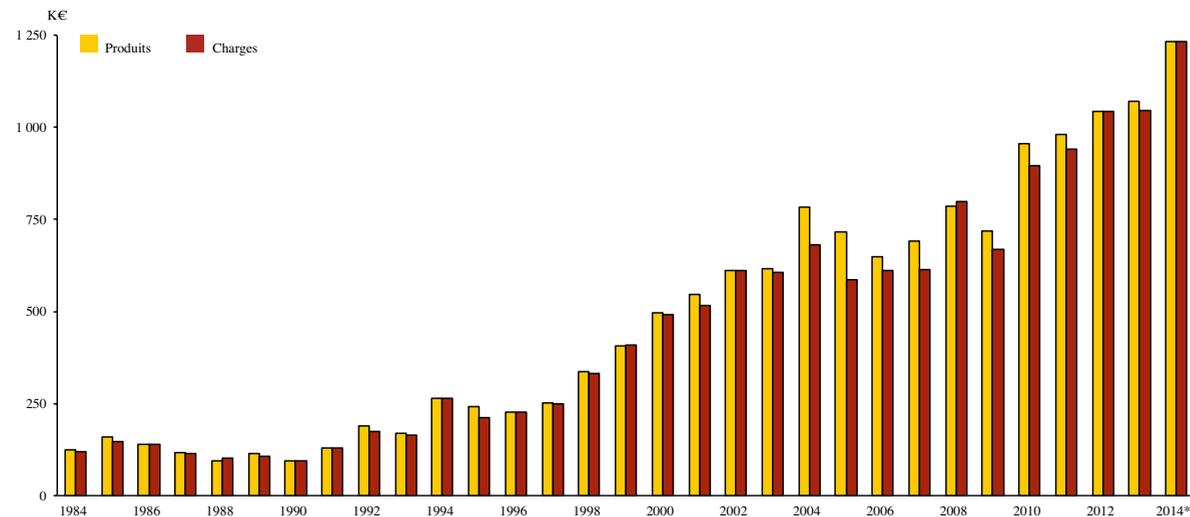
- la période suivante comprend les années 2005 à 2009, marquée par une stabilité des produits et des charges, hormis 2008 ;

- enfin, à partir de 2010, une augmentation des produits est à nouveau constatée d'une année sur l'autre. Elle va être très 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 et la DRJSCS. Sur la période 2010-2013, l'ARS de Picardie a contribué à 41,5 % des produits, suivi du conseil régional de Picardie pour 29,7 %. Le troisième financeur est le réseau des ORS et la Fnors pour 10 %. Plusieurs autres financeurs contribuent sur cette période à un financement de l'ordre de 3 % : les trois conseils généraux, la DRJSCS, l'Europe à travers le Feder et l'InVS. À noter qu'avec le seul financement 2013, l'ARS de Haute-Normandie représente 2,5 % du financement de l'OR2S sur la période 2010-2013. Ces différents financeurs mentionnés représentent près de 96 % des produits de l'OR2S sur cette période de quatre ans.

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

* situation au 19 mai 2014

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 2013, grâce à la comptabilité analytique temps mise en place depuis de nombreuses années. Un peu plus de 32 000 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 près de 19 personnes à temps plein sur l'ensemble de l'année, sans tenir compte des heures qui ont été réalisées par certains administrateurs, tout particulièrement les deux présidents qui se sont succédé en 2013 et la secrétaire générale.

L'effectif des personnes ayant exercé une activité, soit sur l'ensemble de l'année, soit sur une partie de celle-ci est plus important que celui des exercices précédents : quarante *versus* trente-quatre en 2011 et trente-trois en 2012. Il faut souligner que des heures supplémentaires (pour un total annuel de près de 250) ont pu/dû être effectuées par cinq salariés, pour permettre parfois le rendu de projets dans les temps impartis, mais aussi pour palier les difficultés de recrutement pour certains travaux nécessitant des compétences spécifiques. Ce total a cependant été de plus de deux fois inférieur à celui des années précédentes : plus de 500 en 2011 comme en 2012.

En analysant plus finement la répartition des diverses tâches, la montée en puissance du traitement des bases de données ressort tout particulièrement : près de 4 500 heures en 2013, contre 3 370 heures en 2012, moins de 2 400 en 2011 et moins de 1 800 en moyenne sur la période 2008-2010. Les trois activités qui ressortent ensuite se situent à un niveau

équivalent, très proches des 3 000 heures ; il s'agit de la gestion, la maintenance du site Internet, des bases de données et le développement informatique, et l'observation en Haute-Normandie, suite à la décision du CA d'avril 2013 de répondre favorablement à la demande de l'ARS, du conseil régional et de la DRJSCS de Haute-Normandie. L'activité dans cette région a surtout porté en 2013 sur l'enquête en milieu scolaire (*Indiss*) pour près de 2 000 heures (saisie et nettoyage des trois fichiers de données), le reste concernant les aspects administratifs et le travail sur les Csa-pa et les Caarud. Toute cette activité a été effectuée en Picardie puisque les deux personnes ayant intégré le Pôle régional des savoirs, antenne de l'OR2S en Haute-Normandie, ne sont arrivées qu'en février 2014.

Le travail sur l'observation sociale, dans le cadre de la *Plateforme sanitaire et sociale*, arrive ensuite avec plus de 2 600 heures, impliquant notamment cinq personnes qui y ont consacré au moins 240 heures en 2013. 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 présentes dans la maintenance du site Internet et des bases de données. Deux recueils concernant les élèves en Picardie sont ensuite à mentionner, franchissant l'un et l'autre les 2 000 heures annuelles : *Jesais* travail récurrent de l'OR2S depuis huit années mais qui a, cette année, concerné les élèves de grande section de maternelle en plus de ceux de sixième et de seconde et *Picalim*, programme engagé en 2013, dont l'objectif est de disposer d'informations précises concernant l'alimentation des jeunes de classe de seconde.

Il faut ensuite mentionner deux autres travaux qui ont nécessité entre 1 200 et 1 800 heures de travail. L'un concerne le recueil SurSaUD®, mené avec la Cire Nord-Picardie depuis plusieurs années, qui s'est achevé au 31 décembre et l'autre a trait à la réalisation du troisième diagnostic régional, avec une diffusion prévue au milieu de l'année 2014. Sont également à mentionner les analyses effectuées sur le *Baromètre santé* jeunes et l'accompagnement des politiques territoriales pour le conseil régional, notamment concernant le non recours aux soins et la dynamique lancée autour de l'analyse des diverses bases de données. Outre SCORE-Santé, la Fnors est également à citer dans l'activité de l'OR2S avec le travail mené sur les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé (Itess) pour le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, celui portant sur les inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer à la demande de la Cour des comptes et la fin de l'étude sur le dopage pour le ministère en charge des Sports.

L'ensemble de ces tâches représente plus des quatre cinquièmes de l'activité 2013. Dans le cinquième restant, 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 2013, outre le travail sur le dopage mené avec sept autres ORS et la Fnors, est à mentionner celui concernant les personnes en situation de handicap au sein des foyers de vie et foyers d'accueil médicalisés pour le conseil général de la Somme.

Heures effectuées en 2013

Répartition des heures effectuées par le personnel de l'OR2S suivant l'activité en 2013

	Alix Cindy	Balécien Thibaut (1)	Balfico Alexis	Bernier Alexandre	Bonin Sylvie	Chevassus Cécile (2)	Chivet Chantal	Debuisser Sophie	Degardin Thomas (3)	Fauchille Émilie	Gaspais Lysandre (4)	Guerlin Marie (5)	Hider Lucile (6)	Hessala Myriam (1)	Humayun Youssef (7)	Jaumann Cécile (8)	Khaloufi Ismaël (9)	Labrut Kevin (10)	Lefèvre Anne	Li Muzi (11)	Lorenzo Philippe	Mansion Michaël	Mavoungou Diane (7)	Noël Céline (12)	Opérateurs de saisie (13)	Piatkowski Élodie (14)	Rodriguez Martine	Shymick Laurent (15)	Thiepont Céline	Thomas Nadège	Trugeon Alain	Vallade Lorraine (16)	Villet Hervé (17)	Viviez Élodie (18)	Yanogo Pauline (4)	Total
Gestion	64	108		116	99		298	52		73		19	15								3	189				1 074	45	91	332	214			20		2 872	
Documentation, communication		6			29		4	38					1	92					49							35	52	83	192	6					585	
Fiors, ORS, OFBS, Refips	103	14			228			36	6										37		39					4			198	152					816	
Congrès, formation		14							2																			12	50	24					126	
Génération santé (Interreg IV)						129				40											25					1									245	
Plateforme sanitaire et sociale	24	3			459		9	351	185	78				146					342		516					28	111		124	240					2 614	
CRSA, Politique de santé, HCSP	11	6			54			28														16						6	127	124					372	
Ireps, Atmo, Insee, Creai, Direccte, Oncopic, Association de dépistage	53			23				1																		1		15	8					101		
SurSaud®			1 746																							4		4						1 753		
Personnes en situation de handicap au sein des foyers de vie et foyers d'accueil médicalisés							1			292									261							8	87		22			20		690		
SCORE-Santé					34																	225							20	18				297		
Grog - surveillance de la grippe							161																			11			8					180		
Maintenance du site Internet, des bases de données et développement informatique				843			4				16					208	578	13			1 112						22	36	12					2 844		
Jesais	16			32	274	120	350	1			91	388						4	186		160					99		76	244	64				2 103		
Baromètres Santé					2																			468			237	120	256					1 083		
Circe																						50							20	54				124		
Tableau de bord régional, indicateurs loi de santé publique et Cpom, diagnostic régional	21			34		24	431				59	54						227			64					255	7	43	37					1 254		
Aide à l'analyse des politiques territoriales					112	76	257	4		1								329										7	17	124				938		
Réussite éducative																					131							40	24					195		
Dopage dans le milieu sportif										213									183		13									6				415		
Amiens (fiches et ABS)	27						58												56							10		34	44					229		
Peristat, IVG, naissances chez des mineures		129			24	126		170											1									4	12				346	812		
Projet alimentation (Picalim)	36			18	126		107	41											91	47	20				424	5	581	84	8			438		2 024		
État de santé des détenus	2	23			13			231																				5	6				302	582		
Maladies à caractère professionnel		5			13			348	142																	11		1	12					531		
Traitement des bases de données (mortalité, PMSI, ALD, certificats de santé, autres)	1 305					521	70					80	410	1 276				3										333	24		20			4 489		
Autres (délais, traumatismes, Adécab, dépistage et précarité, Réseau espace santé cancer)	10	9			26		5	41	522	3								1		2							1	8	18	133	12		56		847	
Installation Haute-Normandie, Indiss, Csapa & Caarud												336							12		36	24			1 534	91		85	114					2 889		
Total	1 795	316	1 746	1 014	1 747	641	1 175	1 077	442	1 609	664	545	797	318	410	1 276	208	578	1 719	186	863	1 844	448	468	1 534	424	1 637	238	1 127	2 089	1 805	64	96	458	648	32 005

Source : OR2S

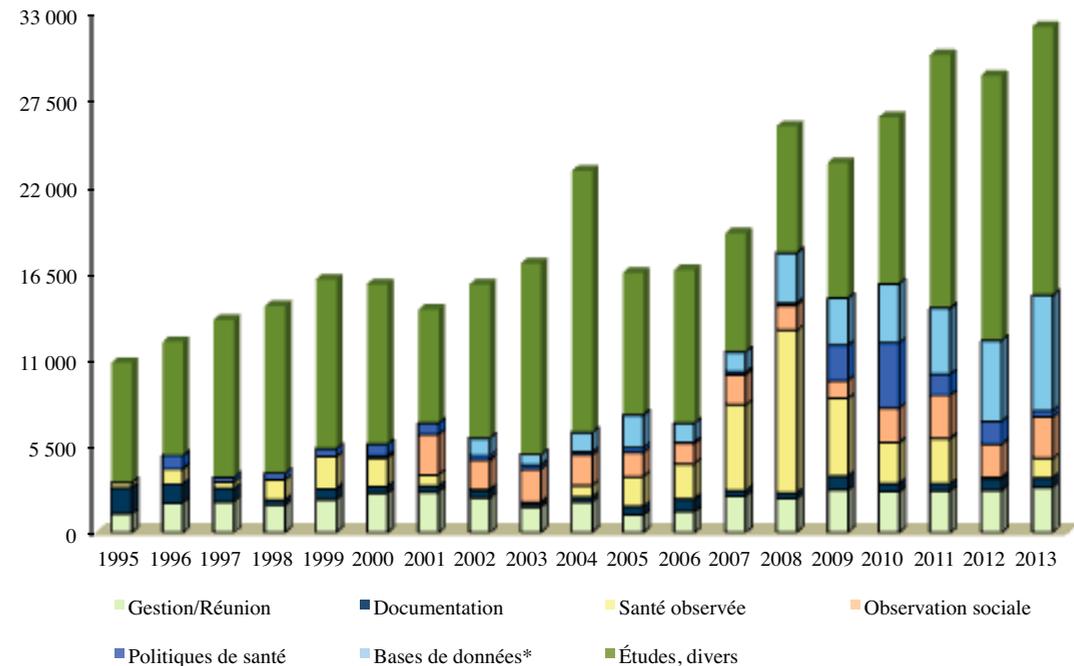
(1) à partir du 2 novembre, (2) entre le 8 avril et le 6 septembre, (3) jusqu'au 30 avril, (4) du 2 mai au 31 octobre, (5) à partir du 16 septembre, (6) jusqu'au 28 février et à partir du 1^{er} octobre, (7) du 17 juin au 6 septembre, (8) jusqu'au 30 septembre, (9) à partir du 7 octobre, (10) jusqu'au 4 octobre, (11) du 15 mai au 16 août, (12) du 15 avril au 14 juin, (13) 6 personnes sur une période globale s'étendant du 1^{er} juillet au 30 août, (14) du 11 juin au 30 août, (15) du 1^{er} janvier au 31 mars, (16) du 18 mars au 11 avril, (17) à partir du 1^{er} juillet, (18) du 10 juin au 31 août.

Répartition et évolution des heures travaillées

Avec plus de 32 000 heures travaillées, l'année 2013 est de très loin l'année qui aura été marquée par la plus forte activité, devançant 2011 qui était la seule année à avoir dépassé les 30 000 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 moins de 17 000 heures en 2013, soit 53 % de l'activité totale). Il est à noter que cette activité d'études est assez stable au cours des trois derniers exercices. L'évolution majeure concerne la gestion des bases de données qui a presque doublé en 2013 par rapport à 2011 (4 489 heures *versus* 2 382). La part « Politiques de santé » est redevenue plus faible que les dernières années (moins de 400 heures contre 2 300 heures en moyenne lors des quatre exercices précédents). La santé observée a été plus importante en 2013 avec la réalisation d'un diagnostic régional. L'observation sociale, par contre, reste au niveau des deux exercices précédents avec toutes les actions engagées au sein de la *Plateforme sanitaire et sociale* : réalisation des quatre numéros de la lettre d'information, suivi du groupe sur le logement, conception et réalisation d'un croisement d'informations régionalisées, maintenance du site Internet dédié à la *Plateforme* et organisation de la journée de fin d'année. Enfin, la gestion, les réunions et, plus généralement, les tâches diverses de fonctionnement, demeurent globalement au même niveau que les années précédentes en termes d'heures (de l'ordre de 2 700 heures). Mais, ce nombre masque en réalité une diminution en termes de part puisque celle-ci représentait en moyenne 14,4 % de l'ensemble de l'activité entre 1995 et 2002, 9,4 % en moyenne entre 2003 et 2012. Elle ne franchit pas la barre des 9 % en 2013.

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 du site Internet, des bases de données et le développement informatique.

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 comptables (qui sont transmises ensuite au cabinet 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 de l'association (assemblée générale, conseil d'administration, Bureau), leurs comptes rendus et la réalisation du rapport d'activité. Sont principalement 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 2013, les réunions de l'ARS, du Ceser, de la CRSA (commissions plénière, permanente et prévention et offre de soins), de l'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 de la région. Cette activité reste cependant marginale en regard des demandes potentielles.

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 de l'observation en Picardie, 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 ;
- le pôle social, le plus souvent dans le cadre des travaux de la *Plateforme sanitaire et sociale*, s'intéresse aux caractéristiques sociales de la population, essentiellement à partir des bases de données existantes ;
- le pôle recherche & développement se centre 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, 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 établie à partir 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, les données apportent des informations sur les causes du décès (principale pour l'ensemble des années plus associées et comorbidités depuis 2000) et sur les caractéristiques socio-démographiques de la personne décédée : date de décès, commune de décès, commune de domicile, lieu de décès (domicile, établissement hospitalier, clinique, voie publique...), état matrimonial, PCS, genre, âge (moins de un an, 1 à 4 ans puis par groupe d'âge quinquennal), nationalité et, pour les enfants de moins de un an, nombre de jours vécus. Ces données individuelles (une ligne par décès), 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 données des Dom sont disponibles depuis 2000.

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

Concernant les données de mortalité codées en Cim10, un travail permettant de définir les requêtes pour obtenir des indicateurs pour de nombreuses causes de décès a également été réalisé.

Ainsi, outre les décès toutes causes, de nombreux indicateurs peuvent être calculés par cause, suivant une finesse plus ou moins importante (exemple : possibilité d'avoir les décès pour l'ensemble des cancers, mais également de manière plus fine par localisation cancéreuse).

Chaque année, outre l'intégration des nouvelles données dans l'outil de calcul¹, des formules sont déployées pour obtenir des indicateurs portant sur le nombre de décès, la proportion, le taux brut de mortalité, le taux comparatif de mortalité (standardisation directe par âge ou par âge et sexe), l'indice comparatif de mortalité (standardisation indirecte par âge ou par âge et sexe) ainsi que les formules de test de significativité adaptées aux formules de taux standardisés (méthodes directe et indirecte, suivant l'âge ou l'âge et le sexe) pour comparer des taux standardisés selon différents critères : comparaison entre zones géographiques, entre périodes ou selon le genre.

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...

¹ pour plus de précision cf. p. 89.

² pour plus de précision cf. p. 76.

Données de morbidité - affection de longue durée

Par l'intermédiaire de la Fnors, l'OR2S dispose des données nationales des affections de longue durée, de 2005 à 2012 pour l'incidence et de 2010 à 2012 pour la prévalence transmises par les trois principaux régimes d'Assurance maladie : régime général (Cnamts), régime agricole (CCMSA) et régime des indépendants (CNRS).

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 décret¹. 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 CNRS). 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 2012 disponibles au niveau communal ou par codes postaux, selon les régimes). 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 calcul², 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 étant celles fournies pour le RP 2010.

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 sexe). De plus, les résultats de test de significativité pour chaque comparaison de taux standardisés, et ce selon différents critères (zones géographiques, périodes ou genre), sont également disponibles. Dans le cadre de SCORE-Santé³, 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 aux données de mortalité, voire aux données issues d'autres sources, sont à la base de nombreuses analyses menées pour l'OR2S.

¹ initialement au nombre de trente, elles ont été portées à vingt-neuf suite au décret du 24 juin 2011.

² pour plus de précision cf. p. 89.

³ pour plus de précision cf. p. 76.

Données de morbidité - hospitalisation

Par l'intermédiaire de la Fnors, l'OR2S dispose des données nationales du PMSI en MCO pour les années allant de 2006 à 2012¹. Il s'agit d'une base de données administrative 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 T2A instaure un nouveau mode de financement des établissements de santé. Elle se substitue à la dotation globale de financement pour les établissements publics ou participant au service public hospitalier et à la tarification à la journée ou à la prestation pour les cliniques privées. Avant la T2A, certains 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 recueillies, 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 GHM. Les différents diagnostics correspondant au séjour sont codés à l'aide de la Cim dixième révision et les actes au moyen de la CCAM.

Le travail d'intégration des données du PMSI dans l'outil de calcul² est conséquent du fait du nombre important de tables et de variables disponibles, et des évolutions subsistant chaque année dans la structure des tables, mais également dans l'évolution du codage de certaines variables. Le travail de fusion des données 2006 à 2011, débuté en 2013 et poursuivi en 2014, permettra d'obtenir rapidement des indicateurs basés sur plusieurs années consécutives³. 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 six années regroupées comptera plus de soixante variables et plus de cent-trente 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 quatre-cent-vingt millions de lignes.

Des formules ont été développées pour obtenir rapidement des informations concernant le séjour (modes 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 selon les entités géographiques, 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. De même, des requêtes permettant l'obtention d'indicateurs en termes de patients et non pas uniquement de séjours sont en cours de développement (les données du PMSI permettent de faire le lien entre les hospitalisations d'un même patient, *via* un numéro de chaînage).

¹ les données du PMSI en psychiatrie, en hospitalisation à domicile et soins de suite et de réadaptation sont également disponibles, mais n'ont pas encore pu être traitées.

² pour plus de précision, cf. p. 89.

³ les données de 2012 seront également intégrées dans l'outil de calcul avec celles de 2013 qui devraient être disponibles prochainement.

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 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, avec un taux de retour très satisfaisant pour le premier (supérieur à 95 %) et qui diminue ensuite pour le deuxième (de l'ordre de 40 %) puis pour le troisième (de l'ordre de 35 %). Ces deux derniers taux de retour, de par leur faiblesse, sont des éléments à prendre en compte lors des analyses et d'ailleurs font l'objet d'un redressement.

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

Les données des certificats de santé du huitième jour (données allant de 2003 à 2011), du neuvième mois (de 2006 à 2010) et du vingt-quatrième mois (de 2006 à 2009) sont disponibles pour les trois départements. Un travail de fusion et de validation des bases nécessaire au traitement des données a été réalisé. Toutefois, une réflexion sera à mener concernant les années qui peuvent être utilisées¹.

À partir de ces données, un premier travail exploratoire a été engagé permettant d'étudier le profil des familles pour lesquelles le certificat de santé du 8^e jour était reçu, mais pas pour ceux des 9^e et 24^e mois.

Par ailleurs, des indicateurs issus de ces données (mères allaitant à la naissance et naissances d'enfants de faible poids) ont alimenté le Cir numéro 13 (cf. p. 84).

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 sample health certificates for children, each with an administrative and a medical section. The certificates are for the 8th day, 9th month, and 24th month. The 8th day certificate is blue, the 9th month is green, and the 24th month is orange. Each certificate includes fields for parent information, pregnancy details, birth information, and child development metrics.

Bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse

Depuis la loi de 1975 autorisant l'IVG, les praticiens ont obligation de remplir un bulletin statistique pour chaque IVG réalisée. Ce recueil vise à être exhaustif de toutes les IVG pratiquées dans les centres hospitaliers et les cabinets libéraux, en France.

Chaque année, les bulletins de statistiques d'interruption volontaire de grossesse sont, sous la responsabilité du ministère chargé de la Santé, distribués par la Drees aux ARS. Chacune des adresses alors aux établissements de santé de leur région qui prennent en charge les IVG, afin qu'ils les répartissent à leur tour auprès de leurs services, des médecins de ville et des centres ayant passé des conventions avec eux pour effectuer des IVG par voie médicamenteuse (cabinets de ville, centres de planification ou d'éducation familiale, centres de santé).

Chaque année, les bulletins remplis sont transmis pour validation par les différents établissements au médecin de l'ARS désigné par le directeur général de l'agence. Ils sont ensuite envoyés à la Drees qui se charge de leur saisie et de leur mise à disposition à l'Ined et à l'Inserm. Ces derniers analysent et publient les résultats à l'échelle nationale.

En Picardie, l'ARS envoie une copie de ces bulletins à l'OR2S pour qu'une analyse régionale soit effectuée, aboutissant à la production de plaquettes restituant les résultats. L'OR2S réalise au préalable la saisie informatique des bulletins, le nettoyage de la base de données ainsi produite, puis son analyse.

En complément d'autres sources d'information, comme la SAE et le PMSI, les bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse fournissent des renseignements sur le nombre d'IVG réalisées chaque année en France, les proportions d'IVG tardives (entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée), la proportion d'IVG réalisées chez des mineures ou de chacune des méthodes utilisées (médicamenteuse ou chirurgicale).

Concernant l'estimation du nombre annuel d'IVG, les bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse constituent une source d'information moins fiable que les données des SAE. Leur exhaustivité est en effet moindre. En revanche, ils permettent de fournir des informations complémentaires : la durée de gestation, l'âge au moment de l'acte, le nombre de grossesses antérieures, le nombre d'IVG antérieures, la situation familiale et professionnelle de la femme, son département de domicile... En 2014, le traitement de ces bulletins a été arrêté.

Un bulletin statistique d'IVG

The image shows a detailed medical form for reporting a voluntary interruption of pregnancy (IVG). It is titled 'BULLETIN STATISTIQUE D'INTERUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE' and is issued by the French Ministry of Health. The form is divided into three main sections: A. DONNÉES RELATIVES AU LIEU DE L'ACTE MÉDICAL (Location and medical facility details), B. DONNÉES RELATIVES À LA FEMME (Patient demographics and professional status), and C. DONNÉES MÉDICALES (Medical details of the procedure, including gestational week, previous pregnancies, and method used). The form includes numerous checkboxes and fields for data entry, such as 'Département', 'Lieu de l'acte médical', 'Date de naissance', 'Statut de l'établissement', 'Gestation', 'Méthode utilisée', and 'Année de l'acte'. It also features a signature line at the bottom for the medical professional.

Système de surveillance syndromique

Suite à la canicule de l'été 2003, le ministère chargé de la santé et l'Institut de veille sanitaire (InVS) ont développé un système de surveillance syndromique centré sur des structures capables de fournir des informations au jour le jour sur l'état de santé de la population. Baptisé SurSaUD®, il a été créé en 2004. Au niveau régional, la Cire (Cellule de l'InVS en région) assure l'animation et l'exploitation des données de ce réseau, en partenariat avec l'OR2S et l'ARS dans le cadre d'une convention tripartite.

Ce système est piloté par le département de coordination des alertes et des régions de l'InVS. Il inclut quatre sources de données :

- les services d'urgences hospitaliers adhérant au réseau *Oscour*® ;
- les associations d'urgentistes de ville SOS Médecins ;
- les données de mortalité déclarées à l'Insee par les services informatisés de l'État civil ;
- les causes médicales de décès issus de la certification électronique des décès au CépiDc de l'Inserm.

L'objectif est de détecter et mesurer l'impact sur la santé d'évènements inattendus ou attendus.

En région Picardie, au 31 décembre 2013, le dispositif de surveillance non spécifique *SurSaud*® s'appuyait sur :

- sept services d'accueil des urgences (SAU) adhérent au réseau *Oscour*® répartis dans les trois départements (trois dans l'Aisne, un dans l'Oise et trois dans la Somme) ;
- trois associations SOS Médecins à Saint-Quentin, Creil et Amiens ;
- soixante services d'État civil informatisés, couvrant 71 % des décès observés dans la région ;
- la certification électronique des décès, représentant 1 % des décès observés dans la région.

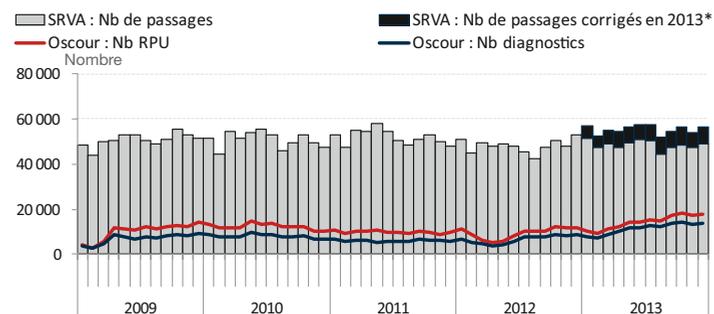
Sur la base des données d'activité des SAU saisies par les établissements dans le serveur régional de veille et d'alerte (SRVA : Picarmed), 30 % des passages dans les SAU de la région Picardie ont fait l'objet d'une transmission de RPU en 2013. Toutefois, ces données ne sont pas exhaustives (absence de saisie certains jours), en imputant les valeurs manquantes, les RPU transmis représentaient un peu plus d'un quart (26 %) des passages aux urgences de la région avec un diagnostic renseigné dans 80 % des cas.

Le système *SurSaUD*® a notamment été utilisé pour le suivi des pathologies épidémiques hivernales comme les gastro-entérites aiguës ou les bronchiolites. Dans le cadre de la surveillance de la grippe, les données des réseaux *Oscour*® et SOS Médecins ont permis de compléter les données du réseau des *Grog*¹, pour la détection et le suivi de l'épidémie. Trente points épidémiologiques hebdomadaires des pathologies hivernales ont été réalisés en 2012 (semaines 1 à 18 et semaines 41 à 52).

Par ailleurs, chaque année, le système *SurSaUD*® est également utilisé de juin à septembre pour la détection et le suivi de l'impact éventuel d'une vague de chaleur, dans le cadre du Système d'alerte canicule et santé (Sacs). Au total en 2013, huit points épidémiologiques bimensuels ont été publiés entre les semaines 24 à 36.

Ces documents sont téléchargeables sur les sites de l'InVS et de l'ARS de Picardie.

Évolution de l'exhaustivité de la remontée des RPU et du codage diagnostique depuis janvier 2009 en Picardie



* Imputation des données manquantes par la moyenne observée
Source : Sursaud®

¹ page ci-contre.

Programme de surveillance de la grippe

Depuis l'automne 1987, l'ORS, puis l'OR2S, assure la coordination régionale du groupe d'observation de la grippe (Grog) en Picardie. Comme chaque année, les généralistes picards sont 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.

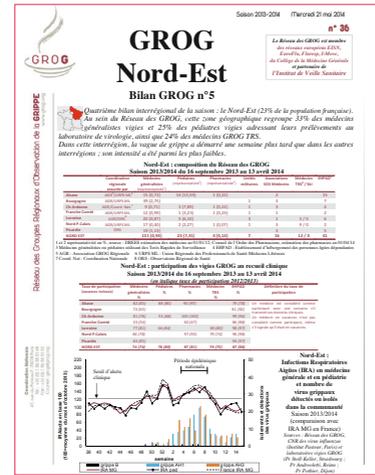
Cette saison, la surveillance active s'est déroulée pendant trente semaines de la semaine 38 de l'année 2013 (soit du 16 au 22 septembre) à la semaine 15 de 2014 (soit du 7 au 13 avril).

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 le plus élevé de participation 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, l'année aura été calme en Picardie, tout

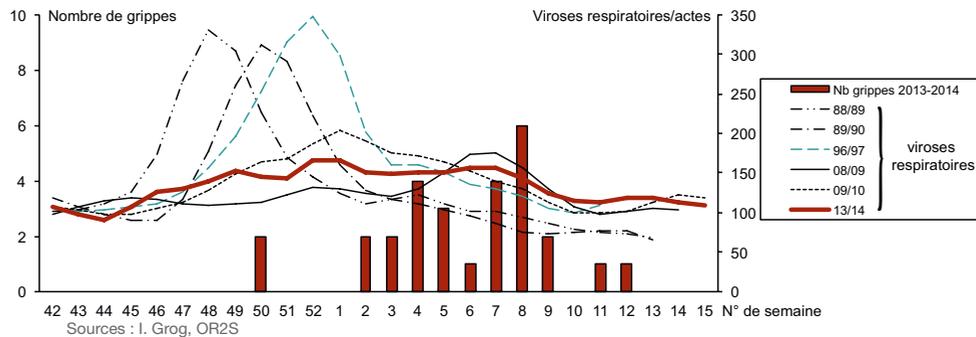
au moins jusqu'au début 2014 : deux cas au cours de la semaine 50, soit la semaine allant du 9 au 15 décembre. C'est entre la semaine 2 (6 au 12 janvier) et la semaine 9 (24 février au 2 mars) que le nombre d'isollements vont être les plus nombreux, la situation redevenant plus calme à compter de la 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 isollements 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.

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 H1N1pdm09) 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 depuis 2001-2002

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	73	65	75	81	88	84	83
Aquitaine	79	76	85	79	78	78	75	78	75	67	72	72	76
Auvergne						63	60	61	59	37	57	55	55
Bretagne	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	61	76	70	67	54	64	60	75	79	84
Franche-Comté	87	92	88	84	90	49	65	76	62	57	58	55	32
Hauts-Normandie	32	84	75	74	58	78	64	63	62	55	42	69	56
Ile-de-France	80	82	81	85	82	82	76	73	66	61	71	73	71
Limousin	90	92	90	84	87	92	85	85	85	61	0	0	0
Lorraine	72	79	74	69	73	67	84	77	89	84	84	83	77
Languedoc-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
PIACA	79	76	81	75	77	77	79	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	90	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

État de santé des personnes détenues

Dans le cadre d'un partenariat santé/justice initié par l'ARS de Picardie sur la santé des personnes sous main de justice, l'OR2S œuvre depuis 2009 à la mise en place d'un recueil pérenne à réaliser sur l'ensemble des cinq services de santé en milieu pénitentiaire de la région accueillant de nouveaux entrants.

Le dispositif mis en place a pour objectif de disposer d'une photographie pérenne 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 de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) des établissements pénitentiaires de la région.

Le recueil des données se fait *via* une fiche épidémiologique disponible sur un serveur sécurisé à remplir par le personnel médical de l'Ucsa pour chaque nouvel entrant lors de la visite médicale suivant l'incarcération. La saisie effectuée, la fiche est imprimable et peut donc être intégrée au dossier personnel du détenu (*cf.* fiche PDF ci-contre). 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 (données anthropométriques, traitement en cours, état bucco-dentaire...),
- prescriptions et dépistages réalisés à l'entrée (prescription de consultation médicale, biologie prescrite...).

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

Début 2013, l'OR2S a récupéré l'ensemble des données saisies en 2012 afin de les analyser. Les données recueillies dans les quatre établissements enquêtés (Beauvais, Compiègne, Laon et Liancourt) ont permis de visualiser l'état de santé de 1 517 détenus mais aussi leur situation sociale. Cette analyse a fait l'objet d'une plaquette synthétisant les résultats, publiée en juillet 2013.

En 2013, ce sont 1 782 fiches qui ont pu être recueillies et qui vont faire, après redressement, l'objet de l'analyse en 2014. Outre les quatre établissements ayant participé en 2012, la maison d'arrêt Amiens a rejoint le dispositif avec une procédure spécifique¹. En 2014, le dernier établissement, le centre pénitentiaire de Château-Thierry², va également participer au recueil.

À noter 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. Une réflexion est en cours pour estimer la faisabilité d'un même recueil lors de la visite de sortie, visite qui n'est toutefois pas systématique au sein des prisons.

¹ les données sont saisies par un logiciel propre au CHU d'Amiens et transférées, dans un second temps, à l'OR2S.

² non retenu dans le protocole initial du fait du caractère particulier de la population qu'il accueille, il vient d'être décidé de l'inclure, après une phase de test en 2013.

Première page de saisie

La plaquette



Fiche PDF

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 financée par l'ARS et le conseil régional. Elle a pour objectif de connaître l'évolution de l'état de santé générale des élèves de sixième et seconde. En 2013, elle a également concerné les élèves de grandes sections de maternelle.

L'enquête *Jesais* a été réalisée pour la première fois en 2005-2006 auprès des élèves de sixième dans trois territoires de Picardie : Thiérache, Santerre-Somme et Beauvaisis. En 2006-2007, ce sont les élèves du cours préparatoire qui ont été interrogés et, en 2007-2008, ceux des classes de seconde. L'échantillon, représentatif pour l'ensemble de la région, permet alors de situer chaque territoire en regard de la moyenne régionale. Depuis 2008-2009, une enquête est effectuée chaque année auprès des élèves de seconde et de sixième. À partir de 2009-2010, l'enquête est réalisée sur l'ensemble de la Picardie et non plus uniquement sur les trois territoires initiaux. En effet, chaque établissement public de la région doit interroger un quart des élèves.

En 2012-2013, les élèves de grande section de maternelle ont également été enquêtés. Le questionnaire porte sur la corpulence, la vaccination et la structure familiale des élèves ainsi que sur la situation professionnelle des parents. Les informations socio-démographiques ont été demandées aux parents au même moment où ils accordent la participation de leur enfant à l'étude.

Deux parties constituent l'enquête adressée aux élèves de sixième et seconde. Dans la première, les élèves doivent, entre autres, fournir des informations sur l'activité professionnelle de leurs parents,

la composition de leur famille, leurs pratiques sportives et activités extra-scolaires, leurs habitudes alimentaires et leurs consommations de tabac, d'alcool ou de drogue. Ils peuvent recevoir l'aide de l'infirmière ou d'une autre personne pour le compléter si cela est nécessaire. Dans la seconde partie, les infirmières scolaires¹ notent leurs observations suite aux différents examens médicaux 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, et les élèves de seconde sur leur vie affective et sexuelle (il s'agit principalement de questions sur le mode de protection et de contraception).

Une application informatique est mise à la disposition des infirmières afin qu'elles puissent saisir directement les questionnaires sur Internet. Cette application réduit les erreurs de saisie puisque des filtres ont été mis en place à cet effet.

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 de plus à l'ensemble des établissements un outil de restitution des résultats pour chaque collège ou lycée, en comparaison avec l'ensemble du département et de la région (cf. illustration).

En 2013, comme chaque année durant l'été et au début de l'automne, les données recueillies au cours de l'année scolaire 2012-2013 ont été validées : nettoyage des bases de données, validation et contrôle de cohérence. Lorsque les données paraissaient incohérentes, une vérification a été faite auprès des infirmières scolaires. Pour les élèves de sixième et de seconde, s'en est suivi le travail de fusion et d'homogénéisation avec les bases de données des années précédentes. 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). Pour les trois niveaux scolaires enquêtés en 2012-2013, des pondérations ont été mises en place pour avoir des résultats représentatifs à différents échelons géographiques : région, département, Bef... En outre, des analyses pour la production de plaquettes thématiques en 2014 ou de présentations orales en 2013 ont été réalisées, portant principalement sur la corpulence, les conduites addictives, la sexualité et la contraception.

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

Une page de résultats de l'application proposée aux infirmier(ère)s

		Oui	Non	Non réponse	Pas eu le questionnaire
Nombre d'élèves de l'établissement	Ensemble	0	0	0	0
	Masculin	0	0	0	0
	Féminin	0	0	0	0
Etablissement	Ensemble	Aucun élève	Aucun élève	Aucun élève	Aucun élève
	Masculin	Aucun élève	Aucun élève	Aucun élève	Aucun élève
	Féminin	Aucun élève	Aucun élève	Aucun élève	Aucun élève
Somme	Ensemble	81,9 %	18,3 %		
	Masculin	79,7 %	20,3 %		
	Féminin	83,7 %	16,3 %		
Picardie	Ensemble	77 %	23 %		
	Masculin	78 %	22 %		
	Féminin	76,1 %	23,9 %		

retour

Recherche-action en nutrition

Une recherche-action autour de la nutrition a été mise en place en Picardie auprès des élèves de seconde de filières générale, technique et professionnelle 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 relayé avec l'ARS et le conseil régional. 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 de filière générale et technique et de filière 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 permettront de co-construire avec les jeunes des actions de prévention en matière de nutrition par la formulation de messages, l'écriture de scénarii de clips vidéo et

l'utilisation des outils du marketing social.

Le recueil de données quantitatives a eu lieu de fin mars à début juin 2013 dans cinq établissements secondaires de la région auprès de lycéens étudiant en classe de seconde. Les élèves ont rempli un carnet alimentaire journalier pendant quatre jours ainsi qu'un questionnaire ayant trait à l'hygiène de vie, à la scolarité, aux activités sportives et de loisirs, à la consommation d'alcool et de tabac mais également sur l'activité professionnelle des parents et la composition de la famille. Un recueil de données anthropométriques (mesures de la taille et du poids) a été réalisé par les infirmières du lycée.

Le carnet alimentaire journalier a été conçu à partir de l'outil de recueil utilisé dans l'enquête nationale Inca2 et adapté aux modalités de l'étude. Dans chaque lycée, une formation au remplissage du carnet a été dispensée au cours de laquelle chaque élève s'est vu remettre un carnet alimentaire, un guide de remplissage et un livre photo présentant les portions alimentaires permettant de renseigner les quantités consommées.

Au total, 163 élèves ont participé à l'étude en remplissant le questionnaire distribué aux élèves au moment de leur formation au remplissage du carnet. Ce questionnaire complété a été récupéré le jour même. Les mesures du poids et de la taille ont été effectuées auprès de 96,3 % des élèves interrogés, soit 157 élèves¹.

Concernant le carnet alimentaire, le taux de participation (de manière exhaustive ou non) avoisine les 80 %, soit plus de 130 carnets rendus.

Les consommations alimentaires sont décrites à partir des données du carnet alimentaire. Les données de composition nutritionnelle utilisées dans l'étude reposent sur les tables de composition nutritionnelle des aliments Ciqual 2012.

Pour la partie qualitative, six *focus groups* (un groupe de seconde générale et un de seconde professionnelle dans les trois villes d'Abbeville, Beauvais et Château-Thierry) ont été réalisés entre le 7 octobre et le 13 décembre 2013. Les *focus groups* se basent sur les résultats des données alimentaires et abordent différents thèmes : les plats préférés, la commensalité, les occupations pendant les repas, les petits-déjeuners et dîners (repas type et repas idéal), les bases d'une vie saine et équilibrée et les aspects de prévention alimentation. L'animation de ces *focus groups* s'est faite en binôme OR2S-Ireps. Au total, ce sont plus de huit heures trente d'entretiens, dont les retranscriptions se sont terminées fin janvier 2014. Ces entretiens ont été encodés dans un logiciel spécifique à ce type de méthode puis analysés au cours du premier semestre 2014.

Une évaluation de l'action sera réalisée au second semestre 2014 auprès des élèves, infirmiers et équipes éducatives des établissements concernés.

Le rapport final est attendu pour décembre 2014 mais d'autres rapports intermédiaires sont prévus sur les données des carnets alimentaires, puis sur les principaux résultats obtenus lors des entretiens collectifs, et suite aux groupes d'intervention mis en place pour l'élaboration d'une prévention. En octobre 2013, une page Facebook² a été ouverte afin de pouvoir communiquer sur l'action. Un visuel *PicAlim* a été créé à l'occasion.

Par ailleurs, une journée régionale de présentation des résultats est prévue au cours du dernier trimestre 2014.

¹ L'indice de masse corporelle ($IMC = \text{poids} / \text{taille}^2$) a alors été calculé. Le surpoids et l'obésité ont été définis selon la définition de l'IOTF (International Obesity Task Force).

² <https://www.facebook.com/pages/PicAlim/1467083016855562?fref=ts>

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 ;
- événement 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.

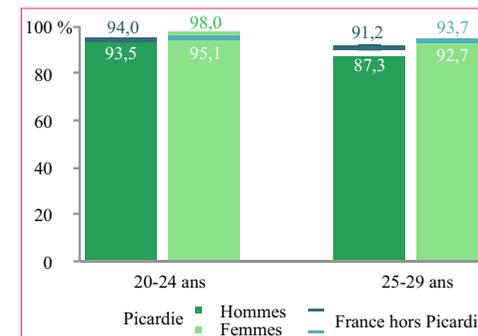
Le questionnaire et la méthodologie employés dans la région sont, à quelques exceptions près, les mêmes que ceux mis en œuvre dans l'enquête nationale. Au niveau national, le questionnaire est divisé en quatre parties : un questionnaire principal proposé à l'ensemble des personnes interrogées et trois 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 2013, les analyses réalisées ont principalement permis de produire des résultats sur les conduites addictives, la sexualité et la contraception, la vaccination au niveau régional, en comparaison avec le niveau national.

À ces résultats s'ajoutent également la production de données montrant les évolutions des comportements, connaissances et des attitudes des jeunes picards et français par rapport aux éditions précédentes du baromètre. Ce travail a fait l'objet de communications orales au cours de l'année. Plusieurs plaquettes vont être produites en 2014 sur ces différentes thématiques.

Jeunes* de 20-29 ans déclarant avoir utilisé un moyen de contraception (ou leur partenaire) lors du premier rapport sexuel, selon l'âge et le genre



Sources : Baromètre santé 2010 - OR2S, Inpes Exploitation OR2S
* parmi les jeunes déclarant avoir déjà eu un(des) rapport(s) sexuel(s) avant l'âge de 21 ans. Question non posée aux 30-34 ans.

Étude sur le non-recours aux soins

Suite à la production des diagnostics territoriaux de santé des pays picards et à la tenue de forums dans le cadre de l'aide à l'analyse des politiques territoriales (cf. aussi p. 70), il est apparu que certaines populations, malgré des indicateurs sanitaires très défavorables, n'avaient pas recours aux soins ou de façon tardive. De même, les participations aux dépistages organisés du cancer colorectal et du cancer du sein y sont souvent plus faibles sur ces mêmes territoires. Le conseil régional a souhaité en savoir plus.

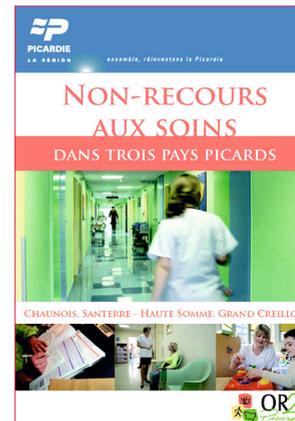
Pourquoi certaines populations se trouvent dans cette intention de non-recours aux professionnels de santé et/ou au dépistage organisé des cancers ? Pour répondre à cette question, l'approche qualitative est apparue comme la plus adéquate. En liaison étroite avec le conseil régional, à partir des constats des diagnostics, il a été décidé d'effectuer le recueil qualitatif auprès de deux populations (les usagers, d'une part, et les professionnels de santé, d'autre part) en se limitant à un seul pays de chacun des trois départements : le Chaunois, le Grand Creillois et le Santerre Haute-Somme.

Le recueil s'appuie sur deux types d'entretiens : des entretiens collectifs semi-directifs avec la population (un groupe masculin et un groupe féminin d'une dizaine de personnes chacun par zone) et des entretiens individuels avec les professionnels de santé (deux médecins généralistes par zone, des médecins des centres de bilans de santé et les médecins responsables des trois associations de dépistage organisé des cancers).

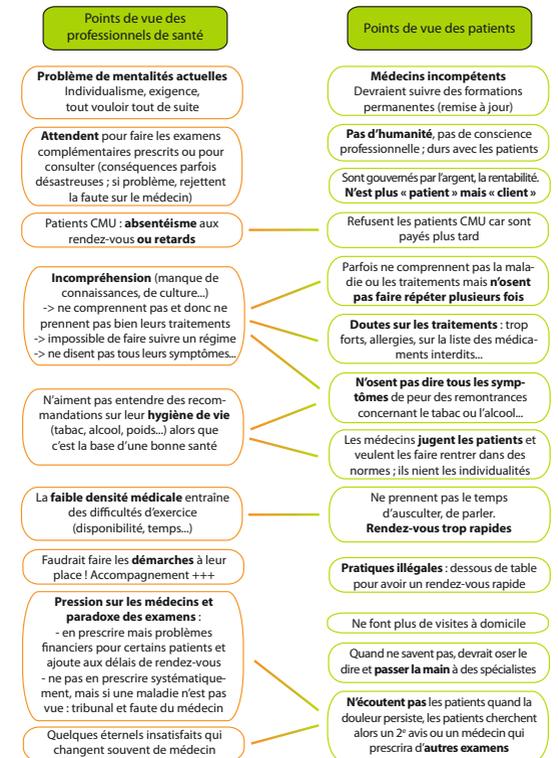
Les entretiens abordent la perception de la santé pour les patients, les pratiques des patients en matière de santé (délai de recours aux soins, utilisation des urgences, observance des prescriptions médicales, automédication, recours au médecin traitant, connaissance des aides sociales...), les pratiques/connaissances de dépistage et de prévention, l'influence de l'entourage, la confiance dans le système de santé et le rapport médecin-patient.

Les entretiens, réalisés en 2012, ont été analysés au premier semestre 2013. Un rapport et une synthèse ont ensuite été réalisés au second semestre et remis au conseil régional. Ils incluent notamment les stratégies de soins (trajectoires de soins, utilisation des urgences, automédication, médecines alternatives et suivi des traitements), les freins au recours aux soins (divisés en facteurs endogènes et exogènes), le dépistage et la prévention.

Le rapport



Relations patients / professionnels de santé



○ Difficultés relationnelles évoquées par les professionnels de santé
○ Difficultés relationnelles évoquées par les populations rencontrées

Étude sur les délais de prise en charge des cancers

Cette étude, pilotée par l'INCa, a été réalisée par la Fnors avec l'appui des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) et des ORS des régions participants à l'étude. Elle s'inscrit dans le cadre de l'action 19.4 du Plan cancer 2009-2013 : « Mener une étude sur les délais de prise en charge [des cancers] dans plusieurs régions ».

L'objectif principal était de dresser un état des lieux, au niveau régional, des délais de prise en charge entre différents actes et étapes clés du parcours de soins des patients atteints de cancers, pour quatre localisations : sein, poumon, côlon et prostate.

La variation des délais mesurés a été analysée en fonction de la région, d'une part, et de variables caractérisant le patient (contexte socio-démographique), la maladie cancéreuse (mode de découverte, taille de la tumeur et stade évolutif) et l'établissement de prise en charge initiale (type, statut et activité en oncologie), d'autre part.

L'étude s'est déroulée en deux phases. La première, réalisée en 2011 dans huit régions¹, a étudié les délais de prise en charge des cancers du sein (qui bénéficient d'un dépistage organisé) et des cancers du poumon.

La seconde menée en 2012, a porté sur les délais de prise en charge des cancers du côlon (qui bénéficient également d'un dépistage organisé) et de la prostate².

Les finalités de cette étude sont de :

- concourir à améliorer la connaissance des délais de prise en charge les plus traceurs du parcours de soins pour les cancers concernés ;

- produire une analyse comparée des délais dans plusieurs régions en fonction de facteurs socio-démographiques, médicaux et organisationnels ;
- réaliser une analyse comparée entre les résultats de l'étude et ceux de la littérature médicale internationale ;
- évaluer l'intérêt de la mesure des délais en routine ainsi que la méthode la plus appropriée pour mesurer ces délais.

Par région, un échantillon de 300 cas inclus par localisation de cancer, a été sélectionné. La sélection des dossiers s'est faite par les RRC : tous les dossiers de patients enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de première proposition thérapeutique, pour un cancer primitif d'une des localisations considérées, pendant une période d'inclusion de trois mois, étaient inclus dans l'étude, jusqu'à un total de 300 dossiers.

Deux rapports présentant les résultats détaillés de chacune des phases de l'étude pour l'ensemble des régions et un rapport synthétique relatif aux quatre localisations cancéreuses ont été publiés par l'INCa et la Fnors en 2012 et 2013.

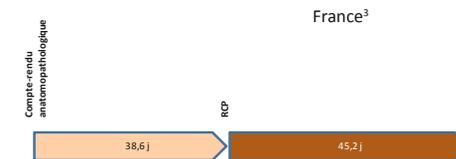
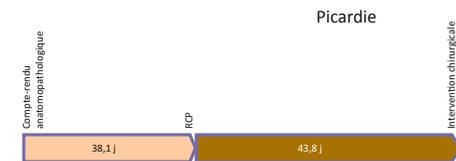
L'OR2S a procédé à l'analyse des données de la Picardie pour les deux phases de l'étude, dans le cadre d'une convention avec le réseau régional Oncopic³, et à l'analyse des données de la Haute-Normandie pour la seconde phase. La publication des résultats est prévue au second semestre 2014.

¹ outre la Picardie, les autres régions sont : Alsace, Auvergne, Franche-Comté, Lorraine, Nord - Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Paca

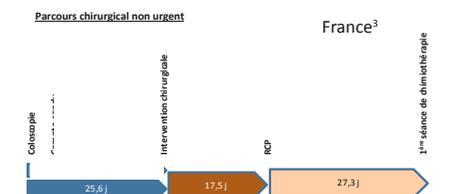
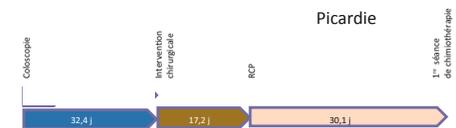
² en 2012, six autres régions ont rejoint le programme : Guadeloupe, Haute-Normandie, Martinique, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire et Rhône-Alpes. Le Nord - Pas-de-Calais a, par contre, quitté le dispositif.

³ les illustrations ci-contre présentent les délais en Picardie et dans l'agrégation des 14 régions (mentionnées France sur les graphiques ci-contre) pour le cancer du côlon et celui de la prostate.

Délais moyens pour chaque étape du parcours de soins pour le cancer de la prostate selon l'unité géographique (parcours chirurgical)



Délais moyens pour chaque étape du parcours de soins pour le cancer du côlon selon l'unité géographique (parcours chirurgical non urgent)



Source : Enquête Délais cancer INCa-Fnors, OR2S

Étude sur les personnes en situation de handicap au sein des foyers de vie et foyers d'accueil médicalisés

En prolongement du travail mené en 2011, le conseil général de la Somme a sollicité l'OR2S pour mener une étude sur la prise en charge des personnes en situation de handicap dans les foyers de vie et les foyers d'accueil médicalisés de la Somme.

L'objectif de l'étude est de mieux connaître la prise en charge des personnes en situation de handicap dans les foyers de vie et les foyers d'accueil médicalisés dans le but d'étayer, à mi-parcours, le schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap du conseil général de la Somme. L'étude comprend deux parties complémentaires : l'une quantitative et l'autre qualitative.

Pour la partie quantitative, l'enquête menée est de type « un jour donné ». La population ciblée est composée des personnes handicapées présentes au 31 décembre 2012 dans les foyers d'hébergement et foyers d'accueil médicalisés (Fam) de la Somme.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire informatisé rempli par les directeurs des établissements (ou par les personnes désignées par eux). Le questionnaire comporte quatre parties : les caractéristiques de la personne, la(les) déficience(s), la vie sociale et l'autonomie.

Une application permettant la saisie informatique de questionnaires *via* Internet sur un serveur sécurisé de l'OR2S a été créée. Un *login* et un mot de passe spécifiques ont été alloués à chaque établissement pour une saisie qui s'est déroulée début 2013.

S'agissant de la partie qualitative, des entretiens individuels ont été réalisés auprès de six établissements retenus pour participer à cette phase (un Fam et cinq foyers de vie), deux entretiens distincts étant menés par établissement : le premier auprès de la personne qui assure la direction et le second auprès d'un membre du personnel éducatif (éducateur, moniteur-éducateur, aide médico-psychologique).

La problématique est abordée à travers la prise en charge du public accueilli (besoins actuels et futurs), le fonctionnement de la structure et les modalités d'admissions et de sorties.

Les entretiens menés suivant la trame de guides d'entretien élaborés (un pour les directeurs et un pour les personnels éducatifs), ont été réalisés entre le 22 janvier et le 4 février 2013. Au total, ce sont plus de douze heures d'entretien retranscrits et encodés en février et mars.

Les résultats issus des deux parties de l'enquête ont donné lieu, à l'été 2013, à la rédaction d'un rapport et d'une synthèse mettant en exergue les caractéristiques de la population présente dans les structures enquêtées (à partir des 675 questionnaires saisis) et les enjeux ressortant de l'analyse des entretiens.

Une restitution auprès des structures d'accueil des personnes en situation de handicap du département a eu lieu le jeudi 21 novembre 2013 à Amiens, en lien avec le conseil général de la Somme.

Le rapport et la plaquette



Étude qualitative sur les représentations concernant le dopage (en Picardie)

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.

À ce jour, plusieurs zones d'ombre persistent sur la compréhension des comportements associés au dopage, ainsi que sur celle des représentations du dopage que se font les sportifs et leur entourage. Or, une des principales exigences pour garantir la pertinence et l'efficacité des actions de prévention est d'avoir une image la plus fidèle possible de ces représentations et comportements.

Apporter une aide aux acteurs participant à la mise en place d'actions de prévention du dopage chez les sportifs, pour qu'ils puissent mieux orienter et prioriser les actions qu'ils souhaitent mettre en place et renforcer ainsi leur stratégie de prévention constituent ainsi les enjeux majeurs du travail engagé dans six régions (Auvergne, Bretagne, Haute-Normandie, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes) et sur six sports (basket-ball, cyclisme, football, gymnastique, judo et tennis). Chacun des six sports est étudié dans deux régions différentes¹ permettant ainsi d'avoir des points de vue divers, de repérer des enjeux et des stratégies.

Le recueil est basé sur des entretiens semi-directifs exploratoires sur le dopage et les conduites dopantes auprès des sportifs (entretiens collectifs), des parents de sportifs (entretiens collectifs), des élus et cadres des fédérations sportives et des comités départementaux ou régionaux (entretiens individuels), des encadrants dans les clubs (entraîneurs, préparateurs physiques, éducateurs... -entretiens individuels-) et des professionnels de santé en charge des sportifs (médecins du sport, kinésithérapeutes, diététiciens... -entretiens individuels-).

En Picardie, différentes personnes ont été rencontrées : des membres du conseil de la Ligue, des présidents de comité départemental, des éducateurs sportifs, des conseillers techniques, des médecins du sport, des ostéopathes, des kinésithérapeutes, mais également des sportifs. Au total, vingt-deux entretiens individuels et quatre entretiens collectifs ont été menés.

Les huit encadrants (huit heures d'entretien) ayant été les premiers contactés, puis les huit professionnels de santé (sept heures d'entretien) et six élus et cadres (six heures d'entretien), pour finir par les

quatre *focus groups* de sportifs (deux entretiens mineurs et deux majeurs, soit un peu plus de cinq heures d'enregistrement).

Au total, ce sont vingt-six heures d'entretien, réalisés entre les mois de mai et décembre 2012 en Picardie qui ont fait l'objet du décryptage et d'analyses début 2013.

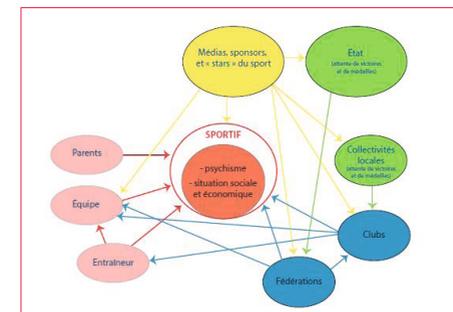
Au sein du rapport national³, l'OR2S a eu en charge l'analyse des propos tenus par les élus et cadres des fédérations et comités sportifs.

¹ La Picardie a mené ses investigations sur le football et le tennis.

² deux autres entretiens collectifs prévus avec des parents de sportifs n'ont pas pu être réalisés faute de volontaires.

³ pour en savoir plus sur le rapport complet, cf. p. 77 du rapport d'activité.

Principales pressions sur les sportifs décrites lors des entretiens



Génération en santé

L'activité de 2013 a été consacrée à la finalisation des dernières fiches du Tableau de bord transfrontalier de la santé et de l'analyse des focus groups des enquêtes juniors et seniors. Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un financement européen (Feder Interreg IV), de l'ARS et du conseil régional.

Tableau de bord transfrontalier de la santé

Les documents Environnement Santé et Santé au travail ainsi que leurs quatre-pages, ont été finalisés en février 2013.

La production de documents avec des thématiques différentes (Cancers, Maladies cardio-vasculaires, Inégalités sanitaires et sociales...) est à souligner. En effet, les différences de législation et de définition entre la France et la Belgique rendent la comparaison des données parfois particulièrement difficiles, à l'exemple de la santé au travail.

Ce constat imposait donc la réalisation d'un document méthodologique sur l'élaboration d'un tableau de bord transfrontalier de la santé. Celui-ci a été aussi réalisé afin de permettre une pérennisation à partir de l'expérience des deux tableaux de bord de 2006 et 2012-13. Ce guide méthodologique a été achevé en début d'année 2013.

Enquêtes qualitatives

Deux enquêtes qualitatives ont été menées en 2012 par *focus groups* et les analyses se sont terminées en 2013. L'une, sur les juniors, s'est intéressée au temps de midi et à la pratique d'activités physiques : choix alimentaires, activités, développement durable.

L'autre, sur les seniors, a porté sur leur qualité de vie et leur état de santé. Le public cible de cette enquête est constitué de personnes âgées de 50 à 74 ans.

L'enquête juniors s'est déroulée dans cinq lycées professionnels de la région. Elle a été menée parallèlement en Hainaut avec une extension au Québec, hors projet *Génération en santé*.

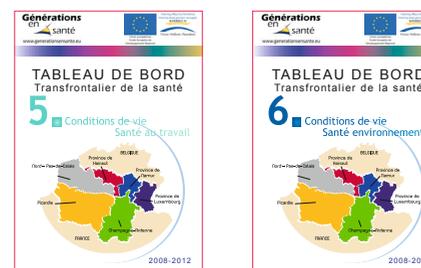
L'enquête sur les seniors était basée sur la tenue de trois rencontres pour chaque groupe constitué (un groupe belge et un groupe français pour chaque zone de proximité définie dans le programme : Lille-Eurométropole, Hainaut, Thiérache et Ardennes) portant sur les thèmes suivants : santé physique, santé mentale et santé sociale.

Quatre groupes-type de seniors ont été élaborés et classés en typologie :

- les jeunes seniors (personnes proches de la retraite, en fin de carrière professionnelle),
- les libérés actifs (personnes retraitées mais encore socialement actives dans la société),
- les seniors traditionnels (personnes retraitées avec activité sociale traditionnelle pour personnes âgées)
- les seniors fragilisés (personnes retraitées ou pré-retraitées socialement fragilisées par cause de maladie ou de handicap).

Les rapports des études qualitatives ont été terminés en février 2013.

Les deux derniers tableaux de bord



Quelques illustrations



Diagnostic régional 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 santé avait été actualisé en 2009. Il est actuellement en cours de finalisation et sera de nouveau publié dans le courant de l'année 2014.

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. Réalisé grâce aux financements de l'ARS et du conseil régional, il présente les indicateurs à l'échelon régional, en comparaison avec la moyenne hexagonale et, quand cela est possible, également en regard des *minima* et *maxima* des régions hexagonales.

Cinq chapitres composent le cœur du document, après une brève introduction.

Le premier présente le contexte socio-démographique de la région, avec principalement les données du recensement de la population de 2010 et les données provenant des organismes versant les prestations sociales.

Le second 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), de la statistique annuelle des établissements (SAE) 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'affection de longue durée et complétée 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.

Le chapitre suivant renseigne sur les comportements des Picards et les déterminants de santé. 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.

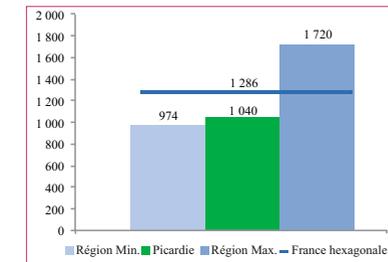
Enfin, un chapitre est consacré au dépistage et à la prévention, avec des informations sur la vaccination, la contraception, la santé bucco-dentaire ou encore les dépistages organisés.

Le diagnostic s'achève par les annexes permettant de retrouver notamment les liens vers les sites Internet consultés.

L'illustration

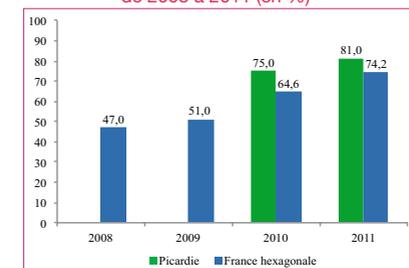


Nombre d'actes dentaires pour 1 000 habitants en 2010



Sources : Cnamts, Snir

Couverture vaccinale contre l'hépatite B des enfants de 24 mois (trois doses) de 2008 à 2011 (en %)



Sources : Drees, Remontées des services de PMI - Certificat de santé du 24^e mois. Traitement InVS

Le suicide en Picardie

À l'occasion de la Journée nationale de prévention du suicide, 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 garanti 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 actuelle¹ à celle du début des années quatre-vingt-dix.

Les deux chapitres suivant présentent pour l'ensemble de la région les spécificités du suicide suivant 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.

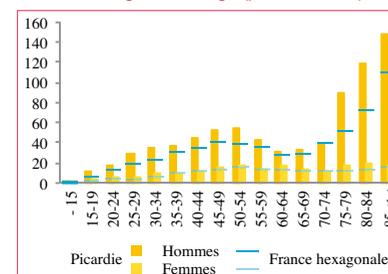
Pour permettre une stabilité statistique suffisante, les indicateurs figurants dans ce document ont été calculés sur différentes périodes en fonction du niveau géographique considéré, du détail par âge, par état matrimonial ou par mode de suicide.

¹ les dernières données de mortalité disponibles au moment de la réalisation des analyses étaient celles de 2010.

La plaquette

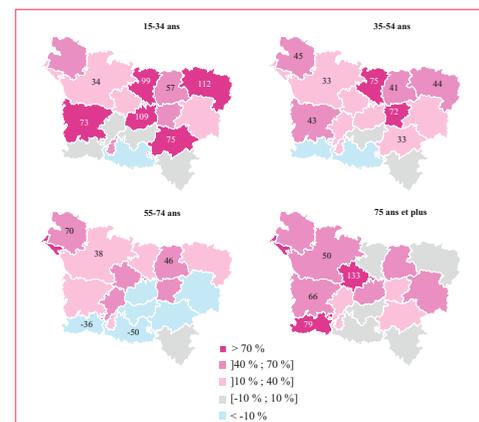


Mortalité* par suicide en 2006-2010, selon le genre et l'âge (pour 100 000)



* 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 - Exploitation 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 des fiches. Quasiment chaque année, depuis 2008, l'OR2S contribue à la création ou à la réactualisation de cinq à dix fiches.

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 du quartier, en l'occurrence celui d'Étouvie.

Le Profil santé est 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 la santé n'est d'ailleurs pas la seule thématique traitée puisque les questions socio-démographiques et des professionnels de santé font aussi l'objet de plusieurs fiches.

L'OR2S n'est pas responsable de la mise en page de ces fiches qui est confiée à un prestataire de la ville, mais elle 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.

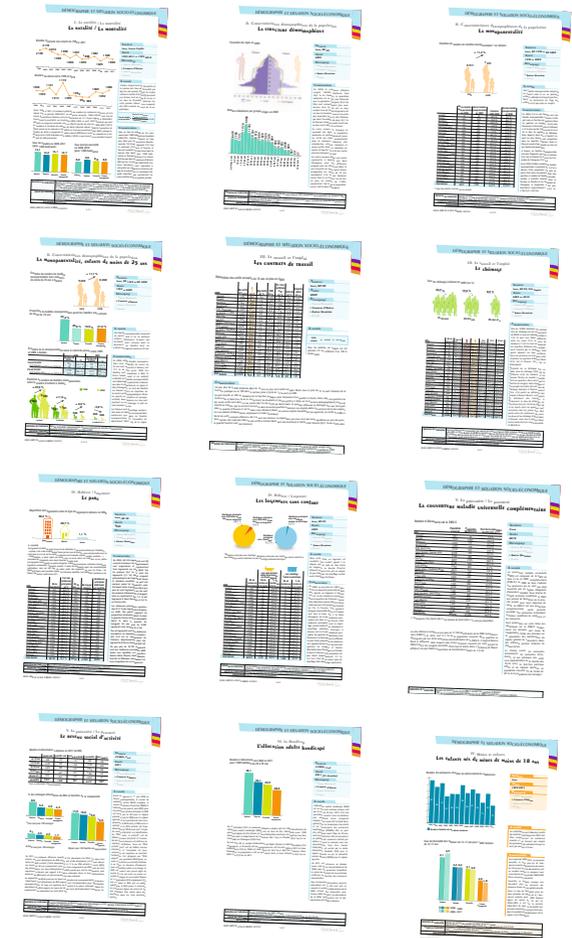
Douze fiches ont été actualisées en 2013. Onze portent sur la démographie et la situation socio-économique de la capitale picarde :

- la natalité, la mortalité ;
- la structure démographique ;
- la monoparentalité ;
- la monoparentalité, enfants de moins de 25 ans ;
- les contrats de travail ;
- le chômage ;
- le parc (de logement) ;
- les logements sans confort ;
- la couverture maladie universelle complémentaire ;
- le revenu social d'activité ;
- l'allocation adulte handicapé.

La douzième aborde la question des enfants nés de mères mineures.

Les sources mobilisées pour l'actualisation de ces fiches sont le recensement de la population, les organismes de prestations sociales, les données de mortalité et des bulletins statistiques de l'État civil et enfin celles de l'Assurance maladie et du Pôle emploi.

Les douze fiches 2013



Atlas santé travail

Dans le cadre de l'actualisation de l'Atlas santé travail (édition 2013), 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'OPPBTP et l'OR2S en ont rédigé chacun une partie.

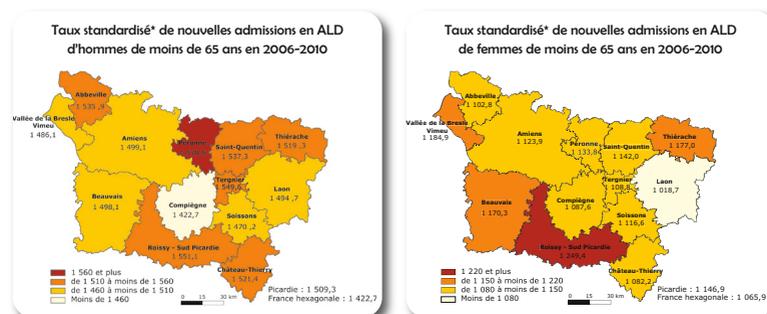
L'objectif de l'atlas est de mobiliser les connaissances en lien avec la santé et la sécurité au travail pour fournir aux décideurs des leviers d'actions et aider à établir des priorités. Il s'inscrit plus spécifiquement dans le cadre du deuxième PRST. Ce document, de soixante pages, présente des indicateurs d'analyse socio-économique, des indicateurs de sinistralité des accidents du travail et des maladies professionnelles sur la région et les zones d'emploi. Pour cette cinquième édition de l'atlas, l'OR2S a dressé, en six pages, un état des lieux de la santé des Picards, en ciblant au niveau cartographique les analyses sur les personnes de moins de 65 ans. Ce travail a été réalisé à partir des données de mortalité et des nouveaux bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD.

L'étude des données de mortalité (tous âges et chez le seul moins de 65 ans et selon le genre) permet d'effectuer un constat général de la situation sanitaire, via l'analyse des décès toutes causes sur la période 2006-2010. Des analyses portant sur les deux principales causes de décès, que sont les cancers (les travaux comprenant également une analyse des principales localisations) et les maladies de l'appareil circulatoire, ont également été menées (également tous âges et chez les seuls moins de 65 ans selon le genre). Outre la comparaison de la situation régionale en regard de la situation nationale, une analyse plus fine par zone d'emploi a été effectuée. Enfin, 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.

En 2013, pour la première fois, l'analyse des données de nouvelles admissions en ALD a été présentée au niveau des zones d'emploi. Comme pour la mortalité, les taux sont standardisés sur la population française au recensement de la population 2006 selon le genre et portent sur la période 2006-2010. Les cartographies présentées (cf. ci-dessous) le sont pour l'ensemble des ALD, chez les seuls moins de 65 ans et selon le genre. Des mêmes cartographies sont également présentées pour les deux premières causes d'admission en affections de longue durée : les cancers et le diabète. Par ailleurs, un paragraphe fournit, pour les tumeurs malignes, les taux de nouvelles admissions en ALD en fonction des principales localisations, selon le genre et en comparaison avec le niveau national.

¹ devenue en 2010 la Direccte.

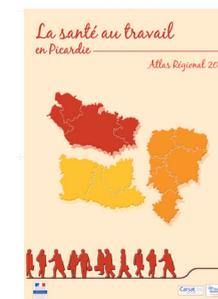
Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD



* sur l'âge à partir de la population de France hexagonale au RP 2006 (pour 100 000 habitants de - de 65 ans)
Sources : CCMSA, Cnamt, CNRSI, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

* sur l'âge à partir de la population de France hexagonale au RP 2006 (pour 100 000 habitants de - de 65 ans)
Sources : CCMSA, Cnamt, CNRSI, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

L'atlas



Sida et infection par le VIH en Picardie

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.

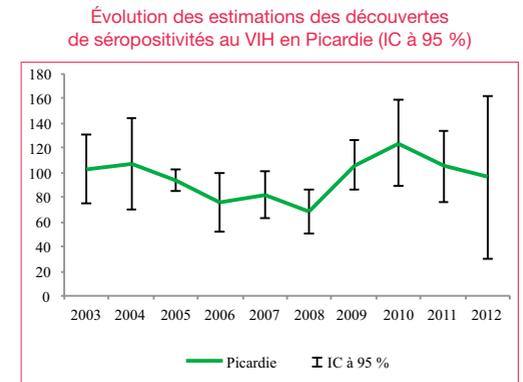
Deux sources de données ont été mobilisées pour ce document au travers de deux organismes : l'InVS et l'Inserm, et plus précisément le CépiDc. Le premier organisme fournit les données issues de la notification obligatoire de diagnostics d'infection VIH et de la notification obligatoire des cas de sida 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 2012 pour les données de l'InVS et sur la période 2008-2010 pour les décès. Des graphiques permettent d'illustrer certaines évolutions des taux depuis 2003.

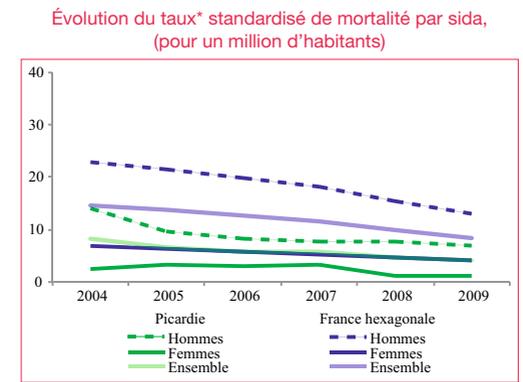
En dernière page de la plaquette se trouvent des données relatives à la prise en charge des patients séropositifs dans les hôpitaux de la région pour l'année 2012, analyse provenant du Corevih de Picardie¹.

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 P^r Jean-Luc Schmit, chef du service des maladies infectieuses et tropicales au CHU d'Amiens.



Source : InVS - données DO VIH du 31/12/2012, 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 financant 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, cependant, ils ne suffisent pas à expliquer une telle hausse de

l'incidence. 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 al., 1996, Sasco, 2007, Brody et al., 2004 ...). Le niveau socio-économique joue lui aussi un rôle capital sur l'épidémie de cancer (Vinnakota et al, 2006).

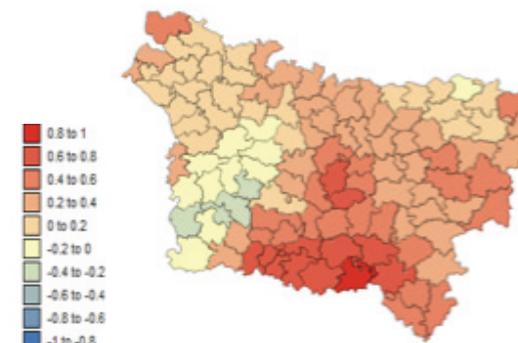
L'analyse des facteurs de risque a longtemps reposé sur les données expérimentales des études de cohorte et cas-témoins. Depuis quelques années est apparue une nouvelle approche dite de corrélation écologique qui permet l'analyse des inégalités géographiques à l'aide des systèmes d'information géographique (Nuckols et al., 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), le registre 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 de cancer 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 métalliques (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.

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.

D'une part, l'OR2S dresse un tableau de la scolarisation en milieu ordinaire à partir des données du rectorat de l'académie d'Amiens et de la direction régionale l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt. D'autre part, l'OR2S rédige le protocole d'un suivi de cohorte permettant de caractériser le parcours des élèves en situation de handicap et d'expliquer leur carrière scolaire jusqu'à leur sortie du système éducatif. Les orientations scolaires successives et les différents modes d'accompagnement seront plus particulièrement étudiés, et ce en regard du type de handicap de l'élève.

Même si l'étude ne vise pas l'exhaustivité, tout élève en situation de handicap scolarisé en Picardie est considéré comme inclus dans l'étude, sous réserve de l'approbation de ses parents ou représentants légaux, ou de lui-même pour les élèves majeurs.

Compte tenu d'éléments de cadrage non encore connus, l'année scolaire 2014-2015 pourrait être l'année de démarrage de l'étude. Tous les élèves en situation de handicap seraient inclus, quel que soit leur niveau scolaire. Seraient exclus les élèves relevant d'un établissement médico-social. Chaque année, seraient mesurées les entrées et les sorties des élèves de la cohorte. La durée d'observation n'est pas déterminée, mais chaque élève suivi serait le temps de sa scolarité, quelle qu'elle soit.

Le consentement libre et éclairé des élèves majeurs, des parents et tuteurs légaux pour les élèves mineurs ou majeurs mais ne disposant pas de la majorité juridique, serait recherché en début de constitution de la cohorte. Ce consentement serait un acte positif. Quiconque serait entré dans la cohorte serait libre d'en sortir en informant au préalable l'enseignant référent, le service de la scolarité ou directement l'OR2S.

Cinq approches complémentaires ont été définies pour décrire le vécu des élèves en situation de handicap :

- la réalité de leur inclusion scolaire ;
- la mise en évidence dans ce contexte des facteurs facilitant ou freinant ;
- l'observation des entrées ou sorties de la reconnaissance du handicap ;
- les modalités d'orientation et de construction des parcours scolaire et éducatif en fonction de la nature du handicap ou du trouble ;
- les besoins et l'effectivité des aides matérielles et humaines.

Le rectorat est prêt à transmettre les bases de données des deux enquêtes réalisées, en milieu ordinaire par les enseignants référents, d'une part, auprès des établissements médico-sociaux scolarisant des élèves, d'autre part. Cette transmission doit faire l'objet d'un avenant à la convention existant entre le rectorat et l'OR2S.

Les données pourront être transmises après validation par les services de l'Éducation nationale au cours du 1^{er} trimestre de chaque année civile.

Les numéros d'identification des élèves n'étant pas identiques au cours de la scolarité, il convient de réfléchir à l'appariement des informations à chaque changement de degré.

Une fois rédigé, le protocole devra recevoir l'aval des commissions nationales concernées : Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et Cnil.

Répartition des élèves en situation de handicap selon le département

	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

Aide à l'analyse des politiques territoriales

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 en regard du système de santé. Toutefois, les indicateurs de mesure de l'état de santé d'une population obtenus à partir des bases de données concernant les affections de longue durée ou les hospitalisations ne constituent qu'un certain reflet de la morbidité de cette population.

Par ailleurs, le croisement avec les données sociales ne devient vraiment efficace 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 absolument 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, des premières analyses permettant de croiser les indicateurs de mortalité et de nouvelles admissions en ALD pour les deux principales causes de décès (cancers et maladie de l'appareil circulatoire) ont été réalisées au niveau des établissements publics de coopération intercommunale.

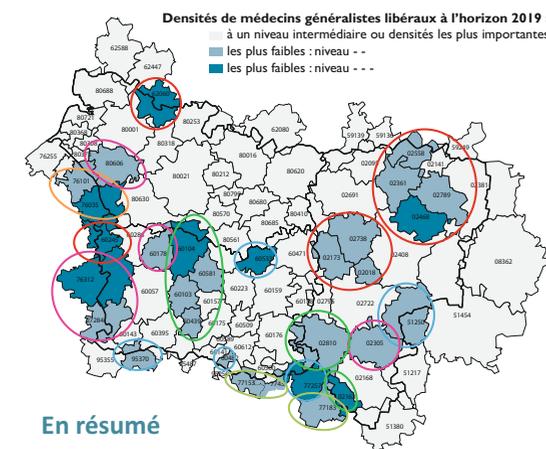
Une autre orientation dans ce type de travail, s'est portée sur la problématique de la démedicalisation. Celle-ci constitue en Picardie, comme cela est bien connu, une problématique de plus en plus importante, dans un contexte d'accroissement important de la population âgée (doublement du nombre de personnes de 75 ans ou plus à l'horizon 2040) et, de façon plus large, de populations ayant davantage recours aux professionnels de santé, parallèlement à une démographie préoccupante de ces derniers.

Un premier travail a été réalisé au niveau des bassins de vie pour les médecins généralistes libéraux, l'objectif étant de repérer les zones géographiques prioritaires en termes de démedicalisation. Pour ce faire, les densités de médecins généralistes libéraux ont été calculées à l'horizon 2019 suivant plusieurs scénarii, les zones géographiques susceptibles de présenter les densités les plus faibles ayant ainsi été identifiées dans une dimension temporelle. Parallèlement, une analyse des caractéristiques sociales et sanitaires a été réalisée sur ces mêmes zones géographiques à partir des bases de données mentionnées précédemment.

Cette démarche exploratoire a vocation à être étendue à d'autres champs, notamment en regard des pathologies et du croisement avec des données de natures sociale et environnementale, ceci en prenant en compte la dimension géographique.

Ce travail est désormais en cours. Ainsi, vont pouvoir être identifiées des zones prioritaires d'actions reposant sur la cohérence des systèmes d'information. Dans le cas où ceux-ci montrent des disparités sensibles, voire des incohérences manifestes, des analyses complémentaires, reposant plutôt sur des démarches qualitatives pourront alors être engagées pour comprendre la genèse de ces discordances. Ainsi, l'accompagnement des politiques deviendra en parfaite adéquation avec les besoins de priorisation des actions.

Synthèse d'analyses menées pour la détermination de zones prioritaires, en termes de démedicalisation



En résumé

- caractéristiques socio-sanitaires les moins favorables
- caractéristiques sociodémographiques les moins favorables
- caractéristiques sanitaires (mortalité) les moins favorables
- caractéristiques sociodémographiques et sanitaires à un niveau intermédiaire
- caractéristiques sanitaires (mortalité) à un niveau intermédiaire et sociodémographiques plus favorables
- caractéristiques socio-sanitaires les plus favorables

Dépistage des cancers de la cavité buccale

Le CHU d'Amiens à travers le service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie s'est engagé dans un projet de dépistage des cancers de la cavité buccale au sein de la population des fumeurs âgés de 30 à 75 ans dans le département de la Somme.

L'objectif de cette action, intitulée *Idécab*, est d'évaluer l'impact d'une campagne de sensibilisation au dépistage des cancers de la cavité buccale sur une population cible d'un territoire donné. Sur cette population de fumeurs âgés de 30 à 75 ans domiciliés dans la Somme, le taux de participation au dépistage de la population cible constitue le critère d'évaluation. Les actions d'incitation au dépistage,

mises en place en 2013, ont été relayées par les acteurs habituels de la communauté médicale, auxquels ont été ajoutés des participants originaux, en dehors de structures médicalisées, tels que les buralistes et les *media*.

En 2013, l'activité de l'OR2S a porté, d'une part, sur la réalisation de différents masques de saisie (enquête menée auprès des buralistes, fiche de consultation dédiée à l'examen de la cavité buccale remplie par le médecin, enquête effectuée auprès de médecins généralistes).

D'autre part, elle a consisté à analyser l'enquête mise en place auprès des buralistes. Cette enquête,

préalable à la campagne de dépistage réalisée en collaboration avec les buralistes (distribution pendant 15 jours de *flyer* invitant au dépistage lors de la vente de paquet de cigarettes), avait pour objectif d'estimer le nombre de buralistes prêts à participer à cette campagne de dépistage et du nombre de clients reçus. Enfin, l'OR2S a réalisé le plan d'échantillonnage pour l'enquête qui est menée au début de l'année 2014 auprès des médecins généralistes de la Somme et de Seine-Maritime (département « témoin »). Cette enquête a pour objectif d'évaluer l'impact de la campagne d'information et d'incitation au dépistage des cancers de la cavité buccale.

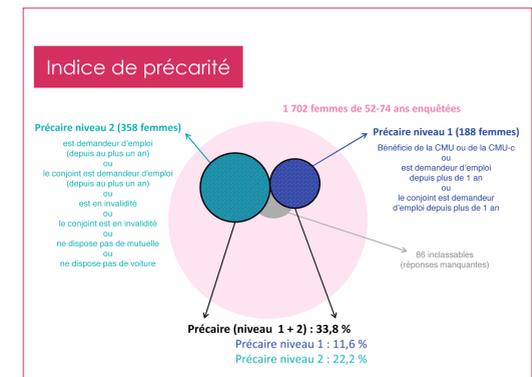
Dépistage du cancer du sein

Une recherche-action visant à améliorer les taux de dépistage du cancer du sein des populations plus « vulnérables », a été mise en place par le réseau régional de cancérologie Picardie, en partenariat avec Adecaso, Adema 80, Aisne Preventis, l'ARS, le conseil régional, Sanofi et l'OR2S.

En septembre 2012, une enquête a été menée auprès des femmes de 50-74 ans n'ayant pas participé au dépistage organisé du cancer du sein, l'objectif général étant de mieux cibler les freins au dépistage. Cette enquête a été réalisée sur neuf cantons, deux ruraux et un urbain pour chaque département. Les territoires choisis présentaient, en regard de l'ensemble des cantons de la région, des caractéristiques sociales plus défavorables et des taux de dépistage du cancer du sein moindres.

À partir des données recueillies lors de cette enquête, l'OR2S a été sollicité pour construire un indice de précarité et analyser le lien avec le fait de déclarer avoir déjà passé une mammographie. L'indice de précarité construit permet de repérer deux niveaux de précarité. Le premier niveau repose sur un nombre restreint de variables (CMU et chômage de longue durée) et est construit de manière à identifier les femmes qui se trouvent dans une plus grande situation de précarité. Le second niveau de précarité intègre des variables couvrant des dimensions plus larges (difficulté de déplacement, invalidité...) à l'exemple de l'illustration ci-contre. Des régressions logistiques ajustées sur différents facteurs liés à la variable analysée ont été mises en place et les analyses menées, outre l'indice de précarité, ont également été réalisées en ne considérant que la variable relative à la CMU.

Illustration présentant le mode de construction de l'indice précarité



HAUTE-NORMANDIE

Exploitation des rapports d'activité Csapa/Caarud

Une exploitation des rapports d'activité (au titre de l'année 2012) à l'échelle régionale pour les Csapa et Caarud et à l'échelle de chaque territoire de santé pour les premiers a été effectuée, à la demande de l'ARS de Haute-Normandie.

En Haute-Normandie, vingt-deux centres de soins d'accompagnement, et de prévention en addictologie (Csapa) ainsi que cinq centres d'aide à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud) adressent chaque année à l'ARS, un rapport d'activité standardisé sous la forme de tableaux.

L'exploitation demandée par l'ARS à l'OR2S, s'intéresse à certains items en particulier de ces rapports d'activité. Elle consiste à présenter une compilation de ces données, d'une part, pour l'ensemble de la région et, d'autre part, pour chacun des quatre territoires de Haute-Normandie¹. S'agissant des rapports d'activité des Caarud, une exploitation d'ordre qualitative est venue compléter ce travail de compilation et concerne l'un des items présenté sous la forme de questions ouvertes.

Concernant les Csapa ayant rempli un rapport d'activité pour 2012, six sont dénombrés sur le territoire de santé d'Évreux, quatre pour Le Havre, neuf pour Rouen et trois structures pour le territoire de santé de Dieppe. L'exploitation des données de ces structures s'est faite autour de trois items : « les patients vus par la structure pendant l'année », « les actes » et « les membres de l'équipe ».

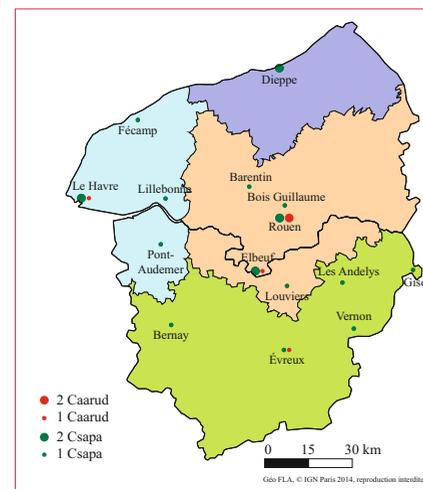
Pour les cinq Caarud, les items à exploiter concernent : « les membres de l'équipe », « l'estimation des files actives et passages/contact », « les produits », « les actes réalisés », « la mise à disposition de matériel de prévention », « la participation au dispositif de veille, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers » (exploitation qualitative) et « l'annexe 7 en regard d'un questionnaire relatif au suivi de la mesure du plan national contre les hépatites ».

Pour l'item portant sur des questions ouvertes et qui nécessite une exploitation spécifique, il était demandé aux établissements de répondre de façon à donner les « phénomènes marquants ou évolutions notables au cours des douze derniers mois, parmi les personnes fréquentant les structures ». Les interrogations concernaient sept aspects précis : « les produits », « le profil de consommateurs », « les modes d'administration ou l'association des produits », « les problèmes de santé », « les problèmes sociaux », « les événements marquants autres » et « la veille de trois produits (Subutex®, cocaïne et héroïne) ».

Les réponses pour ces items ont donc été traitées qualitativement et sont présentées sous la forme d'un condensé des mots-clés et des thématiques données par les cinq Caarud. Les réponses précises formulées par les intervenants de ces structures servent aussi d'illustrations.

¹ ces territoires sont découpés autour des quatre agglomérations suivantes : Évreux, Le Havre, Rouen et Dieppe.

Répartition des Csapa et Caarud suivant le territoire de santé



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 rectorat de l'académie de Rouen et l'association régionale des missions locales de Haute-Normandie. Financée par l'ARS et le conseil régional de Haute-Normandie, 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 et des jeunes accueillis dans les missions locales.

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, technique ou professionnel de la région durant l'année scolaire 2012-2013. Le recueil de données a également été réalisé, par auto-questionnaire, auprès des jeunes accueillis dans les missions locales de la région au cours des mois d'octobre et novembre 2012. 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.

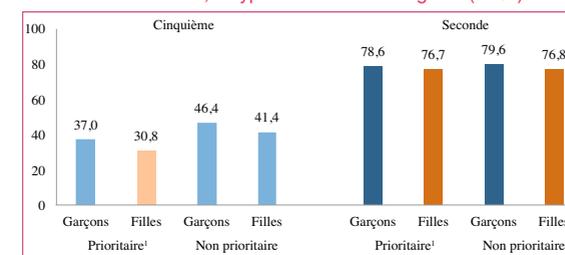
Les thématiques abordées dans le questionnaire ont trait à l'état de santé, aux habitudes alimentaires, à la qualité de vie, aux consommations de tabac, d'alcool, et de drogue, à la scolarité, au moral, à la violence et au recours aux soins. Pour les élèves de seconde et les jeunes des missions locales, des questions portent également sur la vie affective, la sexualité et la contraception. Pour ceux de cinquième et de seconde, le thème de la scolarité est traité. Par ailleurs, des thèmes supplémentaires sur la santé notamment la vaccination, et les troubles sensoriels (vision, audition) sont abordés via la fiche d'examen clinique pour les élèves de cinquième.

En 2013, l'enquête a été reprise par l'OR2S. L'ensemble des questionnaires collectés auprès des élèves de cinquième, de seconde et des jeunes des missions locales a été saisi par six personnes spécialement recrutées à cet effet durant l'été. Le nettoyage de la base de données avec un contrôle de cohérence et une vérification des données saisies a été effectué concernant les réponses des élèves de seconde et de cinquième. Une vérification des données auprès des infirmières scolaires a également été réalisée en cas d'incohérence entre les informations de la fiche d'examen clinique et les informations du questionnaire renseigné par les élèves de cinquième.

Un redressement de l'échantillon, réalisé à partir du bassin d'éducation et de formation, du type de territoire (prioritaire¹ ou non), du genre, et, le cas échéant, du type de seconde (seconde générale et technologique ou seconde professionnelle) a été mis en place pour obtenir des résultats représentatifs au niveau régional. Les analyses sont entreprises par l'antenne haut-normande afin d'assurer la production de six plaquettes thématiques et d'une plaquette de synthèse pour le début de l'automne. Des restitutions aux infirmiers(ères) dans les deux départements sont d'ores et déjà prévues de même qu'une présentation plus institutionnelle avec le conseil régional et l'ARS.

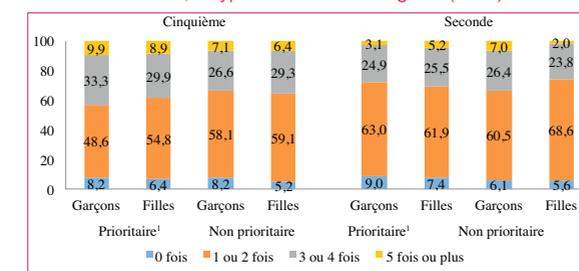
¹ les territoires prioritaires sont ceux définis dans le schéma régional de prévention par l'ARS à partir des territoires présentant des indicateurs socio-sanitaires défavorables (ouvrage « Les inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton » publiée par la Fnors en 2010), des territoires « 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 de l'ARS.

Élèves ayant déjà bu de l'alcool au cours de leur vie selon la classe, le type de territoire et le genre (en %)



Source : Indiss

Élèves selon leur consommation quotidienne de fruits et légumes, la classe, le type de territoire et le genre (en %)



Source : Indiss

National

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

Dans le cadre d'une enquête menée par la Cour des comptes sur la santé en 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.

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 grands 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 sera publiée sous la forme d'un rapport d'une centaine de pages en juin 2014, simultanément au rapport de la Cour des Comptes sur la santé en outre-mer.

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

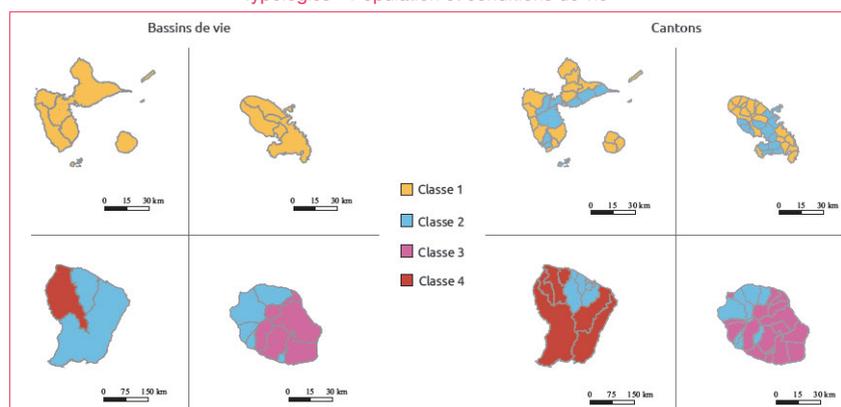
² Mayotte n'est pas intégré dans les analyses compte tenu du manque de données.

La publication

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



Typologies « Population et conditions de vie »



Sources : Cnaf, DGI, Insee

Exploitation : Fnors

* le lecteur est renvoyé pour la précision concernant la caractérisation des classes à la lecture du document lors de sa parution.

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-).

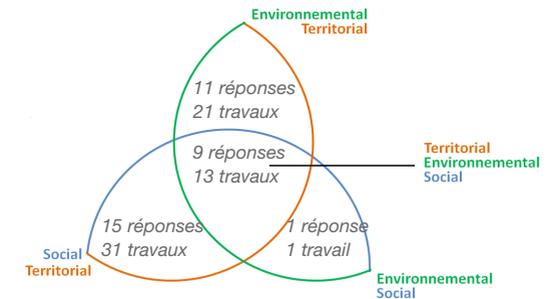
Ces éléments ont servi de socle pour l'organisation d'une journée de travail qui s'est tenue le 5 septembre 2013 au ministère chargé de la Santé à Paris. Elle a réuni une soixantaine de participants. Une première plénière a retracé les principaux résultats de l'enquête et a introduit les notions d'inégalités, d'équité et de justice dans le champ étudié.

Quatre ateliers thématiques se sont ensuite tenus, ils portaient sur : les diagnostics de santé, les diagnostics des points noirs environnementaux, l'élaboration des politiques publiques à travers les contrats locaux de santé, et la prise en compte des inégalités environnementales et territoriales dans les PRSE2.

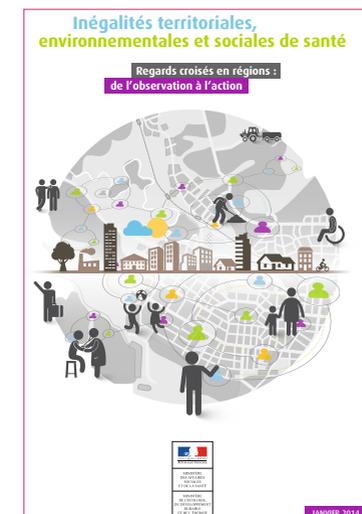
Enfin, une seconde plénière a clos la journée en rappelant la nécessité de tendre vers un consensus sur les questions sémantiques et d'encourager le partage de données, la connaissance des outils et le repérage des actions efficaces menées dans la lutte contre les Itess.

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.

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



Le document de synthèse



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 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 2013, 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 2010. L'année 2013 aura aussi été marquée par l'actualisation de nombreux contextes nationaux et la création de huit fiches de synthèse.

De nombreux aménagements ont été également apportés au site Internet, notamment pour ceux qui se sont inscrits à l'espace personnel de SCORE-Santé en ayant désormais la possibilité de sauvegarder leur recherche et de créer une liste d'indicateurs favoris.

Enfin, afin de mieux connaître les modalités et motivations d'usage, les appréciations et les attentes des utilisateurs de SCORE-Santé, une enquête en ligne a été réalisée au début 2013. Les utilisateurs ont été interrogés sur la présentation, la structure et l'organisation du site, la facilité d'accès à l'information, la richesse des informations et les mises à jour. Pour ces différents points, les utilisateurs sont dans l'ensemble très satisfaits. À l'avenir, les utilisateurs enquêtés souhaiteraient toutefois trouver sur SCORE-Santé des données plus approfondies sur les champs social et médico-social ainsi que sur l'activité hospitalière, et aussi la déclinaison des indicateurs à des niveaux géographiques plus fins.

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

Page d'accueil de SCORE-Santé

Bienvenue sur la base de données SCORE-Santé

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 n'est toutefois possible que grâce aux **contributions et organismes qui fournissent les données** et aux **différents partenaires**.

Il comprend trois espaces d'information en santé :

- la base de données de plus de 2 700 indicateurs ;
- les contextes nationaux à travers plus de 70 textes de cadrage ;
- les tableaux thématiques regroupant un ensemble d'indicateurs.

Inscription gratuite à l'espace personnel

Vous n'êtes pas encore inscrit(e) ? N'hésitez pas !

- par de parts de temps : Vous consultez votre liste personnelle d'indicateurs favoris et vous réalisez votre temps de consultation ;
- un thème de santé vous intéresse ? Vous accédez à la consultation des tableaux thématiques ;
- vous souhaitez regrouper des indicateurs ? Vous accédez à l'outil de calcul ;
- de nouvelles données sont disponibles ? Nous vous en informons par courriel.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)

La lettre de SCORE-Santé :

La lettre de SCORE-Santé, n°7, décembre 2012

[Accéder aux lettres précédentes...](#)

ars
Agences Régionales de Santé

Sur les 36 sites des Agences régionales de santé, vous trouverez des informations relatives aux Projets régionaux de santé et aux diagnostics territoriaux ainsi que des données sur leurs divers champs d'intervention (prévention et santé publique, veille et sécurité sanitaires, offre de soins et accompagnement médico-social).

[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. L'étude repose sur l'analyse d'un matériau issu de plus de 150 entretiens semi-directifs menés dans six régions (Auvergne, Bretagne, Haute-Normandie, Picardie¹, 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, foot, gymnastique, judo et tennis).

Chacun des six sports est étudié 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) et au travail de synthèse bibliographique.

L'année 2013 a été consacrée au terrain et à la rédaction d'un rapport qui a identifié, 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, afin 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 plaquettes² 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 seront diffusées à la fin du 1^{er} semestre 2014. La première sera destinée aux pouvoirs publics et la seconde adressée plus spécifiquement aux fédérations sportives.

Une restitution orale des résultats se tiendra probablement à Paris durant l'été 2014.

¹ en Picardie, les entretiens ont porté sur le football et le tennis (cf. page 61).

² les deux plaquettes ont la même première page comme présenté ci-contre.

Le rapport



La première page des deux plaquettes



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 besoins internes. 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, elles sont en partie rassemblées au sein de la *Plateforme sanitaire et sociale*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 ;
- emploi, fragilité professionnelle et revenus ;
- éducation et scolarité ;
- prestations de nature sociale ;
- 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 le site 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 la Picardie, ne permettant pas de comparaison 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 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 généraux de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme, 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 DGI, 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 de l'académie d'Amiens, 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 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 seront accessibles, à différents échelons géographiques, aux membres de la *Plateforme sanitaire et sociale*, via un *login* et un mot de passe sur un site Internet dédié aux indicateurs.

¹ cf. au verso, pour plus de détail concernant la Plateforme sanitaire et sociale.

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. 83.

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

Plateforme sanitaire et sociale

La Plateforme sanitaire et sociale de Picardie, installée en 2010 et co-présidée par le préfet de région, le président du conseil régional et le directeur général de l'ARS, est animée par l'OR2S. En 2013, l'activité a tourné autour de six activités qui ont été décidées lors du Copil qui s'est tenu le 6 février 2013.

Groupe projet

Sous l'égide de l'OR2S, il 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 de l'Oise et de la Somme, de la direction de coordination régionale du risque pour les caisses d'Assurance maladie de Picardie, de la Carsat Nord-Picardie, de la MSA et de l'UPJV. Le Groupe projet s'est réuni six fois en 2013, essentiellement en comité de rédaction de la lettre d'information de la *Plateforme sanitaire et sociale*, mais aussi pour l'organisation de la journée annuelle de la *Plateforme* (deux réunions).

Pôle d'observation médico-sociale

Les objectifs de ce pôle géré par le Creai de Picardie sont le recueil des données actualisées et fiables, le renforcement du partage de ces informations et la réalisation d'analyses partagées et cohérentes du territoire avec l'ensemble des acteurs. La diffusion auprès des acteurs, des décideurs, des financeurs... d'une synthèse actualisée des données disponibles fait aussi partie des objectifs. En 2013, des indicateurs ont pu être calculés et intégrés dans le Cir.

Le Croisement d'informations régionalisées

Le numéro 13 du Cir² daté de décembre 2013, comprend huit thématiques : population, logement, emploi, fragilité professionnelle et revenu, prestations sociales, enfance et familles, personnes âgées, autour des soins, autour de la santé. Huit thématiques ont été associées : population protégée, bénéficiaires consommant, chômage, réussite scolaire, scolarisation en Segpa des élèves en situation de handicap.

De nouveaux indicateurs ont été inclus sur le logement¹ (date de construction des résidences principales, répartition des ménages en fonction des plafonds de revenus d'accès au logement social), l'emploi (taux d'activité des 15-64 ans et taux d'emplois précaires des 25-34 ans), prestations sociales (part des allocataires dépendant à 100 % de revenus sociaux), santé (taux standardisés des nouvelles admissions en ALD pour l'ensemble de la population, pour les moins de 65 ans, pour les cancers et pour les maladies cardio-vasculaires).

La Journée

La journée de la *Plateforme sanitaire et sociale* s'est déroulée à Amiens sur la thématique du Bien vieillir, en co-organisation avec l'union départementale des CCAS de la Somme et le Creai³.

Site Internet⁴

Le site Internet présente l'actualité des domaines de santé, social et médico-social et rend disponible en téléchargement les publications de la *Plateforme*.

La lettre d'information

Quatre numéros sont parus au titre de l'année 2013 (mars, juin, octobre et le dernier daté de décembre). La lettre d'information est adressée par mail à plus de 2 500 adresses contacts⁵.

¹ cf. groupe logement page ci-contre.

² cf. p. 84.

³ cf. p. 102.

⁴ www.pf2s.fr, cf. p. 99.

⁵ cf. p. 101.

Copil du 6 février 2013



Groupe de travail autour du logement

Dans le cadre de la Plateforme sanitaire et sociale, le groupe de travail¹ autour du logement, coprésidé par la DRJSCS et la Dreal, a continué ses réflexions pour répondre aux besoins de connaissances autour du logement, du logement social, de l'hébergement et de l'accès au logement, suite au constat du manque de données sur le logement 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.

Les données sur lesquelles reposent les indicateurs se veulent reproductibles dans le temps et dans l'espace et 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, arrondissements, unités territoriales d'action sociale, bassins de vie, pays, territoires de santé...), pour répondre aux besoins de la plupart des utilisateurs de la *Plateforme*.

Vingt indicateurs ont été calculés, reposant sur le recensement de la population, le fichier des logements par commune (Filocom), le répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux (RPLS), le système d'information et de traitement automatisé des données élémentaires sur les logements et les locaux (Sitadel) et les deux organismes de prestations sociales (Caf et MSA). Six autres indicateurs sont encore en attente de réflexion et/ou de travail. En outre, certains indicateurs ont dû être modifiés ou abandonnés suite au travail exploratoire et compte tenu du secret statistique ou du manque de puissance statistique.

Des indicateurs ont d'ores et déjà été intégrés dans la treizième édition du croisement d'informations régionalisées², qui comprend désormais treize indicateurs sur la thématique du logement, dont six nouveaux, découlant directement des réflexions

menées par le groupe. Les indicateurs seront disponibles grâce à un *login* et un mot de passe courant 2014, via le site Internet de la *Plateforme sanitaire et sociale* pour l'ensemble des signataires de la charte de la *Plateforme*. Les informations présentées seront nécessairement en accord avec le secret statistique et les conventions passées entre l'OR2S et les organismes fournisseurs de données.

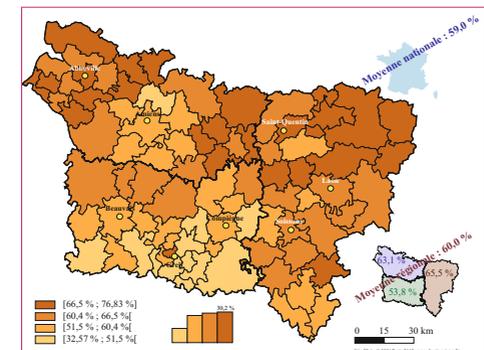
Un dictionnaire des données sera constitué avant la mise en ligne des indicateurs avec les définitions, les méthodes de calculs, les sources, les précisions méthodologiques et les limites.

Les perspectives de travail du groupe reposent notamment sur l'exploitation des sources relatives au Dalo et au numéro unique de demande de logement social qui se fiabilisent.

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

² cf. au verso.

Part des ménages fiscaux dont les revenus sont inférieurs au plafond HLM au 1^{er} janvier 2011



Source : Dreal Picardie - Filocom 2011, MEEDDM d'après DGFIP

Croisement d'informations régionalisées

La treizième édition du *Croisement d'informations régionalisées (Cir)* a été publiée en toute fin d'année dans le cadre de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie. Avec 112 cartes et 13 graphiques, ce document garde comme objectif prioritaire la description la plus fine et la plus complète possible de la situation socio-sanitaire dans la région.

Financé par la DRJSCS, le conseil régional et l'ARS dans le cadre de la *Plateforme sanitaire et sociale*, le Cir est l'outil emblématique du rassemblement des données de santé avec les déterminants sociaux et de l'information territorialisée en Picardie.

La structure de cette édition a été quelque peu modifiée avec la présence d'un chapitre renforcé sur le logement, intégration rendue possible grâce aux réflexions menées par le groupe de travail sur le logement¹, constitué au sein de la *Plateforme sanitaire et sociale*, et grâce au partage des données qui en a découlé. En effet, entre les indicateurs habituellement présentés sur le logement issus du recensement de la population et du répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux (RPLS), une place est donnée à quatre indicateurs provenant de l'exploitation du fichier des logements par commune (Filocom). Ceux-ci abordent l'époque de construction des résidences principales et la situation des ménages vis-à-vis des plafonds de revenus permettant l'accès au logement social. Dans ce numéro, l'unité géographique de référence reste, comme pour la précédente édition, l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI), échelon correspondant à une échelle plus en

rapport avec la réalité d'une prise de décision. Les difficultés liées au passage de l'échelon du canton à celui de l'EPCI, opéré entre la onzième et la douzième éditions du document, restent d'actualité, tant au niveau du partenariat avec les fournisseurs de données qu'au niveau du traitement des valeurs antérieures pour les calculs d'évolution. Néanmoins, les données vont être accessibles aux membres de la *Plateforme*, au cours de l'année 2014, à différents échelons géographiques, lorsque les conventions passées avec les différents partenaires en offrent la possibilité, et ce *via* le site Internet dédié à la *Plateforme*.

Le recensement de la population de 2010, qui alimente nombres d'indicateurs dans plusieurs chapitres, a permis d'étoffer le chapitre « Emploi, fragilité professionnelle et revenu » de deux indicateurs, celui du taux d'activité des 15-64 ans et celui du taux d'emploi précaire des 25-54 ans. En outre, un indicateur a également été ajouté pour permettre une meilleure connaissance des ménages en situation de fragilité financière, avec la part allocataires dépendant des prestations pour 100 % de leur revenu.

Enfin, pour mettre en regard les données de mortalité et celles de morbidité au travers des admissions en affection de longue durée (ALD), les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD ont été calculés et présentés pour l'ensemble, pour les moins de 65 ans et pour les deux principaux groupes de pathologies (cancers et maladies cardio-vasculaires).

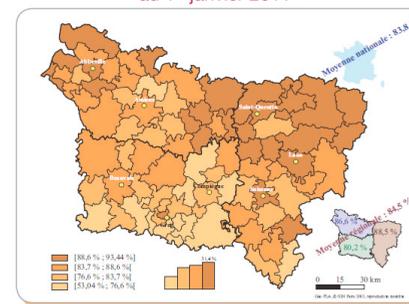
Les annexes font quant à elles l'inventaire de la structure des populations protégées, des méthodes utilisées pour la construction des indicateurs, d'une aide à la lecture des différentes cartes, des conditions d'attribution des allocations présentées et d'un glossaire explicitant les sigles jalonnant le document. Des cartographies de quelques indicateurs (chômage, réussite aux examens...) réalisées à d'autres échelons géographiques que les EPCI figurent également en annexe.

¹ cf. p. 83.

Le Cir n°13



Part des ménages fiscaux monoparentaux dont les revenus sont inférieurs au plafond HLM* au 1^{er} janvier 2011



Source : Dreal Picardie - Filocom 2011, MEEEDM d'après DGFP
Min : CC Centre Sud Oise Max : CC Pays des Trois Rivières
* revenus inférieurs ou égaux au plafond permettant l'accès au logement social.

Aide à l'analyse des besoins sociaux à Amiens

En fin d'année 2013, la ville d'Amiens a sollicité l'OR2S pour qu'il produise des indicateurs pouvant être utiles dans le cadre de l'analyse des besoins sociaux (ABS) que la ville doit réaliser.

Pour mener ce premier travail, l'idée a été de comparer Amiens en regard des villes dont la taille de population est proche de celle de la capitale picarde. Ainsi, les vingt-trois villes, exception faite de celle de l'Île-de-France, comprenant entre 100 000 et 200 000 habitants (plus précisément entre 105 421 habitants à Nancy et 179 992 habitants à Reims au RP 2010) ont été retenues.

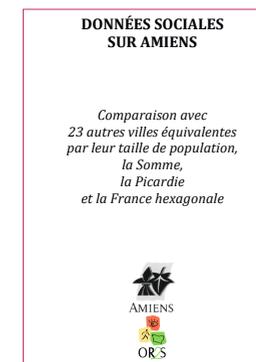
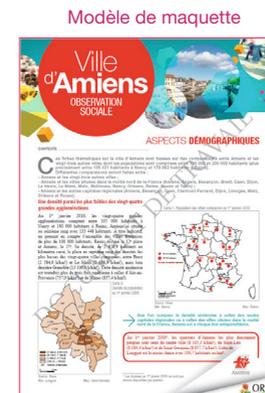
La situation des villes du nord de la France étant différente de celle du Sud, de même que celle des capitales régionales, différentes comparaisons ont alors été réalisées, à savoir entre :

- Amiens et les vingt-trois autres villes ;
- Amiens et les quatorze autres villes situées dans la moitié nord de la France (Angers, Besançon, Brest, Caen, Dijon, Le Havre, Le Mans, Metz, Mulhouse, Nancy, Orléans, Reims, Rouen et Tours) ;
- Amiens et les huit autres capitales régionales (Besançon, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Limoges, Metz, Orléans et Rouen).

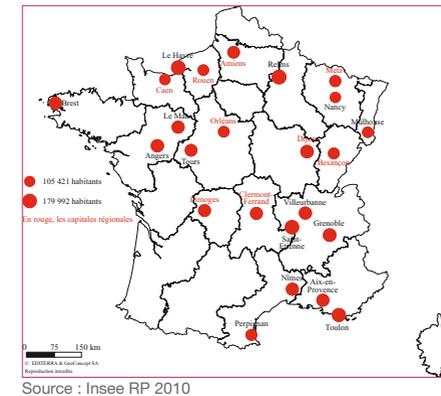
Une première thématique portant sur la démographie aborde des données relatives à la population, la densité de population, l'évolution du nombre d'habitants entre les deux derniers recensements, les jeunes de moins de 18 ans, les 18-29 ans, les 75 ans et plus (dont les personnes âgées vivant seules), l'indice de vieillissement et le rapport de dépendance, la part de familles monoparentales et le taux de fécondité des femmes mineures.

Des cartes par quartiers d'Amiens ont également été réalisées pour les indicateurs disponibles au niveau des Iris, à savoir : la densité de population, la part des moins de 18 ans, ainsi que celles des 18-29 ans et des 75 ans et plus, la part des 80 ans et plus vivant seules à domicile, l'indice de vieillissement, le rapport de dépendance et la part de familles monoparentales. Une synthèse clôt ce document de huit pages (cf. modèle de maquette ci-dessous).

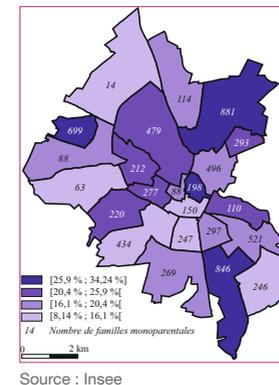
Par ailleurs, un document d'une trentaine de pages (cf. ci-dessous) a permis de comparer la situation des Amiénois en regard de leurs homologues des vingt-trois autres villes mais aussi des moyennes départementale, régionale et nationale sur les thèmes suivants : autour de l'emploi, diplôme et scolarité, foyers fiscaux et imposition, logement sans confort et logement social, prestations sociales, enfance et famille et les professionnels de santé. Une quarantaine d'histogrammes illustrent le document.



Cartographie des villes comprises entre 100 000 et 200 000 habitants au 1^{er} janvier 2010 (hors Île-de-France)



Part des familles avec enfant(s) de moins de 25 ans au 1^{er} janvier 2010



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'année, un outil de calcul est développé dans une vision qui se veut la plus généraliste possible de gestions de grandes bases de données. Cet outil a tout d'abord été déployé pour répondre au besoin interne de l'OR2S et, depuis quelques années, il est aussi utilisé par des personnes extérieures à la structure (notamment d'autres ORS). Cette année, il sera également accessible sur les sites Internet de l'OR2S et de la *Plateforme sanitaire et sociale*.

Au final, 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 : can-

tons, EPCI, communes (pour les plus importantes), pays, territoires de santé, arrondissements, circonscriptions d'action sociale, bassins de vie, 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-démographique¹.

L'utilisateur a la possibilité de calculer facilement des indicateurs complexes, et avec beaucoup de 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 également de gérer des utilisateurs, en pré-définissant les formules et les niveaux (notamment géographiques) qui sont alloués à un utilisateur donné.

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 calculés².

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. Ce travail 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 permettant le calcul des indicateurs, requêtes pouvant être plus ou moins complexes selon les données traitées.

¹ pour plus de détail sur les données sanitaires, cf. p. 45 à 47 et, sur les données de nature sociale, p. 81.

² cf. p. 90 Développement informatique - cartographie.



Développement informatique - cartographie

Une branche du développement informatique mené au sein de l'OR2S a trait aux outils cartographiques. L'objet de ces développements 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 point, 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 sont utiles pour l'activité quotidienne de l'OR2S, et font donc l'objet de développements informatiques.

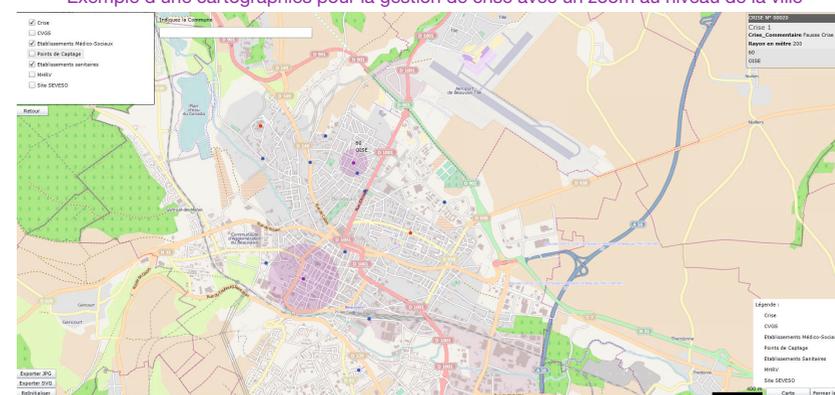
En finalité, l'objectif est d'avoir un outil permettant à un utilisateur de disposer de cartographies modifiables en temps réel, lors de l'actualisation des données, et ce sans que celui-ci est à faire de la manipulation de données en passant par un SIG. Ce travail implique une réflexion importante dans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

Une partie déjà opérationnelle depuis plusieurs années, a trait à une cartographie modifiable en temps réel, notamment dans le cadre de la ges-

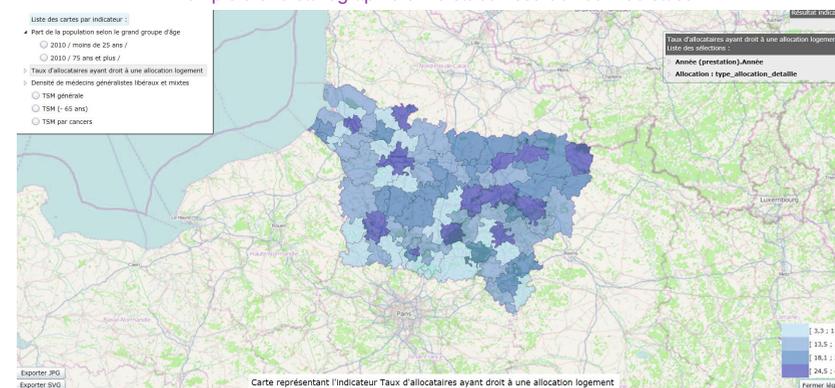
tion de crises (sanitaires ou sociales), pour un premier projet, et d'action de prévention, pour un second. Pour ces deux projets, les informations sont recueillies via un ou plusieurs questionnaires informatiques¹. Des éléments de nature différente sont présentés et superposés sur une même carte, et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

Une seconde partie, 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. Pour ce faire, un algorithme permettant de déterminer automatiquement la discrétisation la plus adaptée, en fonction de la série des données, et un algorithme permettant de créer automatiquement des fonds de carte, indispensables à toute représentation cartographique, ont été programmés.

Exemple d'une cartographies pour la gestion de crise avec un zoom au niveau de la ville



Exemple d'une cartographie d'indicateur issu de l'outil de calcul²



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

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

Développement informatique - questionnaire

Permettre aux différents 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 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 dans le milieu carcéral, 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 de disposer, 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 (par https). Ils autorisent naturellement les différentes formes de questions : ouvertes ou fermées, avec modalités de réponses discrètes ou quanti-

tatives, 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 charges 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 accès à la saisie du 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 être aussi 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 critères 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 à un entretien collectif peut se faire de multiples façons selon la thématique étudiée et le temps disponible : associations d'un quartier, médecins spécialistes, affichage dans un lieu donné, information par voie de presse... Plus le temps imparti est court, plus il est nécessaire de s'appuyer sur des réseaux, des « personnes-relais » qui pourront elles-mêmes contacter des habitants, usagers, patients... Les participants peuvent ou non se connaître mais il faut éviter une proximité trop grande entre eux (collègues, parents, amis) afin d'éviter la formation de « clans ». Une fois les « bonnes » personnes trouvées, il faut ensuite les convaincre de participer aux groupes de discussion. Le manque de disponibilité des personnes et leur éloignement des lieux de discussion constituent un autre frein, tout en sachant qu'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, et ce d'autant si plusieurs réunions doivent être programmées et que des défections puissent se faire.

Les entretiens collectifs ont une durée variable, généralement comprise entre quatre-vingt-dix minutes 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 (effectuée par une seconde personne) et le plus souvent d'un enregistrement audio. Ils sont menés par une per-

sonne experte dans le domaine qui s'appuie sur un guide d'entretien, réalisé au préalable à partir des hypothèses du projet d'étude. C'est celle-ci qui fixe les règles de la discussion (égalité des participants, pas de « bonnes » ou « mauvaises » réponses, respect de la parole de chacun...) et qui 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 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 2013, l'étude *PicAlim* a nécessité la tenue d'entretiens collectifs à l'OR2S auprès de lycéens en secondes générale et professionnelle de plusieurs villes picardes. Par ailleurs, dans la continuité de 2012, le travail pour le conseil général de la Somme et celui sur le dopage pour la Fnors ont aussi nécessité des entretiens et des analyses dans le champ qualitatif.

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 per-

mettant 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 deuxième 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 joignable). 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 sexe, 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'échantillon de taille suffisamment importante.

Plusieurs enquêtes quantitatives ont été mises en place, reconduites et/ou analysées en 2013 : *Jesais*, enquête menée auprès élèves de grande section de maternelle, de sixième et de seconde scolarisés dans un établissement public de Picardie ; le *Baromètre santé* portant sur les jeunes de 15-34 ans ; le programme de surveillance des MCP ; une étude portant sur l'état de santé des personnes détenues en Picardie ; une étude portant sur les délais de prise en charge des cancers pour différentes localisations ; un dispositif portant sur les traumatismes crâniens dans les services d'accueil d'urgence publics de Picardie ; une étude sur les personnes en situation de handicap au sein des foyers de vie et foyers d'accueil médicalisés de la Somme ; *IndiSS*, enquête menée auprès élèves de cinquième et de seconde scolarisés dans un établissement public de Haute-Normandie.

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. De même, l'informatisation du fonds a également débuté.

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 est abonné à 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 aux 1^{ers} juillet entre 1975 et 2010) 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 de Picardie* (www.pf2s.fr) qui a ouvert début 2013. Sur ce dernier, un accès à une partie des bases de données de l'OR2S sera possible en 2014, à des personnes disposant d'un *login* et d'un mot de passe.

En 2013, 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 600 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 | tout site

Rechercher Aide

Titres Auteurs Editeurs
 Collections Catégories Indexations décimales
 Tags Résumé et notes 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

Familes rurales
 Vivre mieux!
 Pont-Rémy et environs
 Asso. Familiales Rurales Pont-Rémy et environs

Espace Santé
 CCAS - Espace Santé d'Abbeville

IREPS Aisne

IREPS Oise

IREPS Somme

OR2S

Point Information Jeunesse de Chauny

Point Infos-Santé - CCAS d'Hirson

Téléchargement : <http://educsantepicardie.reseaudoc.fr/opac>

Site Internet de l'OR2S

À l'occasion du changement de logo, le site Internet va être entièrement repensé, notamment pour différencier la Picardie de la Haute-Normandie. En attendant, dans sa version actuelle, il est toujours facile de disposer d'une mise à jour en temps réel des études en relation directe avec l'actualité.

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 leur disponibilité.

Le site se compose de quatre grands modules et d'une partie « Actualité ».

Cette dernière partie permet à l'internaute de retrouver de façon rapide toutes les productions récentes.

La partie administrative a pour but de présenter 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.

« L'observation de la santé » comprend :

- les tableaux de bord locaux, régionaux et transfrontaliers ;
- les enquêtes en santé (*Baromètre santé, Jesais...*) ;
- les états des lieux : documents regroupant un large éventail d'indicateurs sur différents territoires (région, pays, territoires de santé...);
- d'autres publications sanitaires.

« L'observation sociale » propose :

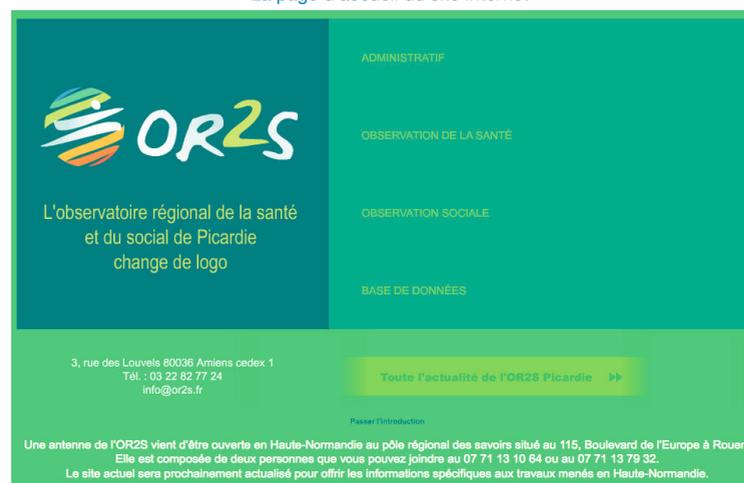
- les Cir permettant une observation sanitaire et sociale fine de la Picardie, dans leurs différentes déclinaisons ;
- les archives des Bulletins jaunes abordant différentes thématiques du social ;
- la Lettre d'information de la *Plateforme sanitaire et sociale* » ;
- toutes les études traitant de la question du social.

À cela s'ajoute un moteur de recherche permettant de trouver les études plus facilement selon des mots-clés. Enfin, des liens sont possibles avec les principaux sites du domaine sanitaire et social.

Au total, plus de 600 documents¹ ont été mis en ligne depuis la création du site. Des études plus anciennes de l'ORS Picardie sont également susceptibles d'être rajoutées sur le site.

¹ situation au 19 mai 2014.

La page d'accueil du site Internet



Adresse : www.or2s.fr

Site de la Plateforme sanitaire et sociale

Le Copil de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie a souhaité en 2012 que celle-ci dispose d'un site Internet dédié. En développement au dernier trimestre 2012, il a pu être présenté début 2013 au Copil qui a donné son aval pour l'ouverture au grand public.

Le site Internet est composé 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, 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 Cir, le rapport Indicateurs de cohésion sociale 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 mots-clés permet de sélectionner les documents recherchés. Dans cette partie se trouvent aussi les présentations des communications prononcées lors de la journée annuelle de la Plateforme.

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 2013, 120 articles ont été publiés. Parmi eux, soixante-neuf, concernaient la santé, vingt-cinq le social et dix-sept le médico-social. Dans le Top-dix des articles les plus populaires, la présentation des numéros de PF2S est en bonne place (1 280 clics pour la page de présentation du n°20), 1 240 clics pour celle présentant le document des Indicateurs de cohésion sociale ou encore 1 061 clics pour le diaporama présenté par le CESTP-Aract lors de la journée de la PF2S de 2011 sur les égalités hommes-femmes.

L'inscription des internautes sur le site reste faible : 160 membres sont recensés en début 2014. Une intensification de la promotion des inscriptions sera entreprise en début 2014 ; l'ouverture de la base des données jouera aussi certainement un rôle en ce sens.

Deux pages du site Internet



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 2013 avec onze 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 et du pôle régional de compétence en éducation pour la santé.

Les onze numéros de la lettre électronique de 2013

Image of the first issue of the electronic letter, dated July 2013. It features the logos of Ireps, OR2S, and the Regional Observatory of Health and Social Communication & Documentation. The cover includes a 'Télescope-page' section and a 'Picardie' section.

Image of the second issue of the electronic letter, dated August 2013. It features the logos of Ireps, OR2S, and the Regional Observatory of Health and Social Communication & Documentation. The cover includes a 'Télescope-page' section and a 'Picardie' section.

Image of the third issue of the electronic letter, dated September 2013. It features the logos of Ireps, OR2S, and the Regional Observatory of Health and Social Communication & Documentation. The cover includes a 'Télescope-page' section and a 'Picardie' section.

Image of the fourth issue of the electronic letter, dated October 2013. It features the logos of Ireps, OR2S, and the Regional Observatory of Health and Social Communication & Documentation. The cover includes a 'Télescope-page' section and a 'Picardie' section.

Image of the fifth issue of the electronic letter, dated November 2013. It features the logos of Ireps, OR2S, and the Regional Observatory of Health and Social Communication & Documentation. The cover includes a 'Télescope-page' section and a 'Picardie' section.

Image of the sixth issue of the electronic letter, dated December 2013. It features the logos of Ireps, OR2S, and the Regional Observatory of Health and Social Communication & Documentation. The cover includes a 'Télescope-page' section and a 'Picardie' section.

Image of the seventh issue of the electronic letter, dated January 2014. It features the logos of Ireps, OR2S, and the Regional Observatory of Health and Social Communication & Documentation. The cover includes a 'Télescope-page' section and a 'Picardie' section.

Image of the eighth issue of the electronic letter, dated February 2014. It features the logos of Ireps, OR2S, and the Regional Observatory of Health and Social Communication & Documentation. The cover includes a 'Télescope-page' section and a 'Picardie' section.

Image of the ninth issue of the electronic letter, dated March 2014. It features the logos of Ireps, OR2S, and the Regional Observatory of Health and Social Communication & Documentation. The cover includes a 'Télescope-page' section and a 'Picardie' section.

Image of the tenth issue of the electronic letter, dated April 2014. It features the logos of Ireps, OR2S, and the Regional Observatory of Health and Social Communication & Documentation. The cover includes a 'Télescope-page' section and a 'Picardie' section.

Image of the eleventh issue of the electronic letter, dated May 2014. It features the logos of Ireps, OR2S, and the Regional Observatory of Health and Social Communication & Documentation. The cover includes a 'Télescope-page' section and a 'Picardie' section.

Image of the twelfth issue of the electronic letter, dated June 2014. It features the logos of Ireps, OR2S, and the Regional Observatory of Health and Social Communication & Documentation. The cover includes a 'Télescope-page' section and a 'Picardie' section.

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 2013, quatre lettres sont parues en avril (n°19), juin (n°20), octobre (n°21). Le n°22 daté de décembre a été diffusé au début 2014.

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.

L'état de santé des seniors en activité, thème qui avait été arrêté lors du Copil du 6 février 2013, fait l'objet du focus du n°23, premier numéro de 2014.

Les articles parus en 2013

Édito

Pierre Jouanny (avril)
Claude Gewerc (juin)
François Bonnet (oct.)
Patricia Génard, Maëla Héminin, Brigitte Godart (déc.)

On en a parlé

13^e congrès des ORS (avril)
Égalité professionnelle (avril)
Construction et usages des indicateurs (juin)
Santé-justice (juin)
Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé (oct.)
Rencontres territoriales de Picardie sur le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (oct.),
Une fin d'année riche d'événements (déc.)

Actualités

Mesurer l'usage de l'information par les adultes (avril)
Rapport d'activité de la CRSA (juin)
Stratégie nationale de santé : forum régional et contributions des acteurs (déc.)

Entretiens

Inégalités de santé (Philippe Cardon, avril)
Gestion du risque en Picardie (Jean-Yves Casano, juin)
MSA de Picardie (Philippe Herbelot, oct.)
Le travail social (Christian Chasseriaud, déc.)

Initiatives

Logement dédié (avril)
Recueil de la parole des usagers du système de santé (juin).
Promotion de la santé dans les territoires (oct.)
L'innovation sociale, un concept en débat (déc.)

Focus

Politique de l'ARS (avril)
Carsat Nord-Picardie offre de service pour bien vieillir (avril)
Politique du conseil général de l'Oise (avril)
Étude sur le dopage (juin)
Non recours aux soins (juin)
ARS, Éducation nationale, Draaf (oct.)
La nutrition par l'ARS (oct.)
MDPH 02, 60, 80 (déc.)

Données nationales

Vieillir chez soi (avril)
Enquête chez les Maia (juin)
Améliorer l'accompagnement et le soutien proposés aux familles adoptives (oct.)
L'hébergement des sans-domicile en 2012 (déc.)
Allocation aux adultes handicapés (déc.)

Europe

Bilan de l'année européenne 2012 (avril)
Health and Environment Alliance (juin)
Inégalités de santé (oct.)
Forum européen des personnes handicapées (déc.)

Ressources documentaires

Disparités départementales de l'accessibilité de l'hébergement pour personnes âgées (avril)
La fracture territoriale de l'accès aux soins (juin)
Suicide (oct.)
Gouvernance et utilisation des données de santé (déc.)

Tribune libre

Bernard Friot (avril)
Claude Thiaudière (juin)
Marie-Charlotte Lefèvre (oct.)
Sylvie Rey (déc.)

Les quatre numéros de 2013



Journée de la Plateforme sanitaire et sociale : Bien vieillir

En 2013, la traditionnelle Journée de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie était avancée à la mi-novembre pour aborder le thème du Bien vieillir. Une rotation entre les départements picards la faisait revenir à Amiens. C'est l'Irffe et le Creai de Picardie qui offrait leurs locaux. Quelque 140 inscrits et intervenants ont participé à un moment ou un autre à la Journée qui était co-organisée par l'OR2S, l'union départementale des CCAS de la Somme et le Creai.

En 2000, l'Insee annonçait qu'une fille sur deux nées cette année-là serait centenaire. C'est dire combien les enjeux du vieillissement sont importants et méritent toute l'attention des politiques publiques, du niveau européen jusqu'au niveau local. Le maître mot est l'adaptation de la société dans tous les secteurs de la vie quotidienne. Emploi, logement, loisirs, système de santé..., tout doit être adapté à une population de plus en plus vieillissante et qui va devenir, pour une grande partie d'entre elle, de moins en moins autonome avec l'avancée en âge.

Les récents rapports commandés par les pouvoirs publics mettent en évidence ce nécessaire changement de paradigme de la société, française comme européenne, pour qu'elle puisse être réellement inclusive.

Une année après la mobilisation de l'année européenne sur le vieillissement actif et la solidarité intergénérationnelle, la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie s'est emparée du Bien vieillir pour en circonscrire quelques aspects. Il s'est agi, en l'occurrence, d'en signifier les contours, les enjeux, afin d'interpeller la société civile et les décideurs sur les objectifs à atteindre et les moyens à y consacrer.

Après une introduction par Luc Broussy, auteur du rapport « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population » qui a appelé à un véritable contrat social entre les générations, deux thématiques ont été principalement abordées au cours de quatre tables rondes successives : la participation à la vie sociale et le vieillissement en bonne santé et l'autonomie. La première thématique a été déclinée en deux tables rondes, l'une sur l'employabilité des seniors, la deuxième sur le bénévolat des seniors. La seconde thématique a abordé le logement, d'une part, le vieillissement en bonne santé, d'autre part. Des expériences picardes ou nationales ont été particulièrement mises en évidence pour illustrer les actions concrètes réalisées ou en cours, portées par des élus, des institutions, des associations, des entreprises...

La Journée était conclue par le professeur Pierre Jouany, chef du service de médecine gériatrique au CHU d'Amiens.

L'amphithéâtre lors d'une table ronde de l'après-midi



L'affiche et le programme



ACCUEIL
INTRODUCTION
Pierre ROSSET, Vice-Président du Creai
Élisabeth LEWANDOWSKI, Présidente de l'OR2S
Nicolas DUBOIS, Président de l'UDCCAS de la Somme

CONFÉRENCE D'OUVERTURE
Luc BROUSSY
Les enjeux du bien vieillir

PARTICIPATION À LA VIE SOCIALE

1^{re} TABLE RONDE : EMPLOYABILITÉ DES SENIORS

Bénédicte BRUGIERE-KADA, pôle emploi
Cécile BOSCH-BELLEGRUELLE, Metrogero
Philippe ROUSSELLE, XXL
Stéphane TILLEMENT, Carsat Nord-Picardie
Animateur : André-Marie LOOCK, Carsat Nord-Picardie

2^e TABLE RONDE : BÉNÉVOLATS DES SENIORS

Claude CARMON, centre social Quartier Saint-Martin, Saint-Quentin
Anna QUATTARA, Carsat Nord-Picardie
Edith MALLAT, conseil municipal seniors, Amiens
François SARA, France bénévolat
Animateur : Claude TISSANDER, université de Picardie Jules Verne

VIELLISSEMENT EN BONNE SANTÉ ET AUTONOMIE

3^e TABLE RONDE : CHOIX D'HABITATION ET MODE DE VIE

Colette FASST, maire de Longueue (Somme)
Florence CASLE, ADMSHAD, Amiens
Aude de LEUGE, Ensemble2génération
David BOURGIGNON, conseil général de l'Oise
Animateur : Patrice ELOU, Union départementale des CCAS de la Somme

4^e TABLE RONDE : VIEILLIR EN BONNE SANTÉ

Hélène ANNOUEN, Apsas
Pascaline ANNOUET, ville d'Amiens
Marie-Paule DILLY, AUC, Cœur et santé
Animateur : Youssef MANSOUR, ARS Picardie

CONCLUSION

Pr Pierre Jouanny
CHU Amiens-Picardie



De la région aux territoires

Fournir les éléments nécessaires à la prise de décision politique est la mission majeure de l'OR2S. Les trois plaquettes présentées à l'occasion de la journée régionale en Picardie de la stratégie nationale de santé qui s'est tenue au début 2014 s'inscrivent pleinement dans cette dimension. Elles ont été financées par l'ARS, le conseil régional et pour deux d'entre elles par la DRJSCS dans le cadre de la PF2S. Le rectorat de l'académie d'Amiens en a cosigné deux.

Les trois plaquettes de quatre pages se présentent sous la même forme : un contexte général sur la première page, deux pages centrales composées des indicateurs les plus marquants (issus des diverses sources de données disponibles au sein de l'OR2S, qui caractérisent aux mieux l'enjeu autour des inégalités entre territoires et/ou populations) et une quatrième page présentant une synthèse à un niveau géographique fin pour mettre au mieux en évidence l'hétérogénéité au sein de la région.

La première plaquette traite de la santé. Le contexte général présente la situation picarde en regard de la mortalité, et tout particulièrement sur les différences à la fois entre la région et le niveau national, mais aussi à l'intérieur de la région. Afin de compléter l'analyse de la mortalité, une attention est également portée aux nouvelles affections de longue durée dans la même double dimension de comparaison : infra-régionale et avec l'échelon national. Les indicateurs retenus pour la première page centrale sont issus de l'enquête *Jesais*. Ils traitent de l'indice de masse corporelle et des caries dentaires. L'autre source d'information, permettant d'alimenter la seconde page centrale, est le *Baromètre santé*.

La situation des jeunes en regard de deux conduites addictives, le tabac et l'alcool, a été détaillée. La quatrième page fait ressortir les fortes différences existant entre les EPCI régionaux à travers le croisement des deux principales causes de décès que sont les maladies cardio-vasculaires et les cancers.

La deuxième plaquette a trait au domaine social. Le contexte de la première page revient sur la genèse de la démarche de priorisation des indicateurs sociaux en regard notamment du Praps (programme régionaux d'accès à la prévention et aux soins) qui est devenu par la loi dite « HPST » une composante importante du plan régional de santé (PRS). Ce contexte fait ressortir les fortes différences qui existent pour plusieurs dimensions sociales, tant avec le niveau national qu'au sein de la région. Les deux pages centrales présentent un découpage de la région à travers des techniques d'analyse multidimensionnelle reposant sur une vingtaine d'indicateurs. La Picardie est ainsi partitionnée en six classes regroupant les EPCI, allant d'une situation très dégradée à une situation favorable. L'une des classes est urbaine, mélangeant souvent des situations contrastées au sein de ces communes. Une analyse plus fine, mais sur un nombre restreint d'indicateurs, montre à nouveau un contraste important au sein et entre les huit principales communes de Picardie. La dernière page présente, en forme de synthèse, la typologie régionale faisant ressortir une disparité Nord-Est/Sud-Ouest.

La troisième plaquette présente le lien entre santé et social. Le contexte revient sur toute la genèse de la construction de la *Plateforme sanitaire en sociale* en Picardie. Cette page fait aussi état de l'enjeu

de l'appariement indispensable entre données de santé, comportements et gradient social. Sur la deuxième page, figurent des croisements, d'indicateurs prenant en compte les caractéristiques de santé suivant le niveau social à travers trois sources d'information (*Jesais*, *Baromètre santé* et Cépido). Ainsi, la surcharge pondérale des élèves de sixième et de seconde, l'activité physique des 18-75 ans et les décès masculins survenant entre 25 et 54 ans sont analysés suivant la PCS de la personne elle-même ou celle du chef de famille. Les deux dernières pages présentent un croisement entre un indicateur synthétique de mesure sociale et un autre de mesure sanitaire. La première analyse montre la relation forte qui existe entre les deux indicateurs composites, au niveau national, entre les régions et les départements qui les constituent et la seconde, au sein de la région, entre les pays et les EPCI qui les constituent. Tant à l'échelon national qu'au niveau picard, il existe une hétérogénéité très forte entre zones géographiques. Cette disparité peut parfois concerner des zones très proches géographiquement.

Les trois plaquettes



L'OR2S bien présent au congrès national des observatoires régionaux de la santé à Bordeaux

En ouverture



L'affiche



En fermeture



Dans les allées



Le stand de la Fédération et des ORS



Interventions

29 janvier 2013, Péronne

Nadège Thomas

Les inégalités sociales et territoriales du dépistage du cancer du sein - État des lieux en Picardie

4 avril 2013, Bordeaux (cf. page ci-contre)

Alain Trugeon

L'observation de la santé : toute une histoire

10 avril 2013, Saint-Quentin

Alain Trugeon

Autour des professionnels de santé - Comparaison des zones de Picardie avec le reste de la France

13 mai 2013, Abbeville

Nadège Thomas

État des lieux socio-sanitaires - Picardie Maritime

14 mai 2013, Amiens

Alain Trugeon

La santé en Picardie - focus sur les jeunes

4 juin 2013, Amiens

Alain Trugeon

La santé en Picardie - focus sur les jeunes

6 juin 2013, Amiens

Catherine Huette et Anne Lefèvre

La santé de la mère et de l'enfant dans la Somme

24 juin 2013, Amiens

Alain Trugeon

Santé et précarité des jeunes

26 septembre 2013, Amiens

Alain Trugeon

*Connaissance des inégalités sociales et territoriales en accompagnement des politiques de santé
Les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé vues à partir de l'enquête menée auprès des ARS, Dreal et DRJSCS*

15 octobre 2013, Amiens

Yvonne Pérot et Alain Trugeon

État des lieux des réalités sociales de la Picardie

24 octobre 2013, Amiens

Alain Trugeon

Santé/social - territorial : un appariement qui a du sens

24 octobre 2013, Saint-Quentin

Alain Trugeon

La santé en Picardie - panorama et diagnostic sur les jeunes

19 novembre 2013, Namur

Philippe Lorenzo

Tableau de bord transfrontalier de la santé

21 novembre 2013, Amiens

Anne Lefèvre et Émilie Fauchille

Restitution de l'étude « Personnes en situation de handicap psychique »

21 novembre 2013, Amiens

Philippe Lorenzo

État des lieux et enjeux de la santé autour de l'alimentation

25 novembre 2013, Paris

François Michelot et Alain Trugeon

Données disponibles - Données souhaitables dans le champ de l'observation des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé

25 et 26 novembre 2013, Québec

Nadège Thomas et Michaël Mansion

Partage de méthodes et élaboration de partenariats en gestion et exploitation de l'information

8 décembre 2013, Amiens

Alain Trugeon

Picardie, territoire de contraste

12 décembre 2013, Amiens

Nadège Thomas

Les professionnels de santé en Picardie

18 décembre 2013, Bruxelles

Philippe Lorenzo

Les actions transfrontalières dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé

Documents publiés par l'OR2S (depuis 2011)**Janvier 2011**

Alexandra Fourquier, Anne Ducamp, Nadège Thomas, Sylvain Ferrec, Sophie Debuissier, Olav Favier, Sophie Pilleron, Béatrice Oliveux, Sylvie Bonin, Chantal Chivet, Michaël Mansion, Alain Trugeon, Philippe Lorenzo

Diagnostiques territoriaux de santé des pays de Picardie : Chaunois
OR2S, Conseil régional, 64 p.

Collection : les territoires de santé en Picardie
Territoire de santé Somme
Territoire de santé Aisne Nord - Haute-Somme
Territoire de santé Aisne Sud
Territoire de santé Oise Ouest
Territoire de santé Oise Est
OR2S, ARS, CRSA, 32 p. (pour chacun)

Février 2011

Florent Verfaillie, Nadège Thomas, Alain Trugeon
Les interruptions volontaires de grossesse en Picardie de 2006 à 2009
ARS, OR2S, 8 p.

Mars 2011

Anne Ducamp, Sylvain Ferrec, Nadège Thomas, Émilie Blangeois, Maximilien Guericolas, Béatrice Oliveux, Sylvie Bonin, Chantal Chivet, Alain Trugeon, Philippe Lorenzo
Diagnostiques territoriaux de santé des pays de Picardie : Thelle Vexin-Sablons
OR2S, Conseil régional, 64 p.

Alain Trugeon, Nadège Thomas, François Michelot, Anne Ducamp
Inégalités sociales et territoriales de santé
Le concours médical, n° 3, p. 240-3

Avril 2011

Émilie Blangeois, Bertrand Boixeda, Yassine Chaïb, Cécile Dizier, Christine Jaafari, Marie-Véronique Labasque, Michel Liénard, Philippe Lorenzo, Pascal Oger, Aline Osman-Rogelet, Alain Trugeon
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°11
ARS, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 16 p., n° ISSN : 1962-283X

Mai 2011

Anne Ducamp, Nadège Thomas, Sylvain Ferrec, Maximilien Guericolas, Béatrice Oliveux, Émilie Blangeois, Sylvie Bonin, Chantal Chivet, Michaël Mansion, Benoît Vaysse, Alain Trugeon, Philippe Lorenzo
Diagnostiques territoriaux de santé des pays de Picardie : Sud de l'Oise
OR2S, Conseil régional, 64 p.

Juin 2011

Émilie Blangeois, Bertrand Boixeda, Danièle Bourgery, Yassine Chaïb, Rémy Caveng, Cécile Dizier, Christine Jaafari, Marie-Véronique Labasque, Michel Liénard, Philippe Lorenzo, Pascal Oger, Aline Osman-Rogelet, Claude Thiaudière, Alain Trugeon
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°12
ARS, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 16 p., n° ISSN : 1962-283X

Émilie Blangeois, Joseph Casile, Anne Ducamp, Maximilien Guericolas, Philippe Lorenzo, Céline Thienpont, Nadège Thomas, Alain Trugeon
Autour de la Task force alcool en Picardie : Rapport d'étude sur la consommation d'alcool chez les jeunes picards (12-34 ans)
ARS, Conseil régional, Conseil général de l'Oise, Inpes, Inserm, Mildt, INCa, OR2S, 72 p.

Août 2011

Thomas Klipfel, Anne Ducamp, Philippe Lorenzo, Marielle Rengot, Annick Vanlierde, Charlotte Leroy, Christian Massot, Geneviève Houioux, Luc Berghmans, Marie Thys, Jean-Michel Servais, Frédéric De Ceulaer
Tableau de bord transfrontalier de santé - Seniors
ORS Champagne-Ardenne, OR2S, ORS Nord - Pas-de-Calais, Observatoire de la santé du Hainaut, Province de Namur, Province du Luxembourg, 40 p.

Octobre 2011

Émilie Blangeois, Danièle Bourgery, Yassine Chaïb, Rémy Caveng, Christine Jaafari, Éric Moreau, Marie-Véronique Labasque, Michel Liénard, Philippe Lorenzo, Aline Osman-Rogelet, Yvonne Perot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°13
ARS, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 16 p., n° ISSN : 1962-283X

Décembre 2011

Émilie Blangeois, Danièle Bourgery, Yassine Chaïb, Rémy Caveng, Christine Jaafari, Éric Moreau, Marie-Véronique Labasque, Michel Liénard, Philippe Lorenzo, Aline Osman-Rogelet, Yvonne Perot, Gaëlle Raboyeau, Claude Thiaudière, Alain Trugeon
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°14
ARS, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 16 p., n° ISSN : 1962-283X

Céline Thienpont, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Éric Moreau, Céline David, Sylvie Bonin
Baromètre santé, les 15-34 ans en 2010 : Sexualité et contraception dans l'Oise
Conseil général de l'Oise, ARS, Conseil régional, Inpes, OR2S, 4 p.

Sylvain Ferrec, Anne Ducamp, Juliette Halifax, Alain Trugeon, Nadège Thomas, Thomas Degardin, Sophie Debuisser, Guillaume Baudet, Catherine Beny, Céline Dargaisse, Hélène Delattre-Massy, Christian Delemarle, Christophe Dumoulin, Jérôme Gauchet, Fanny Hubert, Ludivine Laude, Marie-Christine Laur, Murielle Lecuyer, Didier Lefebvre, Claire Lescellierre, Louise Obein, Jérôme Peng, Mickaël Rusé, Chantal De Seze, Aurore Villars, Olivier Zielinski

Croisement d'informations régionalisées, n°12

DRJSCS, Conseil régional, ARS, MSA, Carsat Nord-Picardie, Adema 80, Adcaso, Aisne Preventis, 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, de l'Oise et de la Somme, OR2S, 128 p., ISBN : 978-2-909195-57-5

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

Diagnostics territoriaux de santé des pays de Picardie : Grand Amiénois, partie sud-ouest

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

Diagnostics territoriaux de santé des pays de Picardie : Grand Amiénois, partie nord-est

OR2S, Conseil régional, 64 p.

Février 2012

Céline Thienpont, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Éric Moreau, Céline David

Baromètre santé, les 15-34 ans en 2010 : Conduites addictives dans l'Oise

OR2S, Conseil général de l'Oise, 8 p.

Mars 2012

Nadège Thomas, Amandine Jourden, Alain Trugeon, Éric Moreau, Céline David

Mortalité des jeunes de moins de 35 ans dans l'Oise

OR2S, Conseil général de l'Oise, 8 p.

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°15

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

Thomas Klipfel, Anne Ducamp, Philippe Lorenzo, Béatrice Oliveux, Marielle Rengot, Annick Vanlierde, Charlotte Leroy, Christian Massot, Geneviève Houioux, Luc Berghmans, Nicole Thauvoye, Norbert Jates, Valérie Wathieu, Paul Berra, Marie Thys, Jean-Michel Servais, Frédéric De Ceulaer, Véronique Tellier

Tableau de bord transfrontalier de santé - Cancers

ORS Champagne-Ardenne, OR2S, ORS Nord - Pas-de-Calais, Observatoire de la santé du Hainaut, Province de Namur, Province du Luxembourg, OWS, 72 p.

Avril 2012

Florent Verfaillie, Émilie Blangeois-Fauchille, Hervé Villet, Philippe Faillie, Christophe Level, Madeleine Valenty

Surveillance des maladies à caractère professionnel : La Picardie dans le dispositif de surveillance épidémiologique des maladies à caractère professionnel

Direccte, InVS, Conseil régional, les services de santé au travail de Picardie, OR2S, 8 p.

Juin 2012

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°16

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

Octobre 2012

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°17

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

Céline Thienpont, Nadège Thomas, Élodie Viviez, Alain Trugeon, Éric Moreau, Céline David

Baromètre santé, les 15-34 ans en 2010 : Santé mentale dans l'Oise

OR2S, Conseil général de l'Oise, 8 p.

Arthur Pietka, Hasina Randrianasolo, Anne Ducamp, Philippe Lorenzo, Béatrice Oliveux, Lucile Hider, Marielle Rengot, Charlotte Leroy, Christian Massot, Annick Vanlierde, Luc Berghmans, Marie Thys, Jean-Michel Servais, Frédéric De Ceulaer, Véronique Tellier

Tableau de bord transfrontalier de santé - Maladies cardiovasculaires

ORS Champagne-Ardenne, OR2S, ORS Nord - Pas-de-Calais, Observatoire de la santé du Hainaut, Province de Namur, Province du Luxembourg, OWS, 48 p.

Novembre 2012

Arthur Pietka, Thomas Klipfel, Hasina Randrianasolo, Anne Ducamp, Philippe Lorenzo, Marielle Rengot, Charlotte Leroy, Christian Massot, Annick Vanlierde, Luc Berghmans, Marie Thys, Jean-Michel Servais, Alice Balfroid, Frédéric De Ceulaer, Véronique Tellier
Tableau de bord transfrontalier de santé - Inégalités sanitaires et sociales

ORS Champagne-Ardenne, OR2S, ORS Nord - Pas-de-Calais, Observatoire de la santé du Hainaut, Province de Namur, Province du Luxembourg, OWS, 48 p.

Décembre 2012

Joséphine Rohaut, Sophie Debuissier, Nadège Thomas, Cindy Alix, Cécile Jaumann, Alain Trugeon, Guillaume Baudet, Claudine Bouvet, Yassine Chaïb, Céline Dargaisse, Fabrice Declé, Christophe Dumoulin, Anne Évrard, Jérôme Gauchet, Bruno Goethals, Sylvie Herduin, Gilles Heyraud, Catherine Huet, Ludvine Laude, Marie-Christine Laur, Murielle Lecuyer, Didier Lefebvre, Annabelle Leroy-Deromme, Éric Moreau, Louise Obein, Jacqueline Smulevici
Les indicateurs de cohésion sociale

DRJSCS, OR2S, 64 p., ISBN : 978-2-909195-59-9

Sophie Debuissier, Jean-Luc Schmit, Nathalie Decaux, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Martine Rodriguès

Sida et infection par le VIH en Picardie

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

Arthur Pietka, Lucile Hider, Philippe Lorenzo, Annick Vanlierde, Delphine de Poortere, Marie Thys, Alice Balfroid, Véronique Tellier
Tableau de bord transfrontalier de santé - Conditions de vie - Santé au travail

ORS Champagne-Ardenne, OR2S, ORS Nord - Pas-de-Calais, Observatoire de la santé du Hainaut, Province de Namur, Province du Luxembourg, OWS, 40 p.

Arthur Pietka, Lucile Hider, Anne Ducamp-Lefèvre, Philippe Lorenzo, Paul Berra, Delphine de Poortere, Christian Massot, Annick Vanlierde, Marie Thys, Alice Balfroid, Jean-Michel Servais, Frédéric De Ceulaer, Véronique Tellier

Tableau de bord transfrontalier de santé - Conditions de vie - Santé environnement

ORS Champagne-Ardenne, OR2S, ORS Nord - Pas-de-Calais, Observatoire de la santé du Hainaut, Province de Namur, OWS, 44 p.

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 Lémery
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 Bourgeri, 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 Bourgeri, 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

Diagnostiques 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

Diagnostiques 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, Hélène 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 Bourgeri, 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 Michelot, Nicolas Prisse, Alain Trugeon

Inégalités territoriales, environnementales, et sociales de santé - regards croisés en régions : de l'observation à l'action

SGMAS, CGDD, Ineris, Fnors, 68 p.

Février

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 Saib, Julien Caudeville, Florence Carre, Olivier Ganry, Alain Trugeon, André Cicoella

Spatial relationship quantification between environmental, socioeconomic and health data at different geographic levels

Ineris, Université de Picardie Jules Verne, Chu d'Amiens, OR2S, 22 p., ISSN : 1660-4601

Louise Bouchard, Jean-Marie Berthelot, Arnaud Cas-teigts, 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, Univer-sity of Manitoba, OR2S, Université Laval, 23 p.

Patricia Medina, François Michelot, Alain Trugeon, groupe inter-ORS
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, Paca, 8 p.

Patricia Medina, François Michelot, Alain Trugeon, Sondès Elfeki-Mhiri, Jean-Pierre Bourely
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, 372 p.

GLOSSAIRE & INDEX

Glossaire A à Drea

AASQA : Association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air
ABS : Analyse des besoins sociaux
Adécaso : Association pour le dépistage des cancers dans l'Oise
Adema 80 : Association pour le dépistage des maladies dans la Somme
Ademe : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
Adil : Association départementale d'information sur le logement
ADSMHAD 80 : Association départementale des services de maintien et d'hospitalisation à domicile des personnes âgées de la Somme
AFTC : Association de familles de traumatisés crâniens
AG : Assemblée générale
Aisne Preventis : Association de dépistage organisé des cancers dans le département de l'Aisne
ALD : Affections de longue durée
ARS : Agence régionale de santé
Atih : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Atmo : Réseau de surveillance de la qualité de l'air
Bef : Bassin d'éducation et de formation
BRSP : Base régionale de santé publique
BVS : Bulletin de veille sanitaire
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
Carsat : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
Cati : *Computer Assisted Telephone Interview*
CCAM : Classification commune des actes médicaux

CCAS : Centre communal d'action sociale
CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCTIRS : Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
Ceser : Conseil économique, social et environnemental régional
CESTP-Aract : Centre ergonomie sécurité du travail - Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
CGDD : Commissariat général au développement durable
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
Cim : Classification internationale des maladies
Cimap : Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique
Ciqua : Centre d'information sur la qualité des aliments
Cir : Croisement d'informations régionalisées
Circe : Cancer inégalités régionales cantonales et environnementales
Cire : Cellule de l'InVS en région
CME : Commission médicale d'établissement
CMU : Couverture maladie universelle
Cnaf : Caisse nationale d'allocations familiales
Cnamts : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
Cnil : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNRSI : Caisse nationale du régime social des indépendants
Copil : Comité de pilotage

Corevih : Comité de coordination régional de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine
Cpam : Caisse primaire d'assurance maladie
CPO : Convention pluriannuelle d'objectifs
Cpom : Convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens
Creai : Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
Csapa : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
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
DDCS : Direction départementale de cohésion sociale
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGFip : Direction générale des finances publiques
DGI : Direction générale des impôts
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
Draaf : Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et des forêts
Dreal : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

Glossaire Dree à Pa

- 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
- DTP** : Diphtérie, tétanos, poliomyélite
- DVD** : *Digital Versatile Disc*
- EPCI** : Établissement public de coopération intercommunale
- Eri** : Équipe de recherche Inserm
- Etcasau** : Enquête sur les traumatisés crânio-cérébraux en service d'accueil d'urgence
- Fam** : Foyer d'accueil médicalisé
- Feder** : Fonds européen de développement régional
- FFAS** : Fonds français pour l'alimentation et la santé
- 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 Image manipulation programm*
- GPS** : *Global Positioning System*
- Grup** : Groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances
- Grog** : Groupe régional d'observation de la grippe
- HCSP** : Haut Conseil de la santé publique
- HLM** : Habitation à loyer modéré
- HPST** : Hôpital, patients, santé et territoires (loi du 21 juillet 2009)
- Https** : *Hypertext transfer protocole secure*
- IC** : Intervalle de confiance
- Idécab** : Incitation au dépistage des cancers de la cavité buccale
- I. Grog** : Isidore Grog
- IMC** : Indice de masse corporelle
- IMT** : Inspection médicale du travail
- INCa** : Institut national du cancer
- Inca2** : Étude individuelle nationale des consommations alimentaires
- Indiss** : Indicateurs de suivi en santé
- Ined** : Institut national d'études démographiques
- 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
- IOTF** : *International Obesity Task force*
- Ira** : Infection respiratoire aiguë
- Irffe** : Institut régional de formation aux fonctions éducatives
- Ireps** : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
- Iris** : Ilôt regroupé pour des indicateurs statistiques
- ISBN** : *International standard book number*
- ISL** : Institut de sondage Lavialle
- Iso** : *International Organization for Standardization*
- ISSN** : *International Standard Serial Number*
- Itess** : Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé
- IUT** : Institut universitaire de technologie
- IVG** : Interruption volontaire de grossesse
- JDC** : Journée défense et citoyenneté
- Jesais** : Jeunes en santé, indicateurs et suivi
- Maia** : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
- MCO** : Médecine, chirurgie et obstétrique
- MCP** : Maladies à caractère professionnel
- MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées
- MEDDM** : Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer
- Mildt** : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
- MSA** : Mutualité sociale agricole
- nc** : non communiqué
- 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
- OPPBT** : Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
- ORS** : Observatoire régional de santé
- OR2S** : Observatoire régional de la santé et du social
- Oscour®** : Organisation de la surveillance coordonnées des urgences
- OWS** : Observatoire wallon de la santé
- Paca** : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- PAO** : Publication assistée par ordinateur

Glossaire Pc à W

PC : *Personal Computer*

PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles

PDF : *Portable Document Format*

PF2S : *Plateforme sanitaire et sociale*

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

Praps : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRS : Plan régional de santé

PRSE : Plan régional santé environnement

PRST : Plan régional santé au travail

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

Réfips : Réseau francophone international de promotion de la santé

Rein : Réseau d'épidémiologie et information en néphrologie

RGPP : Révision générale des politiques publiques

ROR : Rougeole, oreillons, rubéole

RP : Recensement de la population

RPLS : Répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

RPU : Recueil de passage aux urgences

RRC : Réseau régional de cancérologie

RSI : Régime social des indépendants

SA : Société anonyme

Sacs : Système d'alerte canicule et santé

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SAU : Service d'accueil des urgences

SCORE-Santé : Site commun d'observation régionale en santé

Segpa : Section d'enseignement général et professionnel adapté

Sesi : Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (ministère chargé de la santé)

Sgar : Secrétaire général aux affaires régionales

SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Sida : Syndrome de l'immunodéficience acquise

SIG : Système d'information géographique

Sigfried : Systèmes d'information géographique, facteurs de risque environnementaux et décès par cancer

Sintel : Sous-direction informatique et télécommunication (ministère chargé de la santé)

Sitadel : Système d'information et de traitement automatisé des données élémentaires sur les logements et les locaux

Smeno : Société mutualiste des étudiants du nord-ouest

Snir : *Système national interrégimes*

SOS Médecins : Réseau d'urgence et de permanence de soins

Spad : Système portable pour l'analyse des données numériques

SPSS : *Statistical Package for the Social Sciences*

SQL : *Structured Query Language*

SRVA : Serveur régional de veille et d'alerte

SurSaUD® : Surveillance sanitaire des urgences et des décès

T2A : Tarification à l'activité

To : Teraoctets

Ucsa : Unité de consultations et de soins ambulatoires

UDCCAS : Union départementale des centres communaux d'action sociale

UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire

UNAFTC : Union nationale des associations des familles de traumatisés crâniens

URH : Union régionale pour l'habitat

UPJV : Université de Picardie Jules Verne

Uriopss : Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux

URPS : Union régionale des professionnels de santé

Urssaf : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

Usem : Union nationale des sociétés étudiantes mutualistes régionales

UTC : Université technologique de Compiègne

VIH : Virus de l'immuno-déficience humaine

Wifi : *Wireless Fidelity*

Index

SOMMAIRE	p. 3	ACTIVITÉS & TEMPS	Étude qualitative sur les représentations concernant le dopage (en Picardie)	p. 61
PRÉAMBULE		Personnel et horaires de travail	<i>Génération en santé</i>	p. 62
Des politiques publiques confrontées à un triple enjeu		Heures effectuées en 2013	Diagnostic régional santé	p. 63
	p. 7	Répartition et évolution des heures travaillées	Le suicide en Picardie	p. 64
HISTORIQUE, MISSIONS & PARTENAIRES		ACTIVITÉ AU QUOTIDIEN	Profil santé de la ville d'Amiens	p. 65
Historique	p. 11	Gestion	Atlas santé travail	p. 66
Missions	p. 11	Réunions - Formations	Sida et infection par le VIH en Picardie	p. 67
Partenaires	p. 11	Savoir, faire, savoir faire et faire savoir	Cancer : inégalités régionales, cantonales et environnement	p. 68
		PÔLE SANTÉ	Réussite éducative	p. 69
CONSEIL D'ADMINISTRATION & BUREAU		Données de mortalité	Aide à l'analyse des politiques territoriales	p. 70
24 membres de droit	p. 15	Données de morbidité - affection de longue durée	Dépistage des cancers de la cavité buccale	p. 71
24 membres élus	p. 16	Données de morbidité - hospitalisation	Dépistage du cancer du sein	p. 71
Les membres du Bureau	p. 17	Données de morbidité - certificats de santé	Exploitation des rapports d'activité	
		Bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse	Csapa/Caarud	p. 72
LOCAUX & PERSONNELS		Système de surveillance syndromique	<i>Indiss</i> - Indicateur de suivi en santé	p. 73
Locaux	p. 21	Programme de surveillance de la grippe	Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer	p. 74
Personnels	p. 21	Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel	Regards croisés en région	p. 75
Pôle administratif	p. 22	État de santé des personnes détenues	SCORE-Santé	p. 76
Pôle informatique	p. 22	Jeunes en santé, indicateurs et suivi	Étude qualitative sur les représentations concernant le dopage et sa prévention chez les sportifs et leur entourage	p. 77
Pôle études	p. 23	Recherche-action en nutrition		
Antenne haut-normande	p. 24	<i>Baromètre santé</i> jeunes	PÔLE SOCIAL	
		Étude sur le non-recours aux soins	Données de nature sociale	p. 81
MOYENS TECHNIQUES		Étude sur les délais de prise en charge des cancers	<i>Plateforme sanitaire et sociale</i>	p. 82
<i>Hardware</i>	p. 27	Étude du traumatisme crânien dans les services d'accueil d'urgence publics de Picardie	Groupe de travail autour du logement	p. 83
<i>Software</i>	p. 27	Étude sur les personnes en situation de handicap au sein des foyers de vie et foyers d'accueil médicalisés	Croisement d'informations régionalisées	p. 84
Autres matériels internes et externes	p. 27		Aide à l'analyse des besoins sociaux à Amiens	p. 85
MOYENS FINANCIERS				
Moyens financiers	p. 31			

Index

RECHERCHE & DÉVELOPPEMENT

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

COMMUNICATION & DOCUMENTATION

Documentation	p. 97
Site Internet de l'OR2S	p. 98
Site Internet de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i>	p. 99
Picardie en santé et bien-être	p. 100
Lettre d'information de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i>	p. 101
Journée de la <i>Plateforme sanitaire et sociale : Bien vieillir</i>	p. 102
De la région aux territoires	p. 103
L'OR2S bien présent au congrès national des observatoires régionaux de la santé à Bordeaux	p. 104
Interventions	p. 105
Documents publiés par l'OR2S (depuis 2011)	p. 106

GLOSSAIRE ET INDEX

Glossaire de A à Drea	p. 113
Glossaire de Dree à Pa	p. 114
Glossaire de Pc à W	p. 115
Index	p. 116

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 de Picardie

Directeur de la publication : D^e 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

Adresse électronique (e-mail) : info@or2s.fr

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

Téléchargement de ce rapport d'activité :

www.or2s.fr/Portals/0/Rappactiv/RA_2013.pdf

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 le site Internet de l'OR2S ou de la PF2S.

Imprimé en mai 2014 à l'OR2S