

Rapport d'activité



Rapport d'activité 2017

de l'observatoire régional
de la santé et du social

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

PÔLE
SOCIAL

77

RECHERCHE
& DÉVELOPPEMENTS

83

COMMUNICATION
& DOCUMENTATION

93

SIGLAIRE
& TABLE DES MATIÈRES

109

PRÉAMBULE

Sécurisation des données : un axe majeur de développement

Les systèmes d'information sont en général bâtis sur deux piliers principaux : le traitement et la diffusion de données, d'une part, la sécurisation du dispositif, d'autre part. Ce deuxième aspect est aujourd'hui au premier plan tant la sécurisation des systèmes d'information est la clé de leur pérennité. Au-delà de l'aspect médiatique, et toujours mis en scène, des failles de sécurité des systèmes d'information, la garantie que les données à caractère personnel ne peuvent pas être publiées sans le consentement express et éclairé des individus à qui elles appartiennent est l'enjeu de cette fin de décennie. Les géants du net, les Gafa (Google, Apple, Facebook, Amazon), auxquels on peut ajouter IBM et Microsoft, font une utilisation massive de ces données à caractère personnel, sans toujours que l'on sache comment les droits de leurs usagers sont respectés.

D'un autre côté, l'*Open Data* incite au déversement massif sur internet des bases de données publiques, et dans quelques temps privées, sans que cela ne soit, ni réellement organisé, ni foncièrement contrôlé. C'est en quelque sorte en réaction et pour accompagner cette nouvelle vie des données, que l'Union européenne a souhaité passer des « bonnes » pratiques en cours à l'obligation réglementaire. Certes, en France, la Commission nationale informatique et libertés (Cnil) avait déjà balisé ce terrain et plusieurs de ses textes ont servi de base au Règlement général de la protection des données à caractère personnel (RGPD).

Ce règlement remplacera dès le 25 mai 2018 toutes les législations et règlements en vigueur dans les États membres de l'Union ; mais il s'imposera tout autant à toute organisation quelle qu'elle soit, et en

quelque lieu qu'elle se trouve pourvu qu'elle traite de données portant sur des citoyens européens. Et les sous-traitants de ces organisations devront aussi se plier aux contraintes du RGPD et des autres règlements qui en découlent ou qui y sont associés dans les États membres.

Sans entrer dans le détail, mais parce qu'il traite les données issues du système national des données de santé (SNDS), et donc de données à caractère personnel sensibles - données de santé, données sociales -, l'OR2S doit s'assurer de respecter les conditions maximales de sécurisation de son système d'information.

Cela n'est pas sans effet sur la structure de l'observatoire, tant sur l'organisation de l'accès aux données, de la sécurité des locaux et du matériel, que sur l'organisation des métiers présents.

Ainsi, si l'OR2S possédait un correspondant informatique et libertés (Cil) depuis 2009, le RGPD impose la nouvelle nomination d'un délégué à la protection des données (DPD), chose qui est faite depuis début avril 2018. Ce délégué, membre du personnel de l'OR2S mais n'appartenant pas à l'équipe de direction et n'ayant pas à construire les bases de données ou à les analyser, devra se porter garant du bon fonctionnement du système d'information, de sa sécurisation et du respect du RGPD pour tout traitement de données réalisé à l'OR2S, et en amont de ce traitement.

Cela implique aussi qu'au-delà d'une charte informatique établissant les bonnes pratiques dans l'utilisation de l'informatique et de l'internet des membres de l'OR2S, c'est une véritable politique de sécurisation des systèmes d'information qu'il y a lieu de construire, de mettre en place et de suivre.

Cette politique doit donner du sens aux pratiques en s'appuyant sur plusieurs référentiels, sur des expertises quand ce ne sera pas sur des audits de son propre système par un tiers extérieur.

Ce travail est déjà en route à l'OR2S. Un comité de pilotage interne réunissant la direction, le responsable de l'architecture des systèmes d'information et un conseiller extérieur chargé de superviser le développement informatique, se réunit régulièrement depuis début 2018 à ce propos, en lien direct avec la DPD. Il a comme premier objectif de fournir à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) puis à l'Institut national des données de santé et à la Cnil, un premier document montrant que la sécurisation du traitement des données du SNDS est non seulement prise en compte, mais complètement opérationnelle. Au-delà, il aura en charge l'ensemble de la sécurisation des systèmes d'information, qui devront être régulièrement audités par la déléguée à la protection des données.

Cela suppose de sécuriser l'accès aux données. L'utilisation de clés informatiques spécifiques et individuelles est nécessaire, par *token*, *smartphone* ou autre moyen ; une double authentification peut s'avérer obligatoire pour certains utilisateurs lorsqu'ils manipulent par exemple la base du SNDS ; l'import des bases sur les terminaux informatiques, leur copier-coller, leur impression même, sont rigoureusement interdits.

Mais cela implique aussi de sécuriser les bases de données elles-mêmes et de s'assurer de leur sauvegarde permanente. Ainsi, l'OR2S a passé une convention avec le centre régional informatique et d'applications numériques de Normandie (Criann)

pour assurer un hébergement hautement sécurisé des bases et applicatifs utilisés. La migration de ses infrastructures dans ce centre de données normand lui permettra de plus de bénéficier du super calculateur mis en place par le Criann afin d'améliorer les performances, pour partie, de ses applications développées en interne.

Le dispositif réglementaire imposé par le RGPD et ses épigones, ne sera évidemment pas effectif dans sa totalité pour le 25 mai 2018. Mais là n'est pas non plus le sens du règlement. Même si la date du 25 mai est connue depuis une année, les textes d'application, les procédures, ne sont parus que progressivement, et d'autres seront publiés encore après cette date. L'idée est plutôt qu'une organisation générale ait été pensée si ce n'est mise en place et que par priorisation propre à chaque organisation, les différents éléments finissent par s'incorporer. La première de toutes les démarches était la nomination du délégué à la protection des données. C'est sous sa tutelle désormais que la sécurisation des systèmes d'information va s'implanter mais dans une dynamique constante puisque, par définition, ce travail doit se faire en continu, ne jamais s'arrêter et toujours s'interroger sur le risque engendré par tout traitement de données sur la garantie du respect de la vie personnelle et sur le risque résiduel contenu dans le système d'information.

Un autre aspect a trait aussi à la sécurisation des données, la préservation du secret statistique lors de la diffusion des données.

Le secret statistique existe depuis longtemps puisque il a été créé en 1951 lorsque la statistique publique s'est fortement développée. En 2009, la loi a créé le comité du secret statistique. Tout cela prend évidemment une tournure nouvelle avec l'*Open Data*, la géolocalisation des données et le RGPD.

Le respect du secret statistique implique que des données individuelles collectées par des organismes publics ne puissent être diffusées si elles correspondent à des très petites subdivisions administratives (une commune rurale par exemple), où la donnée n'aurait plus de signification statistique mais désignerait explicitement un ou quelques cas particuliers, et reconnaissables par le voisinage ou par des croisements avec d'autres bases.

Ainsi, par recoupement de données affichées dans des tableaux et des cartes, le risque de pouvoir remonter à la personne correspondant à ces données, non seulement n'est pas nul, mais est avéré. Il convient dès lors de garantir la confidentialité de la vie personnelle et familiale des personnes physiques mais aussi morales.

Aussi y a-t-il lieu de s'interroger en amont de toute diffusion d'informations sur la préservation de la confidentialité des données à caractère personnel. Cela implique que des techniques particulières doivent être appliquées. Par exemple, qu'aucune donnée ne soit publiée pour de petits territoires. Ou que l'on publie des données par agrégation d'années - cinq ou dix ans - et non annuelles, ou par agrégation de territoires - cantons, EPCI - ou les deux ensemble.

D'autres techniques peuvent afficher des données estimées et non recensées, ou « floutées » donnant accès non pas à la valeur de la donnée elle-même, mais à un intervalle dans lequel la donnée serait contenue. Quand ce ne sera pas d'indiquer plus simplement que la donnée n'est pas disponible.

La préservation du secret statistique est indispensable et, plus qu'un élément technique, est une valeur fondamentale que doit intégrer tout système d'information. Si « statistique » dérive somme toute de « État », en ce qu'elle représente l'ensemble des connaissances que doit posséder un homme d'État ainsi que l'a conceptualisé au XVIII^e siècle l'économiste allemand Gottfried Achenwall, à l'origine du mot, la statistique reste une connaissance populationnelle et n'a de sens que par cela. Elle n'est en rien une connaissance individuelle, un profilage de la population comme cela pourrait être dit aujourd'hui.

Mais l'on sent bien que le glissement pourrait se faire insensiblement d'une connaissance de la population à un échelon territorial large vers une connaissance géolocalisée fine. S'il ne se fait pas déjà ! Très certainement les Gafa et autres affidés y sont-ils pour quelque chose, mais la demande des acteurs de terrain d'avoir des données - et pas seulement des indicateurs - sur leurs territoires d'intervention aussi petits soient-ils, n'y est pas non plus totalement étrangère.

HISTORIQUE, MISSIONS, PARTENAIRES

Historique

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

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

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

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

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

Missions

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

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

- en participant à toutes les actions relevant des domaines de la santé et du social mises au point par différents intervenants et en proposant la réalisation de telles actions ;

- en participant à l'évaluation technique d'actions et de programmes ;

- en contribuant à la mise en œuvre de programmes nationaux ou inter-régionaux définis par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors).

Les destinataires sont naturellement les instances régionales et infra-régionales des ex-Haute-Normandie et ex-Picardie (et, par extension depuis le début 2016, de Normandie et des Hauts-de-France) chargées des décisions en matière de politique sanitaire et sociale, les professionnels de santé et du secteur social mais aussi, de façon plus large, l'ensemble de la population des dix départements situés au sein des deux nouvelles régions.

Partenaires

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

* Hauts-de-France et Normandie.

CONSEIL D'ADMINISTRATION & BUREAU

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

- 24 membres de droit¹ 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 des secteurs sanitaire et social ;
- 24 membres élus¹, issus de l'assemblée des adhérents, professionnels de santé ou du secteur social, éligibles par tiers chaque année.

23 membres de droit¹

- Conseil régional des Hauts-de-France, M. Xavier Bertrand, Président
- Conseil régional de Normandie, M. Hervé Morin, Président
- Conseil départemental de l'Aisne, M^{me} Michèle Fuselier, Vice-présidente
- Conseil départemental de l'Oise, M^{me} Nadège Lefebvre, Présidente
- Conseil départemental de la Somme, M. Laurent Somon, Président
- Faculté de médecine d'Amiens, M. le Pr Gabriel Choukroun, Doyen
- Agence régionale de santé des Hauts-de-France, Mme Monique Ricomes, Directrice générale
- Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale des Hauts-de-France, M. André Bouvet, Directeur
- Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement des Hauts-de-France, M. Vincent Motyka, Directeur
- Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi des Hauts-de-France, M^{me} Michèle Lailier-Beaulieu, Directrice
- Académie d'Amiens, M^{me} le Dr Maryse Burger, Médecin conseiller technique du Recteur
- Direction régionale de l'Institut national de la statistique et des études économiques des Hauts-de-France, M. Jean-Christophe Fanouillet, Directeur
- Conseil économique, social et environnemental régional des Hauts-de-France, M. Laurent Degroote, Président
- Caisse d'assurance retraite et de santé au travail Nord - Picardie, M. Jérôme Lefebvre, Président
- Direction régionale du service médical Nord - Pas-de-Calais - Picardie, M^{me} Claude Cherrier, Directrice
- Direction générale de la Mutualité sociale agricole de Picardie, M^{me} Katie Hautot, Directrice générale
- Caisses d'allocations familiales de Picardie, M. William de Zorzi, Directeur de la Caisse d'allocations familiales de la Somme
- Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Hauts-de-France, M. Pascal Jehannin, Responsable
- Mutualité française des Hauts-de-France, M. Jean-Luc Bossée, Vice-Président
- Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif des Hauts-de-France, M. Giancarlo Baillet, Délégué départemental
- Fédération hospitalière de France en Picardie, M^{me} Brigitte Duval, Directrice du centre hospitalier intercommunal Compiègne-Noyon
- Union régionale des professionnels de santé médecins des Hauts-de-France, M. le Dr Philippe Chazelle, Président
- Union régionale des professionnels de santé chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France, M. Thomas Balbi, Président

Par ailleurs, la directrice générale du centre hospitalier universitaire d'Amiens Picardie, la directrice générale de l'agence régionale de santé de Normandie et la directrice de la direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Normandie sont invitées aux assemblées générales et conseils d'administration sans voix délibérative.

¹ 23 membres de droit et 22 membres élus (situation au 24 mai 2018).

22 membres élus¹

- M. le Pr Jean-Pierre Canarelli, chirurgien pédiatre retraité, président de la CRSA Hauts-de-France, président du conseil territorial de santé de la Somme, membre du CCES de la Haute Autorité de santé, Amiens
- M. le Dr Joseph Casile, médecin retraité, Président de l'ADSMHAD 80, Amiens
- M. le Pr Alain Dubreuil, médecin retraité, Amiens
- M. le Dr Jean-Paul Ducrocq, médecin généraliste, Morienvil
- M. le Dr Pierre Eletufe, médecin généraliste, Saint-Ouen
- M. le Pr Jacques Bonneterre, Président d'Onco Hauts-de-France, Lille
- M. le Dr Maxime Gignon, médecin de santé publique, chef de clinique assistant, Faculté de médecine, CHU, Amiens
- M. Jean-Paul Henry, représentant la Fas Hauts-de-France
- M^{me} le Dr Agnès Jeanson, médecin addictologue, centre Sésame, service d'alcoologie dépendant du centre hospitalier Philippe Pinel, Amiens
- M^{me} le Dr Patricia Jeanson, Directrice de l'association Le Mail, Amiens
- M. le Dr André Lokombe Leke, médecin responsable du service de médecine néonatale et réanimation pédiatrique, CHU Amiens Picardie
- M. Christophe Leman, Président de l'UFSBD Hauts-de-France, Saint-Quentin
- M^{me} le Dr Élisabeth Lewandowski, médecin responsable du Dim, CHU Amiens Picardie
- M^{me} Colette Michaux, administratrice Ireps, Amiens
- M. Mickaël Naassilla, Directeur Grap Inserm Eri24, Amiens
- M^{me} Nicole Naudin, chargée de mission Croix-Rouge, Château-Thierry
- M^{me} Aline Osman-Rogelet, intervenante du champ social, Amiens
- M. Éric Petit, Directeur général, la Renaissance sanitaire, hôpital, Villiers-Saint-Denis
- M^{me} le Dr Chantal de Sèze, Directrice, Adécaso
- M. le Dr Jean-Marie Sueur, pharmacien biologiste, Saint-Quentin
- M. le Dr Jean-Pierre Tiberghien, médecin retraité, Doullens
- M. le Pr Pierre Verhaeghe, médecin retraité, Amiens

Le conseil d'administration élit son(sa) président(e) et huit administrateurs(trices) pour faire partie du Bureau². C'est ce dernier qui procède lui-même à la répartition des fonctions :

- un(e) vice-président(e) ;
- un(e) trésorier(ère) et un(e) trésorier(ère)-adjoint(e) ;
- un(e) secrétaire et un(e) secrétaire-adjoint(e) ;
- trois membres³ sans attribution spécifique.

Le(la) président(e) et les autres membres du Bureau ont été prorogés le 19 juin 2017 par le conseil d'administration pour un an. La répartition des fonctions au sein du Bureau est restée identique. Celui-ci 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, il s'est entouré de M. Antoine Armand, expert-comptable pour toute la comptabilité. Celle-ci est ensuite transmise à M. Pierre Belmonte, commissaire aux comptes au cabinet Eurotec, qui contrôle les résultats de l'exercice depuis l'exercice 2016.

¹ 23 membres de droit et 22 membres élus (situation au 24 mai 2018). ² le bureau est actuellement composé de huit membres (situation au 24 mai 2018). ³ pour le moment deux.

Le Bureau¹



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



VICE-PRÉSIDENT
P^R ALAIN DUBREUIL
Médecin retraité



SECRÉTAIRE
ALINE OSMAN-ROGELET
Intervenante du champ social



SECRÉTAIRE-ADJOINT
D^R ANDRÉ LOKOMBE LEKE
*Médecin responsable du service
de médecine néonatale et réani-
mation pédiatrique, CHU d'Amiens
Picardie*



TRÉSORIER
D^R PIERRE ELETUFE
Médecin généraliste



TRÉSORIER-ADJOINT
D^R JEAN-PIERRE TIBERGHEN
Médecin retraité



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



D^R JEAN-MARIE SUEUR
Pharmacien biologiste

¹ situation au 2 mai 2018.

LOCAUX & PERSONNEL

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

Personnel

En 2017, dix-huit personnes ont travaillé tout au long de l'année :

- un directeur, démographe-statisticien (100 % équivalent temps plein) ;
- un directeur-adjoint, sociologue (50 % équivalent temps plein) ;
- un responsable de l'antenne rouennaise, démographe (100 % équivalent temps plein) ;
- une directrice des études, statisticienne (100 % équivalent temps plein) ;
- un informaticien responsable architecture des systèmes d'information (100 % équivalent temps plein) ;
- un informaticien responsable développement et support informatique (100 % équivalent temps plein) ;
- une ingénieure alimentation et santé (80 % équivalent temps plein) ;
- une statisticienne (80 % équivalent temps plein) ;
- une démographe (80 % équivalent temps plein) ;
- une épidémiologiste (80 % équivalent temps plein) ;
- une sociologue-démographe, démarche qualité (100 % équivalent temps plein) ;
- une technicienne de bases de données (100 % équivalent temps plein) ;
- une psychologue (80 % équivalent temps plein) ;
- une responsable administrative (100 % équivalent temps plein) ;

- une secrétaire PAO sites internet (100 % équivalent temps plein) ;
- un développeur informatique (50 % équivalent temps plein) ;
- une développeuse informatique (50 % équivalent temps plein) ;
- un concepteur graphique (22 % équivalent temps plein).

Pour compléter cette équipe, l'OR2S a reçu la contribution, en 2017, de trois autres personnes salariées sur diverses périodes :

- une psychologue (80 % équivalent temps plein pendant 11 mois) ;
- un sociologue-démographe (100 % équivalent temps plein pendant 11 mois) ;
- une géographe (75 % équivalent temps plein pendant 2,5 mois).

Par ailleurs, un interne de santé publique a aussi participé aux activités sur 6 mois et deux étudiants (statistiques et bases de données) ont effectué un stage de 2,5 mois pour l'un et de 3 mois pour l'autre. À cela, il faut encore rajouter le bénévolat de certains administrateurs, et tout particulièrement de la présidente.

Pôle administratif



**DIRECTEUR
ALAIN TRUGEON**



**DIRECTEUR-ADJOINT
PHILIPPE LORENZO**



**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
MARTINE RODRIGUÈS**



**PAO
SITES INTERNET
SYLVIE BONIN**



**PSYCHOLOGUE
DÉLÉGUÉE À LA PROTECTION
DES DONNÉES
MARIE GUERLIN**

Pôle informatique



**ARCHITECTURE DES SYSTÈMES
D'INFORMATION
MICHAËL MANSION**



**DÉVELOPPEMENT ET SUPPORT
INFORMATIQUE
JÉRÔME LEMAIRE**



**DÉVELOPPEUR
INFORMATIQUE
BAPTISTE DEVIGNE**



**DÉVELOPPEUSE
INFORMATIQUE
ORANE LEROY**

¹ situation au 24 mai 2018.

Pôle études et bases de données



DIRECTRICE DES ÉTUDES
NADÈGE THOMAS



ÉTUDES ET ENQUÊTES
QUALITATIVE
ANNE LEFÈVRE



DÉMOGRAPHE
SOPHIE DEBUISSIER



INGÉNIEURE
ALIMENTATION ET SANTÉ
CÉLINE BOURÉ



TECHNICIENNE DE BASES
DE DONNÉES
CINDY ALIX



DOCTORANTE EN GÉOPOLITIQUE
CÉCILE GAUTHIEZ



INTERNE DE SANTÉ PUBLIQUE
GUILLAUME MISMACQUE



STAGIAIRE
LAURA LACAILLE

Antenne de Rouen



RESPONSABLE DE L'ANTENNE
FRANÇOIS MICHELOT



ÉPIDÉMIOLOGISTE
OLIVIA GUÉRIN



STATISTICIENNE
ANGÉLIQUE LEFEBVRE

MOYENS TECHNIQUES

Hardware

L'intégralité des ordinateurs (Macintosh et PC) est en réseau ce qui permet une sauvegarde automatique quotidienne. L'ensemble de la capacité des disques durs représente plusieurs centaines de To. Deux cubes de sauvegarde, deux fois huit disques de 3 To, permettent de dupliquer l'ensemble du contenu des serveurs et des ordinateurs de l'OR2S. Ainsi, l'OR2S dispose de cinq serveurs PC (biprocresseurs - 2x4 cores 64 Go, 2x6 cores 144 Go, 2x8 cores 393 Go, 2x8 cores 768 Go, 2x10 cores 768 Go et 1*8 cores 128 Go de mémoire vive). En 2017, deux tours (monoprocresseur - 4 cores 32 Go, monoprocresseur 8 cores 32 Go), une tablette (2 cores 16 Go) ont été acquises, une tour étant située à la faculté de médecine d'Amiens et la deuxième, au Pôle régional des Savoirs de Rouen. Début 2018, un onduleur situé à la faculté de médecine a été acquis pour remplacer le précédent défectueux.

Un contrat passé avec Canon comprend une imprimante photocopieur couleur faisant également office de fax. Ce matériel, incluant un scanner, a été remplacé au début 2017. Une imprimante Canon acquise en 2013 est également utilisée à l'antenne normande ; elle présente des caractéristiques voisines du modèle Amiénois. En 2014, un module de finition a été acquis pour permettre notamment la réalisation de brochures sur le site rouennais.

Software

Pour les logiciels, l'OR2S a acquis le pack Office en version multi-poste Mac et PC, deux logiciels de PAO (Quark XPress et Adobe® InDesign®), deux logiciels de bases de données (Microsoft® Office Access 2010 et SQL Server 2014), un logiciel de DAO (Adobe® Illustrator®), un logiciel de reconnaissance optique (Remark) et un logiciel de montage photographique (Adobe® PhotoshopCS®). D'autres logiciels sont également très ciblés et répondent à des tâches bien spécifiques : SPSS statistics 21.0, Spad 8.2, XL-STAT-Pro 2014 et Stata™14 (logiciels pour le traitement statistique des données), Géoconcept de Géoconcept SA (analyses et représentations cartographiques), NVivo 10 (logiciel d'analyse des données qualitatives) et Stat/Transfert 11 (logiciel permettant de convertir des fichiers de données en différents formats). L'environnement de développement Microsoft® Visual studio pro 2017, un logiciel de gestion des feuilles de paie Winfip+ et des compilateurs C++ Intel® sont aussi utilisés. De nombreux logiciels ont été actualisés ou de nouvelles licences achetées en 2017. Les sauvegardes quotidiennes sont effectuées sur les ordinateurs (Macintosh et PC) grâce au logiciel *open source* Duplicati dans sa version 1.3.4. Un logiciel additionnel de sauvegarde est utilisé sur PC, Synology Data Replicator 3. Une sauvegarde manuelle est assurée en complément *via* des disques durs externes.

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

Autres matériels internes et externes

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

ASPECTS FINANCIERS

Évolution du budget et des financeurs

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

- la première période qui va de 1983¹ 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 ;
- 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 d'un deuxième programme transfrontalier de santé dans le cadre d'Interreg III en 2003² ;

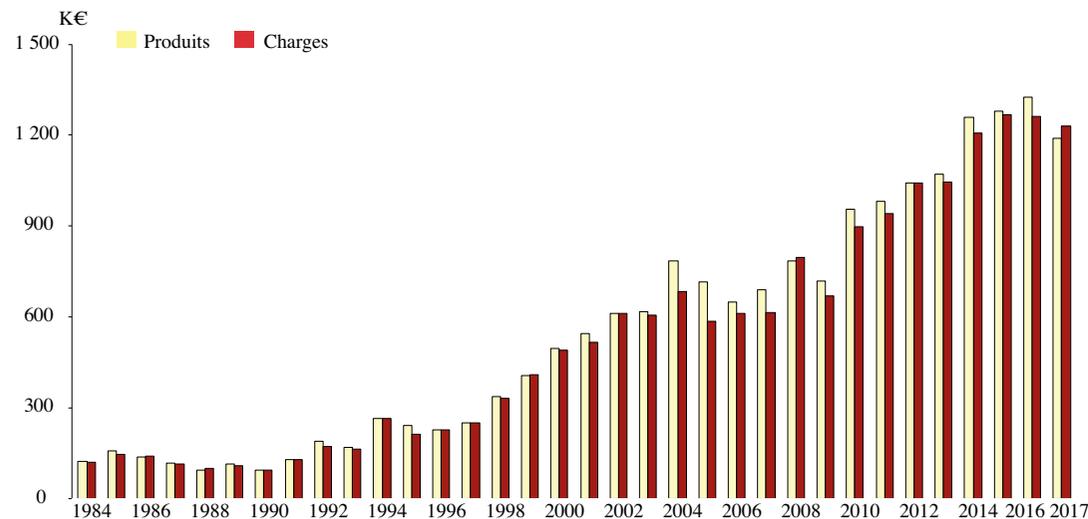
- la période suivante comprend les années 2005 à 2009, marquée par une stabilité des produits et des charges, hormis 2008 ;

- à partir de 2010, une augmentation des produits est à nouveau constatée d'une année sur l'autre. Elle a été sensible en 2014 du fait de l'implication de plusieurs acteurs haut-normands. En 2016, les produits se sont encore accrus du fait de deux projets acceptés sur des fonds européens (FSE et Feder) ;

- malgré le contour agrandi du territoire d'intervention de l'OR2S, l'année 2017 est marquée par une réduction des produits mais non compensée par une moindre diminution des dépenses, ce qui a pour conséquence un résultat déficitaire.

Les deux derniers exercices permettent d'avoir une vision des financeurs de l'OR2S dans la configuration du périmètre géographique en adéquation avec la loi NOTRe. Les différentes conventions pluriannuelles engagées par les précédentes gouvernances n'ont pas été remises en question en 2016, ce qui a donc encore eu un impact sur la situation réelle entre les différents financeurs. Sur ces deux années, le principal financeur est le conseil régional Hauts-de-France devant l'agence régionale de santé Hauts-de-France (respectivement 23,4 % et 22,4 % de l'ensemble des contributions reçues). L'agence régionale de santé de Normandie arrive au troisième rang des contributions avec 17,5 % de l'ensemble des produits sur les deux exercices 2016 et 2017. Le financeur suivant se décline de façon multiple au niveau de l'observation de la santé, à travers la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et une douzaine d'observatoires de la santé pour une participation globale de 10,4 %. Viennent ensuite la DR-JSCS Hauts-de-France (6,1 %), l'Europe à travers le FSE et le Feder (5,3 %), le conseil régional de Normandie (4,3 %), la DRDJSCS de Normandie (3,3 %), les établissements hospitaliers (2,6 %) et les autres services de l'État (2,1 %). Le reste des financeurs représente 2,4 % parmi lesquels se trouvent l'ANSP, d'autres collectivités que les régions et divers organismes associatifs.

Évolution des produits et des charges de l'ORS Picardie, puis de l'OR2S, entre 1984 et 2017 (sans les engagements à réaliser sur subventions attribuées et les charges sur les exercices antérieurs)



Source : OR2S

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

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

ACTIVITÉ & TEMPS

Personnel et horaires de travail

Le tableau au verso permet de visualiser la répartition des heures de travail pour chaque personne ayant exercé une activité à l'OR2S en 2017, grâce à la comptabilité analytique temps mise en place depuis de nombreuses années. Plus de 28 600 heures ont été effectuées au cours de l'année, soit 3 000 heures de moins que lors de l'exercice précédent. Il s'agit du nombre d'heures effectivement travaillées le plus faible depuis l'année 2010. Tout compris, cela correspond à l'équivalent de 18 personnes à temps plein sur l'ensemble de l'année, sans tenir compte des heures qui ont été réalisées par certains administrateurs à titre bénévole, tout particulièrement la présidente, le trésorier et la secrétaire générale.

L'effectif des personnes ayant exercé une activité, soit sur l'ensemble de l'année, soit sur une partie de celle-ci, est inférieur à celui de l'exercice précédent : vingt-quatre contre trente. Cet effectif est d'ailleurs aussi inférieur à ceux des effectifs antérieurs (respectivement trente-quatre en 2013 et trente-trois personnes en 2014). Il faut souligner que des heures supplémentaires (pour un total annuel de 177 ont pu/dû être effectuées par trois salariés, pour permettre parfois le rendu de projets dans les temps impartis, mais aussi pour pallier les difficultés de recrutement pour certains travaux nécessitant des compétences spécifiques. Ce total d'heures est inférieur à celui constaté ces cinq dernières années.

En analysant plus finement la répartition des diverses tâches, le traitement des bases de données constitue toujours une partie importante de l'activité, même si elle est en retrait par rapport aux trois exercices précédents : 3 127 heures contre plus de 4 000 heures

au cours des quatre exercices précédents. Comme les années précédentes, cette activité ne prend pas en compte tout ce qui précède cette gestion des bases de données, à savoir la partie maintenance et développement des outils nécessaires au fonctionnement optimisé des bases de données. Ainsi, ce sont près de 3 900 heures qui ont été affectées en 2017 à cette activité, en y intégrant également la maintenance des deux sites internet, soit à un niveau supérieur à celui de l'année passée. Au final, le total des heures travaillées pour ces deux activités complémentaires est assez proche de celui de l'exercice précédent. Le nombre de personnes impliquées est conséquent : 17 personnes sont impliquées dont plus des deux tiers (13) ont consacré plus de 180 heures, trois salariés dépassant même les 900 heures de travail.

En dehors de ces tâches liées à la gestion des bases de données et aux développements informatiques s'y associant, l'activité qui arrive ensuite a trait à la Plateforme sanitaire et sociale et son extension à l'ensemble des Hauts-de-France, action menée en liaison étroite avec Anthropolab, laboratoire de l'université catholique de Lille : 3 000 heures ont été effectuées dans ce cadre par treize personnes. Outre le travail mené par Julien Salingue d'anthropolab, il faut rajouter à ces heures, celles des membres du Groupe projet, et celles indirectes qui sont comprises dans la maintenance du site internet et des bases de données. Avec près de 2 200 heures, le programme *Jesais* arrive ensuite ; il comprend en 2017 naturellement les premières rencontres avec le rectorat de Lille pour l'extension à l'ensemble des Hauts-de-France du dispositif pour l'année scolaire 2018-2019. La gestion des tâches diverses de fonctionnement et de la démarche qualité passe en

2017 sous les 2 000 heures. Le travail concernant l'élaboration des diagnostics territoriaux approchent les 1 700 heures ; il a vocation à s'accroître en 2018 compte tenu du nombre de zones d'observation à analyser. Cette analyse et approfondissement des problématiques de santé sur les territoires est encadré par deux programmes européens : Mon métier demain dans le cadre du FSE avec 1 860 heures effectives et GeDiDoT avec près de 1 400 heures. Deux autres travaux dépassent les 1 000 heures en 2017, ils concernent l'ARS Hauts-de-France. Le premier se rapporte à l'accompagnement des six conseils territoriaux de santé avec en aboutissement l'élaboration d'une plaquette précisant les priorités de santé pour chacun d'entre eux. Le second concerne la nutrition auprès des personnes précaires avec un important travail de recueil dans les structures d'aide alimentaire et les centres communaux d'action sociale. Les recueils en santé au travail sont aussi à mentionner avec un peu plus de 500 heures pour l'un en Normandie et l'autre dans les Hauts-de-France : Evrest avec le CHU de Rouen et les maladies à caractère professionnel avec la Direccte Hauts-de-France et l'ANSP. De façon plus générale, la santé travail fait l'objet d'une attention certaine en Normandie, que ce soit dans le cadre du PRST3 ou la valorisation des données en santé travail pour la Direccte. Avec 300 heures d'activité, la plateforme en Normandie a été moins chronophage que prévu dans l'attente de son lancement officiel à l'ensemble de la Normandie avec le Creai-ORS Normandie.

Tous les autres travaux sont sous les 200 heures, y compris celui mené sur la gériatrie pour l'ARS Hauts-de-France qui se terminera à la fin du premier trimestre 2018.

Heures effectuées en 2017 suivant le projet

Répartition des heures effectuées en 2017 par le personnel de l'OR2S suivant l'activité

	Alix Cindy	Bonin Sylvie	Bouré Céline	Debuisser Sophie	Devigne Baptiste	Fauchille Émilie (1)	Gauthiez Cécile (2)	Guérin Olivia	Guérin Marie	Lefebvre Angélique	Lefèvre Anne	Lemaire Jérôme	Leroy Orane	Lorenzo Philippe	Manson Michael	Michelot François	Ory Quentin (1)	Pinarbasi Serkan (3)	Rodriguez Martine	Rouault Éléonore (4)	Schymik Laurent	Soubise Aurélien (5)	Thomas Nadège	Trugeon Alain	Total		
Gestion, tâches diverses de fonctionnement, démarche qualité	29	311	6	53	18		78	70	44	38		69	36		449	169		485	1		34	33	42		1 965		
Documentation, communication				20									3	8	49			35				40	42			198	
Fédération nationale des ORS, ORS, OFBS, Refips	29							16	29					116										85		282	
Congrès, formation		8		20		109	23		7						33			16	15							253	
Réalisation de l'observation sociale, animation de la Plateforme sanitaire et sociale	219	164		432						22	7	598	595	169	159	26	90		49		61	53	367			2 981	
Développement SCORE-Santé	124	4													2	0		4			80	17	92			323	
Développement du site Internet, mise à jour gestion des bases de données et des requêtes	214			33	906			3		39	827	124			1232	76	62				46	297	35			3 894	
Jesais	10	236	314	6	155		34	137						42	44	331			382	60	38	40	333			1 664	
Approche territoriale : analyse et approfondissement des problématiques de santé sur les territoires	14	84	186	61		248				322					4	15	136				27	413	154			2 161	
État de santé des détenus		10	29			332								1	3	99			12			13	35			533	
Maladies à caractère professionnel		59	36		395					2													23			516	
Traitement et présentation bases de données (PMSI, ALD, certificats de santé, autres)	949			150			1		279	57		115			240	8	398			302		183	291	156		3 127	
Contribution à la création et/ou au suivi d'outils de pilotage des politiques									3							8			166		11	53	62			302	
Conseils territoriaux de santé	39	144		65	139				4	60				185	39	18	68		129		49	322	75			1 337	
Étude autour de la nutrition		232	729	7	16												23		60			10	23			1 100	
Bilan gériatrique		5														94			12				27			138	
Conseil local de santé mentale à Amiens		12		3															4				23			45	
GéDiDoT		368		254						545	24			192										23			1 383
Mon métier demain					39			1 119		533	125			45													1 860
Accompagnement des politiques publiques (N°)	1						75			235				13	78	263	426		90			4	73	31			1 290
Santé au travail : le dispositif Evrest (N°)										465						74											546
La santé des personnes détenues (N°)							412				78					24											522
Portraits territoriaux (N°)										1						31					17						63
Enquête auprès des JEUnes sur la santé (N°)							378			1	116					45							7	8			554
Enquête Normanut III (N°)							236			2						24	5		8			9					284
Contexte régional socio-sanitaire (N°)																15	66										80
Santé sexuelle (N°)								90								31					46		8				175
Normandie études et observation (N°)														7	141	72					34	13	35				303
Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (N°)	43	20		218														12	45		8	41	8			393	
Santé travail (N°)									260							68											328
Réseau information jeunesse (N°)																13											13
Total	1 670	1 663	1 299	1 323	906	1 093	357	1 331	1 342	1 315	1 633	1 767	906	814	1 650	1 715	1 360	398	1 599	422	416	230	1 718	1 685		28 613	

Source : OR2S

(1) jusqu'au 30 novembre, (2) à partir du 16 octobre, (3) du 3 avril au 4 juin, (4) du 15 mai au 11 août, (5) du 2 mai au 30 octobre, (6) programme en Normandie.

Évolution des heures travaillées suivant la nature de l'activité

Avec 28 600 heures travaillées, l'année 2017 aura été marquée par une réduction de l'activité de près de 10 % par rapport à l'exercice 2016, revenant au niveau des heures effectuées en 2012.

La partie « Études » représente chaque année, tout naturellement, une grande partie de l'activité de l'OR2S (près de 11 000 heures en 2017, soit 37,5 %). Cette activité d'études se situe au niveau de 2015 en termes d'heures travaillées mais de neuf points supérieurs en termes de part. Concernant cette augmentation, il s'agit d'une évolution qui prolonge le constat de l'année passée car la tendance antérieure était à la diminution de cette part. Celle-ci provenait essentiellement de l'augmentation importante de tout ce qui concerne le traitement des données (gestion des bases de données et développement des outils pour gérer et exploiter ces bases de données). Ainsi, cet ensemble en 2017 représente 24,5 % de l'activité totale contre moitié moins en 2008-2010, mais un peu inférieur à 2014 et 2015 (plus de 26 %). La part « Politiques de santé » représente 900 heures ce qui en fait un des nombres les plus faibles sur la période 2009-2017. La démarche santé observée est revenue au niveau de la période 2014 après la réalisation d'un diagnostic territorial en 2016 qui s'inscrivait dans la continuité de la production des tableaux de bord de santé et de nombreux diagnostics territoriaux. L'observation sociale avec plus de 5 000 heures travaillées est au niveau de l'année 2015 dû au fait de l'ouverture et du développement d'un dispositif identique en ex-Haute-Normandie à celui de l'ex-Picardie). La mise en place des deux plateformes sur les nouveaux territoires des Hauts-de-France et de la Normandie en constitue la principale

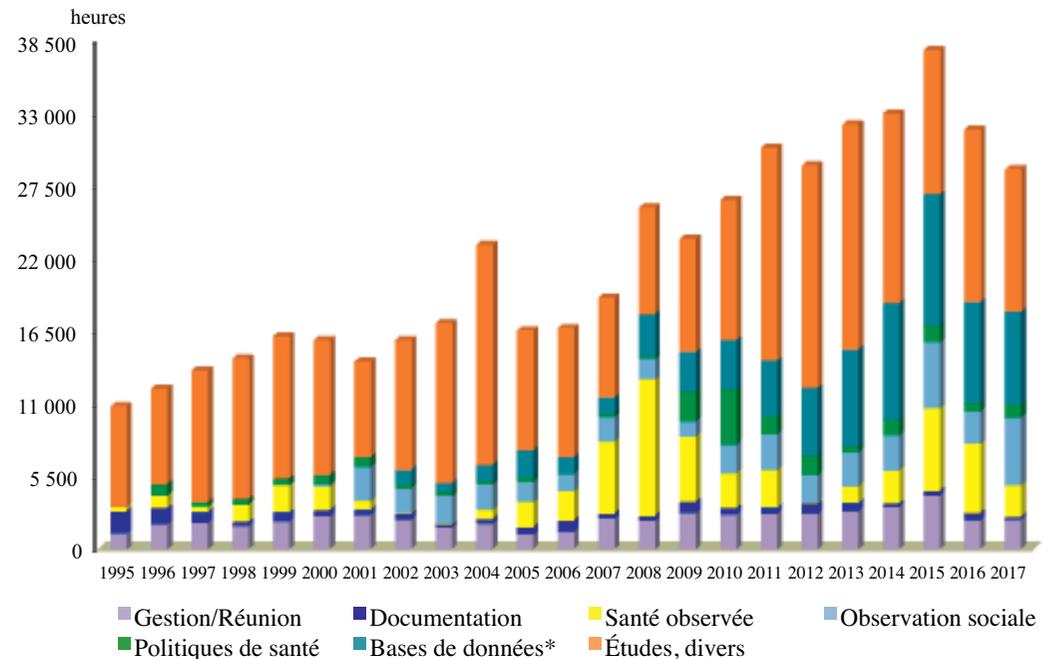
raison même si dans les deux régions l'installation officielle n'ayant pas pu encore se tenir.

Enfin, la gestion, les réunions et les tâches diverses de fonctionnement sont au même niveau qu'en 2016, le niveau le plus bas de ces vingt dernières années avec une part de l'ordre de 7 % pour 2 200 heures effectives. Par rapport aux années 2014 et 2015, cette baisse est due notamment à la réduction des tâches

de gestion supplémentaires, liées alors à l'installation de l'antenne rouennaise et aux démarches administratives s'y afférant.

La fonction de documentation s'est réduite progressivement à mesure du temps, dans une complémentarité avec celle de l'Ireps dans le cadre du pôle de compétence en éducation pour la santé. Elle représente moins de 200 heures en 2017.

Évolution du nombre d'heures annuelles de travail effectivement réalisées depuis 1995 en fonction de la nature de l'activité



Source : OR2S

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

AU QUOTIDIEN

Gestion

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

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

Réunions - Formations

L'OR2S est appelé à participer à des réunions, soit au titre de consultant, soit au titre de représentant d'organisation. Peuvent être citées, pour l'exercice 2017, les réunions des ARS, des Ceser, de la CRSA de Normandie, des Direccte notamment dans le cadre du groupe permanent régional d'orientation des conditions de travail (GPRO), des Ireps, de l'OFBS et d'instances nationales : Fnors, DGS, Drees, ANSP et INCa.

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

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

Savoir, faire, savoir faire et faire savoir

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

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

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

PÔLE SANTÉ

Mortalité

Par l'intermédiaire de la Fnors, l'OR2S dispose des données de mortalité depuis 1979 pour l'ensemble de la France, les dernières données disponibles étant celles de 2014. Elles sont issues des certificats et bulletins de décès collectés par le CépiDc de l'Inserm auprès des médecins lorsque ceux-ci sont amenés à constater un décès.

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

Ces données apportent des informations sur les causes du décès et sur les caractéristiques socio-démographiques de la personne décédée : année et mois de décès, commune de décès, commune de domicile, lieu de décès (domicile, établissement hospitalier, clinique, voie publique...), état matri-

monial, PCS, genre, âge, nationalité et nombre de jours vécus. Ces données individuelles portent sur l'ensemble des décès des personnes domiciliées en France ou des décès survenus sur le territoire de personnes non domiciliées en France.

Les causes de décès sont codées suivant la classification internationale des maladies (Cim), celle-ci étant révisée périodiquement. Depuis 2000, elles le sont à partir de la dixième révision. C'est la raison pour laquelle l'analyse des évolutions par cause a nécessité un travail de correspondance entre la version actuelle et la précédente (Cim 9), mené en lien étroit avec la Fnors depuis plusieurs années. Ainsi, deux autres codifications sont utilisées pour traiter les évolutions : une version réduite de la Cim 9 dite S9 et une version pour certaines pathologies non prises en compte dans la S9.

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

Les données de mortalité de 2014 ont été intégrées à l'outil de calcul¹. Comme chaque année, des formules sont mises en place pour obtenir des indicateurs portant sur le nombre de décès, la proportion, les taux (bruts et standardisés « standardisations suivant les méthodes directe et indirecte et suivant l'âge ou l'âge et le genre »). Des tests de significativité adaptés aux formules de taux proposées sont élaborés pour effectuer des comparaisons entre zones géographiques, périodes ou par genre. La standardi-

sation peut se faire, parallèlement à celle sur la population française, à partir de la population européenne dite de 2010. Dans le cadre de SCORE-Santé², des formules spécifiques de taux et de test de significativité sont également créées, permettant de produire des indicateurs en période triennale. Les formules permettant le calcul d'espérance de vie ont également été mises à jour, de même que les formules permettant d'obtenir des indicateurs lissés géographiquement³.

Plus spécifiquement en 2017, des formules permettant d'obtenir des indicateurs autour de la mortalité évitable (liée au système de soins et à la prévention) ont été mises en place. Des formules permettant une aide à l'interprétation plus aisée et rapide ont également été déployées. Elles combinent la notion de différentiel de mortalité en regard d'une zone géographique (par exemple la France, la région...) et de significativité. En outre, l'année 2017 aura vu une refonte complète de la manière de gérer les formules et le calcul des indicateurs de mortalité. Les formules n'ont plus besoin d'être mises à jour lorsque de nouvelles données sont disponibles (seules les tables de données sont à actualiser) et le temps de calcul des indicateurs est fortement réduit. Ceci permet, entre autre, une alimentation plus rapide d'Agit⁴. Ce travail reste à poursuivre en 2018, pour que les processus mis en place permettent également une mise à jour plus rapide de SCORE-Santé.

¹ pour plus de précision, cf. p. 85.

² pour plus de précision, cf. p. 74.

³ pour plus de précision, cf. p. 92.

⁴ application de gestion des indicateurs territorialisés, pour plus de précision, cf. p. 86.

Morbidité - Affections de longue durée

Par l'intermédiaire de la Fnors, l'OR2S dispose des données nationales des affections de longue durée, de 2005 à 2016 pour les admissions et de 2010 à 2016 pour le total des ALD. Elles sont transmises par les trois principaux régimes d'assurance maladie : régime général (Cnamts), régime agricole (CCMSA) et régime des indépendants (CNRSI).

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

Les données d'ALD, à vocation administrative, sont informatisées par les caisses d'assurance maladie. L'OR2S dispose de ces données, nouveaux cas et ensemble des cas, pour les trois principaux régimes de l'assurance maladie (Cnamts, CCMSA et CNRSI). Les informations fournies ont trait au bénéficiaire (lieu de domicile, âge et genre) ainsi qu'à la pathologie justifiant l'ALD, renseignée sous deux formes : liste par décret et classification internationale des maladies dans sa dixième révision (Cim 10).

Le lieu de domicile du bénéficiaire est plus ou moins précis selon le régime et les données fournies. Ainsi, pour les admissions en ALD, celles-ci permettent une observation à des niveaux géographiques relativement fins sur l'ensemble de la période (données allant de 2005 à 2016 disponibles au niveau communal ou par code postal, selon le régime d'affiliation). Pour les données relatives au total des ALD, elles sont depuis 2012 disponibles à un niveau géographique fin : la commune ; elles n'étaient, pour la période 2010-2011, fournies qu'au niveau départemental pour l'un des trois régimes.

L'unité géographique de base, permettant une observation à n'importe quel niveau infra-régional, est la commune (excluant de fait le niveau infra-communal). Aussi, chaque année, lorsque de nouvelles données sont disponibles, outre leur intégration à l'outil de calcul¹, est réalisé un travail d'estimation permettant de passer des codes postaux aux communes. Les admissions en ALD variant suivant l'âge et le genre, l'estimation faite à partir des données de population prend en compte ces paramètres. De plus, cette estimation est à ajuster pour les dernières années d'ALD du fait du décalage dans le temps de la disponibilité des données du recensement, les dernières données de population disponibles étant celles du RP 2014.

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

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

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

Il est à noter que les données de 2015 ne sont actuellement pas exploitables du fait d'un problème informatique mentionné par l'un des trois régimes. Pour l'année 2016, si les données relatives au total des ALD ont pu être intégrées à l'outil de calcul, celles portant sur les admissions en ALD s'avèrent, pour certaines caisses d'affiliation, non exhaustives. Aussi, avant de pouvoir intégrer les dernières données, un travail d'estimation pour les départements concernés est nécessaire. La réflexion quant à la faisabilité de cette estimation est en cours.

¹ pour plus de précision, cf. p. 85.

Morbidité - Hospitalisation

L'OR2S dispose d'un accès sécurisé aux données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) renseignant les activités médicales (hospitalisations, séances, actes...) des établissements de santé publics et privés de France. Ces données, mises à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), sont accessibles via deux portails d'échanges, celui mis en place par l'Atih et celui du SNDS¹. Les dernières données disponibles sont celles des années 2016 (bases complètes) et 2017 (bases partielles).

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 activité². Le PMSI est utilisé pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) et est donc un outil de description médico-économique de l'activité. Il est décliné par disciplines :

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

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

L'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé vise à ouvrir plus largement l'accès aux données de santé tout en renforçant les exigences de sécurité liées au caractère sensible de ces données. Dans ce cadre, depuis 2016, l'Atih met à la disposition des établissements de santé, chercheurs et institutionnels (sous condition d'une autorisation Cnil), les bases PMSI via un portail sécurisé. L'OR2S bénéficie depuis juillet 2016 de cet accès sécurisé. Les personnes identifiées qui ont un accès à ce portail sont soumises à des conditions d'utilisation strictes afin de garantir l'anonymat des personnes : ne pas extraire de données individuelles ou indirectement nominatives.

En 2017, des tables de données agrégées permettant de mesurer la consommation et la production par territoire en 2016 ont été extraites puis intégrées à l'outil de calcul³. Ces tables portent sur les différents champs du PMSI (MCO, SSR, HAD et Rim-P) et sont agrégées par âge, sexe, établissement du séjour, type d'hospitalisation (complète, partielle, ambulatoire) ou encore par catégorie d'activité de soins.

Le lieu de domicile enregistré dans le PMSI correspond aux codes postaux ou à un regroupement de codes postaux. Aussi, une estimation a été effectuée au niveau communal, niveau géographique de base, permettant une observation à n'importe quel niveau infra-régional.

Pour obtenir rapidement des indicateurs à différents échelons géographiques, des formules portant sur les nombres, les taux (bruts et standardisés sur l'âge) et les tests de significativité (pour comparer des taux standardisés) ont été mises en place.

En parallèle, les réflexions permettant de construire des indicateurs à des niveaux géographiques fins sur des pathologies ciblées ont été poursuivies en 2017 (cancers, suicides, liées à l'alcool...) Il est à noter que l'utilisation des données du PMSI dans une dimension épidémiologique n'est pas chose aisée et est portée à controverse (base à visée médico-économique).

Des travaux d'exploration des données - principalement à partir du PMSI-MCO - ont été conduits. Ils ont porté sur l'identification des hospitalisations potentiellement évitables (hospitalisations nécessaires au moment de l'admission à l'hôpital mais qui auraient pu être évitées avec une prise en charge appropriée des soins de premier recours).

En outre, une exploration des données de périnatalité a été menée suite à d'un travail collaboratif entre l'Atih, la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) et la Drees dont la restitution a pour objectif d'uniformiser au niveau national les méthodes de calcul des indicateurs de santé périnatale.

Par ailleurs, les données du PMSI permettent de faire le lien entre les hospitalisations d'un même patient, via un numéro de chaînage. Aussi, des requêtes permettant l'obtention d'indicateurs pour les patients et non pas uniquement pour les séjours sont en cours de développement. Cette approche est complexe compte tenu de l'âge du patient qui évolue et qui peut déménager au cours du temps. De plus, certaines incohérences sont relevées (le genre peut être différent entre les séjours d'un même patient, l'âge entre les différents séjours n'est pas toujours conforme...)

¹ dans ce dernier portail, les données de soins de ville et de mortalité sont également disponibles. Pour plus de précision cf. page suivante.

² articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

³ pour plus de précision, cf. p. 85.

Système national des données de santé (SNDS)

Le système national des données de santé (SNDS) a été mis en place suite l'application de différents décrets d'application de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. L'OR2S au même titre que les ORS dispose désormais d'un accès permanent à ces données.

Le SNDS rassemble au sein d'un même système d'information les données de l'assurance maladie (données du Sniiram), des établissements de santé (données Atih) et des causes médicales de décès (données CépiDc-Inserm), qu'il est possible de chaîner entre elles. Les données des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et celles issues d'un échantillon représentatif des données de remboursement des organismes d'assurance maladie complémentaire ont également vocation à être intégrées au SNDS.

Disposant d'un accès permanent¹, l'OR2S bénéficie de l'autorisation d'accès aux données individuelles du SNDS sur un champ interrégional en ce qui concerne le lieu de résidence du bénéficiaire ou le lieu de réalisation de l'acte, ceci sur une profondeur historique de cinq années en plus de l'année en cours. Il lui est également possible de croiser les identifiants potentiels que sont la période de naissance exprimée en mois et année, le code de la commune de résidence et les données infra-communales de localisation, les dates des soins, la date du décès et le code de la commune de décès. Un séminaire de présentation du SNDS, coanimé par la Drees, l'assurance maladie, l'Atih, l'Inserm-CépiDc et l'INDS s'est tenu à Paris le 20 mars 2017. Son objectif était de rappeler les modalités d'accès au SNDS et ses finalités d'utilisation dans des conditions de sécurité permettant d'assurer

la protection des données personnelles (cf. p. 89 « Sécurisation »). Cette question a fait l'objet d'un séminaire spécifique le 20 juin à Paris.

La démarche d'accession aux données SNDS s'est déroulée en plusieurs étapes. Tout d'abord, l'OR2S a désigné quatre salariés comme utilisateurs du SNDS. Trois d'entre eux avait déjà été formés à l'utilisation du portail Sniiram dont est issu le portail du SNDS et ont suivi une formation complémentaire relative à l'environnement DCIR (*Datamart* de consommation inter-régimes) simplifié qui contient les données individuelles du Sniiram. La quatrième personne, en plus de la formation au DCIR simplifié, a dû suivre en préalable une formation pour découvrir l'architecture du Sniiram.

Afin de gérer les accès au SNDS, l'OR2S a désigné une autorité d'enregistrement (AE) et une autorité d'enregistrement déléguée (AED). Ces autorités sont habilitées à délivrer des accès nominatifs aux données. Elles gèrent, à partir d'une application dédiée (Aucas) les accès de leurs collaborateurs : ouverture de compte, modifications des droits associés aux comptes, clôture des comptes.

Parallèlement à l'ouverture des comptes, les utilisateurs ont signé des conditions générales d'utilisation et doivent respecter certaines règles quant à l'engagement de confidentialité et de respect du secret professionnel, la réidentification et les fuites des données (le SNDS dispose d'un système assurant la traçabilité des actions de chacun effectuées sur le portail). Fin 2017, trois des quatre salariés de l'OR2S disposaient d'un accès effectif à l'OR2S (la quatrième personne formée a eu son accès ouvert début 2018).

L'OR2S est représenté au sein d'un comité utilisateurs du SNDS mis en place par l'assurance maladie. Le premier comité utilisateur s'est déroulé à Paris le 24 novembre 2017. Il a pour objectif de contribuer à l'animation d'une communauté d'utilisateurs, de favoriser les échanges sur les usages et analyses possibles des données ainsi que la résolution de certaines questions d'ordres technique et méthodologique.

Les données du SNDS offrent de nouvelles perspectives en termes d'observation de la santé. En effet, le chaînage des données permet d'approcher en partie le parcours de santé des patients. Des indicateurs de recours aux soins, de consommations de soins peuvent être désormais déclinés sur des niveaux territoriaux relativement fins. Si 2017 a été consacrée à l'accession effective au portail SNDS, 2018 permettra de monter en compétences sur l'analyse de ces données complexes nécessitant un haut niveau d'expertise. L'OR2S travaille conjointement avec le Pôle Esad² de l'ARS de Normandie en ce sens avec l'appui des services de l'assurance maladie et de la Cire.

Enfin, l'OR2S souhaite mettre en place un système fils³ du SNDS. Pour ce faire, l'OR2S doit se mettre en conformité avec l'intégralité du référentiel sécurité du SNDS afin que le système mis en place soit homologué par la Cnamts.



¹ cf. décret n° 2016-1871 du 26 décembre 2016 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé ».

² Études statistique, aide à la décision.

³ Système du SNDS élargi hébergeant ou mettant à disposition des données relatives au SNDS cédées par le SNDS central ou un système source ou un autre système fils.

Morbidité - Certificats de santé

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

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

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

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

Les données des certificats de santé du huitième jour (données allant de 2003 à 2015), du neuvième mois (de 2006 à 2014) et du vingt-quatrième mois (de 2006 à 2013) sont disponibles pour les trois départements de l'ex-Picardie. Des contacts avec les PMI des deux autres départements des Hauts-de-France sont en cours. Ces données permettent de produire les indicateurs comme la part de mères allaitant à la naissance, la part de naissances prématurées ou d'enfants de faible poids.

Les certificats de santé

The image displays three sample health certificates (Certificats de Santé) for different stages of a child's life: 8 days, 9 months, and 24 months. Each certificate is divided into two main sections: 'PARTIE ADMINISTRATIVE' (Administrative Part) and 'PARTIE MÉDICALE' (Medical Part). The administrative part includes fields for parent information, birth details, and contact information. The medical part is more extensive, covering pregnancy, delivery, and the child's health status, including growth, development, and vaccination records. The certificates are color-coded: blue for the 8-day certificate, green for the 9-month certificate, and orange for the 24-month certificate. The text '8° jour', '9° mois', and '24° mois' is written in red next to their respective certificates.

Professionnels de santé

Par l'intermédiaire de la Fnors, et via un conventionnement de celle-ci avec la Drees, l'OR2S dispose d'extractions du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et du répertoire Adeli. Ces bases permettent de recenser les différents professionnels de santé. Les dernières données disponibles sont celles au 1^{er} janvier 2017.

Des données autour des professionnels de santé ayant une activité libérale sont également disponibles dans le SNDS¹.

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

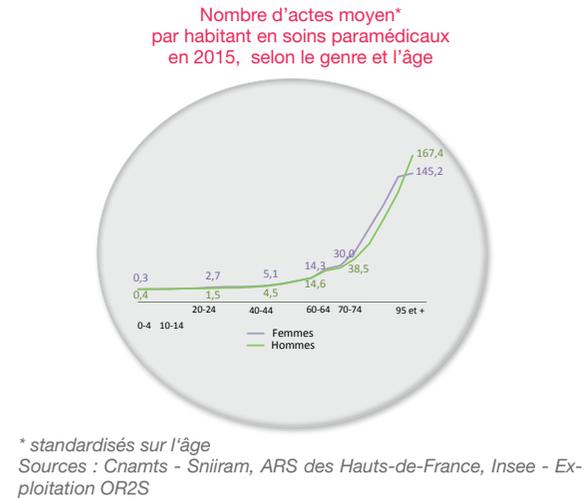
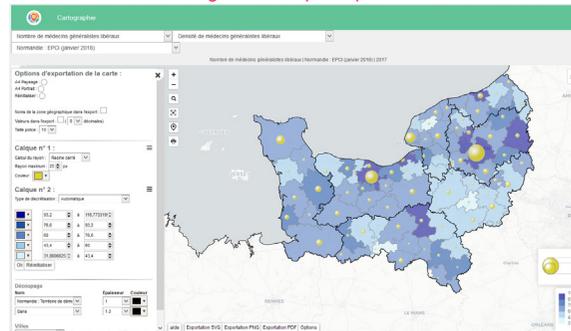
Les informations contenues dans ces bases se rapportent à l'ensemble des données d'identification (âge et genre), de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tous les professionnels de santé, ainsi que la commune d'exercice.

Les données disponibles dans le SNDS, fournissent également des informations sur les professionnels de santé libéraux exerçant sur les différents territoires. Ces données permettent en plus d'avoir des informations sur l'activité des professionnels de santé et de connaître la répartition de l'activité suivant les caractéristiques de leur patientèle (par exemple suivant l'âge et le genre ; cf. graphique ci-contre).

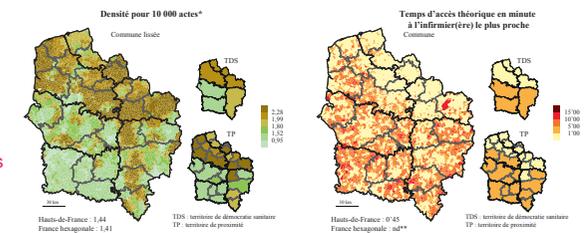
Toutes ces données permettent de calculer des densités de professionnels de santé à différents niveaux géographiques, mais également de suivre la démographie de ces professionnels, en essayant notamment de déterminer les territoires où, compte tenu des besoins, des actions seront plus spécifiquement à mener. Des travaux sont actuellement menés pour développer des algorithmes permettant de calculer des indicateurs de densité lissés et de produire des cartographies de temps d'accès au professionnel de santé le plus proche (mais aussi le deuxième, voire le troisième). Les premiers résultats ont intégré des travaux réalisés en 2017 pour l'ARS Hauts-de-France².

En outre, en 2017, l'ARS Normandie a consolidé, puis transmis à l'OR2S les données relatives aux médecins de premier recours afin que des indicateurs (nombre, densité et part de médecins de 55 ans et plus) puissent intégrer la version d'Agit³ déployée spécifiquement pour l'ARS Normandie. Ces données, disponibles au niveau communal, ont été intégrées à l'outil de calcul⁴ pour permettre un calcul rapide d'indicateurs quel que soit le niveau géographique.

Carte de médecins de premier recours (nombre et densité) disponibles sur la version d'Agit mise en place pour l'ARS Normandie



Autour des infirmier(ère)s libéraux(ales) au 1^{er} janvier 2016



* un nombre d'actes théorique a été calculé sur une base annuelle, en prenant en compte les données de consommation de 2015 par âge et genre des personnes domiciliées dans les Hauts-de-France
** non disponible
Sources : Cnamts - Sniiram, ARS des Hauts-de-France, Drees / Adeli 2016, Insee - Exploitation OR2S

¹ pour plus de précision, cf. p. 48.
² pour plus de précision, cf. p. 92.
³ application de gestion des indicateurs territorialisés, pour plus de précision, cf. p. 86.
⁴ pour plus de précision, cf. p. 85.

Offre en établissements et services

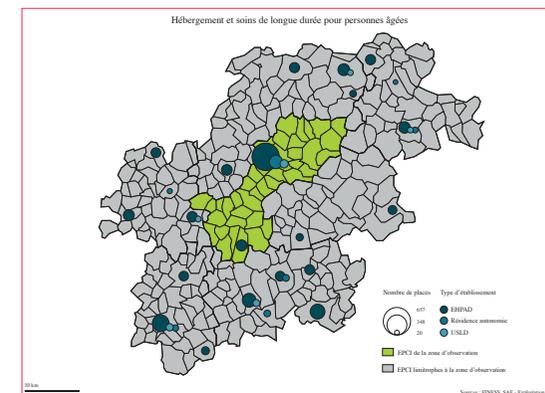
Deux sources de données permettent d'observer l'offre en établissements de santé et en accompagnement médico-social. Les données relatives aux établissements et services médico-sociaux sont consultables sur internet via le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) mis à jour en temps réel. Les données provenant de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) sont également en libre accès, sur le site data.gouv.fr, les dernières données disponibles étant celles de l'enquête 2016.

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

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

Des extractions du répertoire Finess sont en cours ainsi que l'analyse de la base SAE 2016 afin d'alimenter les travaux menés pour le conseil régional (cf. p. 56), ainsi que les profils locaux et l'infocentre du projet GeDiDoT (cf. p. 64), avec notamment des cartographies d'implantation des établissements et services (cf. illustration ci-contre). Ces cartes offriront de fait une visualisation aisée de l'offre en établissements et services médico-sociaux et en établissements de santé sur différents échelons des Hauts-de-France.

Exemple de cartographie sur la CA du Saint-Quentinois



Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel

L'OR2S, la Direccte et Santé publique France ont maintenu leur collaboration en 2017 quant au dispositif de surveillance épidémiologique en milieu du travail des maladies à caractère professionnel (MCP) pour la partie picarde des Hauts-de-France.

Ce programme a été mis en place pour la première fois en 2003 dans les Pays de la Loire puis s'est ensuite étendu à d'autres régions au fil du temps. Les deux régions qui ont fusionné en 2016 pour former la région actuelle des Hauts-de-France sont entrées dans le programme la même année, à savoir en 2009¹. Les objectifs du recueil sont de mesurer la prévalence des MCP, d'évaluer les liens entre agents d'exposition professionnelle et catégories de pathologies et d'estimer la proportion de ces maladies non déclarées. L'enquête, de type « un jour donné », consiste à collecter des informations, sur l'ensemble des visites médicales faites par des médecins du travail volontaires durant deux semaines consécutives (« une quinzaine »), d'une part, et de recueillir des informations supplémentaires sur tous les cas estimés comme ayant une MCP par le médecin, d'autre part.

En 2017, une quinzaine a été réalisée pour la partie picarde de la région. Elle s'est déroulée du 13 au 24 novembre 2017. Certains services de santé au travail étant dans l'impossibilité d'organiser le recueil dans des conditions optimales, la possibilité a été laissée de décaler d'une à deux semaines. Les médecins ont à leur disposition des outils standardisés pour permettre ce recueil : un tableau de bord permettant l'enregistrement de toutes les visites effectuées durant la quinzaine, des fiches permettant le signalement d'une ou plusieurs MCP

et un tableau recensant leurs effectifs annuels attribués pour l'année en cours. Une application permet d'informatiser l'ensemble des documents de recueil des MCP et de transmettre directement les données pour une validation nationale. Les médecins du travail ont un accès personnel à cette application, ce qui leur permet d'enregistrer directement toutes les visites qu'ils effectuent durant les quinzaines et de signaler les MCP rencontrées.

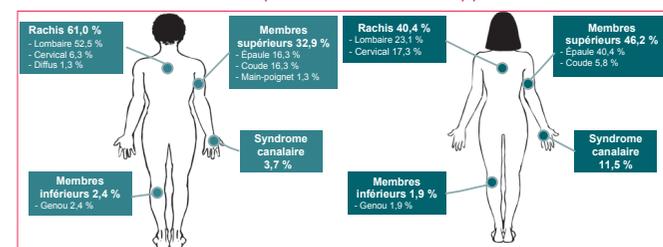
Une cinquantaine de médecins a participé à la quinzaine de 2017. Deux réunions d'information ont été organisées en amont de la quinzaine 2017 dans les diverses structures de médecine du travail. Celles-ci étaient divisées en deux parties : la présentation des résultats régionaux de 2016 et la formation à une utilisation optimisée de l'application informatique pour la saisie des données. De façon plus générale, ce deuxième temps a permis aux médecins du travail d'avoir une vision concrète de l'outil informatique.

L'analyse des données 2016 a été effectuée au cours du second semestre 2017 ; celle-ci a abouti à la production d'une plaquette, présentant les résultats pour l'ex-Picardie, qui sera diffusée au cours du second trimestre 2018 (cf. illustration ci-contre). Concernant les données issues de la quinzaine effectuée en novembre 2017, elles sont en cours de validation au niveau régional avant d'être transférées au niveau national. Elles seront analysées conjointement avec celles recueillies dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais afin de présenter des résultats pour la région Hauts-de-France.

La plaquette



Localisation anatomique des affections de l'appareil locomoteur



Source : Programme MCP

¹ en 2016, outre les régions déjà mentionnées, le protocole de surveillance est mis en place dans les régions ou anciennes régions (pour celles concernées par la réforme territoriale de 2016) suivantes : Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Centre, Limousin, Lorraine et Midi-Pyrénées.

État de santé des personnes détenues

Dans le cadre d'un partenariat santé/justice, à l'initiative alors de la Drass prolongé ensuite par l'ARS, l'OR2S avec les unités sanitaires des établissements pénitentiaires continue à surveiller la santé des personnes détenues suivant un protocole élaboré dès 2009 qui a évolué au cours du temps.

Le dispositif mis en place a pour objectif de disposer d'une photographie de l'état de santé des personnes arrivant en milieu carcéral afin d'adapter au mieux la prise en charge sanitaire des détenus. Ce travail est réalisé en partenariat étroit avec les unités sanitaires des établissements pénitentiaires de la région. Après un travail de réflexion engagé en 2015 en commun avec les unités sanitaires participantes, le recueil des données a évolué et se fait désormais via deux fiches épidémiologiques : l'une aborde la santé somatique (existant déjà par le passé) et l'autre la santé mentale (nouveau du recueil). Le protocole de recueil des données est resté inchangé, les fiches sont remplies pour chaque nouvel entrant lors de la visite médicale suivant l'incarcération. Le personnel médical de l'unité sanitaire et/ou le personnel médical du service médico-psychologique saisissent les données depuis une application informatique disponible sur un serveur sécurisé mis à disposition par l'OR2S¹. Une fois la saisie effectuée, les fiches sont imprimables et peuvent donc être intégrées au dossier personnel du détenu.

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

- situation socio-économique (situation matrimoniale, enfant, domicile avant l'incarcération, situation professionnelle, couverture sociale...);
- antécédents médicaux (pathologies somatiques chroniques du détenu et de sa famille proche,

consultation d'un médecin...) et psychiatriques (pathologies psychiatriques, tentatives de suicide, histoire familiale) ;

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

La fiche santé mentale aborde les addictions, les antécédents psychiatriques, l'histoire familiale, l'alimentation, le sommeil et le mode de vie.

En 2017, le recueil a été poursuivi dans les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme. En parallèle, une mise en place dans les établissements du Nord et du Pas-de-Calais a été initiée. Des réunions d'information et de présentation de l'étude ont été organisées. La maison d'arrêt de Dunkerque a commencé le recueil en mai. L'inclusion des autres établissements est prévue en 2018. Plus de 2 200 fiches ont pu être recueillies en 2017. La prochaine publication inclura les données des établissements pénitentiaires des départements du Nord et du Pas-de-Calais qui auront participé à l'étude. Sa diffusion est prévue au printemps 2019.

Par ailleurs, ce protocole développé par l'OR2S a fait l'objet d'une attention particulière au niveau national. Ainsi, le ministère de la Justice et le ministère chargé de la santé ont souhaité que ce projet soit présenté dans différentes instances : coordination des

recherches en milieu pénitentiaire avec la Mildeca et groupe de travail axe 1 de la stratégie santé des personnes sous main de justice au sein de la DGS. Par ailleurs, Alain Trugeon a fait partie du groupe de travail au sein du Haut Conseil de santé publique (HCSP) traitant de la saisine de la direction générale de la santé pour un avis portant sur l'évaluabilité de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice. Composé de sept personnes, ce groupe de travail était co-présidé par Pierre Czernichow et Virginie Halley des Fontaines, membres du HCSP. Dans cet avis rendu en mars 2018, il est mentionné le dispositif mis en place dans l'ex-Picardie comme une référence à développer dans d'autres régions. Dans ce contexte, il est à souligner que ce système, outre en Normandie, est testé en Auvergne-Rhône-Alpes et dans le Grand Est. Une réflexion est également à l'étude en Bretagne et en Île-de-France.



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

Jeunes en santé, indicateurs et suivi

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

La première enquête *Jesais*, qui s'est déroulée au cours de l'année scolaire 2005-2006 auprès des élèves de sixième, était limitée à trois territoires : Thiérache, Santerre-Somme et Beauvaisis. À partir de 2006-2007, l'enquête permet une représentativité régionale et, à partir de 2009-2010, un échantillonnage d'un quart des élèves est effectué de façon aléatoire à partir du jour de naissance de l'élève (avec une possibilité toutefois pour les établissements d'enquêter tous les élèves). Chaque année, depuis 2008-2009, deux enquêtes sont effectuées, l'une auprès des élèves de sixième et l'autre des élèves de seconde. L'enquête est constituée de deux parties. Dans la première, les thématiques abordées ont trait à l'activité professionnelle des parents, la composition de la famille, les pratiques sportives et activités extrascolaires, l'hygiène de vie, les habitudes alimentaires, les consommations de tabac, d'alcool et de drogue. L'élève renseigne cette première partie, aidé si nécessaire par l'infirmière ou une autre personne. Dans la seconde partie, les infirmier(ère)s scolaires notent leurs observations suite aux différents examens qu'ils(elles) ont effectués (poids, taille, tour de taille, état dentaire, audiogramme, vision, vaccinations qui figurent sur

le carnet de santé). Ils(elles) interrogent également les élèves sur leur éventuelle prise en charge par un professionnel de santé et sur leurs problèmes de santé. Pour les élèves de seconde, des questions relatives à leur vie affective et sexuelle sont intégrées (principalement sur le mode de protection et de contraception). La saisie se fait via un questionnaire informatisé¹. Une fiche imprimable résumant toutes les informations saisies est à la disposition des infirmier(ère)s qui souhaiteraient l'intégrer au dossier de l'élève. Depuis 2010, l'OR2S fournit à chaque collège et lycée un outil de restitution des résultats pour comparer leurs données à celles de l'ensemble du département et de la région. En 2017, comme chaque année durant l'été et au début de l'automne, le travail de consolidation des données recueillies au cours de l'année scolaire 2016-2017 a débuté : nettoyage des bases, validation et contrôle de cohérence. Lorsque les données paraissaient incohérentes, une vérification a été faite auprès des infirmier(ère)s scolaires. Deux plaquettes portant sur les disparités territoriales et sociales ont été publiées en janvier 2017 (cf. illustrations ci-contre). L'une concerne les élèves de sixième et l'autre ceux de seconde. L'analyse territorialisée porte sur les neuf bassins d'éducation et de formation de l'académie d'Amiens et l'analyse sociale est menée à partir de la situation professionnelle de la personne de référence (travail, chômage, au foyer) ainsi que de sa profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS).

En outre, une communication orale a été effectuée au comité de pilotage académique d'éducation à la santé et à la citoyenneté en juin 2017.

Un poster présentant ce dispositif d'accompagnement des politiques publiques a été présenté à l'occasion du congrès « Sciences et acteurs en santé :

articuler connaissances et pratiques (Adelf - SFSP) » en octobre 2017 (cf. illustrations ci-dessous).

L'extension du dispositif, en collaboration avec l'académie de Lille, à toute la région Hauts-de-France pour les élèves de sixième est actuellement en cours avec des réunions de présentation aux infirmier(ère)s qui se dérouleront en mars et avril 2018 pour une phase de test prévue en mai/juin 2018 et une mise en place auprès de tous les établissements publics du Nord et du Pas-de-Calais à la rentrée scolaire 2018-2019.

¹ pour plus de précisions sur l'application de saisie en ligne cf. p. 88.

La plaquette des élèves de 6^e

La plaquette des élèves de 2^{nde}



Le poster



Autour de la nutrition

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

En septembre 2016, un protocole d'étude ainsi qu'un questionnaire ont été définis. Les personnes sont interrogées sur leurs caractéristiques socio-démographiques, leurs données anthropométriques, leurs habitudes de consommations alimentaires, leurs attitudes, opinions et perceptions de l'alimentation, leurs pratiques et perceptions de l'activité physique. Les critères d'inclusion sont d'être âgé de 18 ans ou plus et d'être domicilié dans les Hauts-de-France. Outre la représentativité sur l'ensemble de la région, le mode de recueil permet d'avoir des résultats sur les six territoires de démocratie sanitaire qui ont été définis par l'ARS en octobre 2016¹. Il s'agit des départements de l'Aisne, de l'Oise, du Pas-de-Calais et de la Somme ; le Nord est divisé en deux zones : Hainaut et Métropole - Flandres.

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

Pour garantir au mieux la représentativité régionale et par territoire de démocratie sanitaire, un redressement de l'échantillon a été mis en place. Il est basé sur des critères d'âge, de genre, de zonage géographique (territoire de démocratie sanitaire et taille d'agglomération) et de niveau de diplôme. Une plaquette présentant les résultats a été produite (cf. plaquette ci-contre).

Un second champ de l'étude porte sur une population plus précaire, à savoir celle ayant recours à l'aide alimentaire ou effectuant des demandes d'aide(s) auprès des centres communaux d'action sociale (CCAS). Le questionnaire utilisé est le même que celui défini pour la population générale, mais avec l'ajout de quelques questions spécifiques. En revanche, le mode de recueil est différent : le questionnaire est renseigné en face à face dans un espace isolé des CCAS et des structures d'aide alimentaire. L'enquêteur renseigne les informations sur papier ou via un support informatique (ordinateur ou tablette, à l'aide d'une application qui a été développée spécifiquement au sein de l'OR2S). Après une phase de test concluante courant décembre 2016 au sein d'une structure d'aide alimentaire, le recueil de cette seconde partie de l'étude a eu lieu de février à juillet 2017. Quelque 400 personnes ont été interrogées. Une plaquette présentant les résultats a été produite (cf. plaquette ci-contre). Les résultats permettent de mieux connaître les principaux comportements et attitudes liés à la nutrition (alimentation et activité physique) et de renforcer ainsi la stratégie de prévention, et ce sur deux populations bien spécifiques.

La plaquette



La plaquette nutrition et précarité



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

État des lieux socio-sanitaire par zone d'observation

Un travail engagé en 2017 pour le conseil régional des Hauts-de-France à vocation à produire, sur plusieurs années, un état des lieux pour chacune des trente-et-une zones d'observation qui ont été définies au sein de la région. Le premier document, en cours de finalisation, est produit sur la CA du Saint-Quentinois.

La loi NOTRe impose aux régions la production d'un schéma de planification, dénommé SradDET (schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires). Ce schéma fixe les objectifs de moyen et long termes en matière d'équilibre et d'égalité des territoires, d'implantation des différentes infrastructures d'intérêt régionales. Dans ce cadre la région a défini neuf espaces de dialogue par regroupement des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

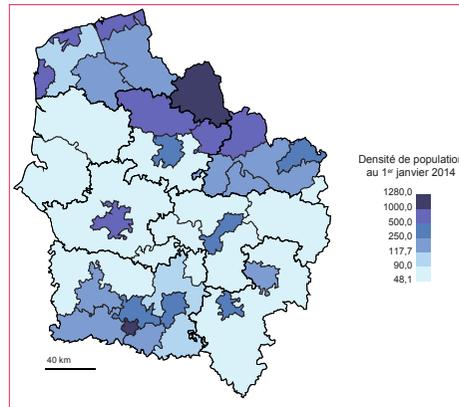
Pour accompagner au mieux le conseil régional dans cette mission et, plus largement, dans le cadre de la territorialisation des actions qu'il mène, l'OR2S a proposé au conseil régional de réaliser des états des lieux localisés à partir des indicateurs les plus marquants dans les domaines social, sanitaire et médico-social.

Les neuf espaces de dialogue constituent des territoires pas forcément homogènes. C'est la raison pour laquelle ils ont été scindés en trente-et-une unités géographiques plus petites, dites « zones d'observation ». La délimitation de ces zones repose sur la diversité territoriale, sous des contraintes populationnelles, de contiguïté géographique, en se basant sur les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) et en respectant le mieux possible le découpage des neuf espaces de dialogue.

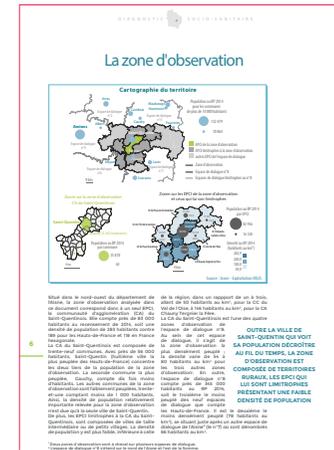
Pour ce faire, une base d'indicateurs calculés au niveau des EPCI a été constituée autour de quatre grandes thématiques : démographie, social, état de santé et offre en professionnels de santé. La délimitation des zones d'observation initialement définie, a été actualisée début 2018 pour prendre en compte les EPCI en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Chaque état des lieux, construit suivant une trame commune, repose sur le traitement d'indicateurs issus de nombreuses bases de données disponibles sur l'ensemble de la France au niveau communal. La situation de la zone d'observation peut ainsi être comparée à celles de la France hexagonale, des Hauts-de-France et de l'espace de dialogue dans lequel elle se situe. Un zoom est également présenté au niveau des intercommunalités de la zone d'observation ainsi que sur celles qui l'entourent (qu'elles soient ou non situées dans la région).

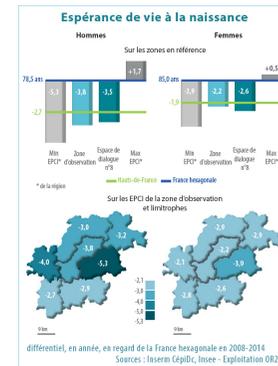
Les trente-et-une zones d'observation



Page de présentation de la zone d'observation de l'état des lieux de la CA du Saint-Quentinois



Exemple d'illustration figurant dans les documents produits



Conseils territoriaux de santé

En préalable à l'élaboration du projet régional de santé (PRS) de deuxième génération (2018-2022) et dans la continuité de la réalisation du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France, l'agence régionale de santé a demandé à l'OR2S d'accompagner les six conseils territoriaux de santé (CTS) dans l'élaboration de cinq priorités par territoire.

L'ARS a mis en place vingt-deux groupes de travail portant sur les principales problématiques régionales. Outre les personnels de l'agence, ils ont réuni des professionnels de santé, les partenaires institutionnels et des représentants des usagers. Les travaux de ces groupes ont permis d'identifier pour chaque thématique cinq priorités régionales. Parallèlement, des travaux ont été menés au sein de chaque CTS ; ceux-ci devant proposer cinq priorités pour leur territoire. Ces propositions ont été croisées avec les travaux régionaux pour aboutir aux cinq priorités du territoire.

L'OR2S a accompagné chacun des CTS suivant une méthodologie commune qui s'est déroulée en trois temps :

- lors de la réunion d'installation du CTS, les principaux résultats du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France ont été présentés à l'ensemble des membres du CTS (de fin janvier à début février) ;
- une première rencontre de fin février à début mars entre l'OR2S, le (la) directeur(trice) territorial(e) de l'ARS et les membres du bureau du CTS a permis d'explicitier les spécificités du territoire de démocratie sanitaire et de répondre à d'éventuelles interrogations pour faciliter au maximum l'appropriation du diagnostic réalisé (dans un cas, la présentation a été faite en plénière à l'ensemble des membres du CTS) ;

- après que les membres de chaque CTS aient étudié les résultats qui leur ont été présentés (ils disposaient notamment du diaporama spécifique à leur territoire, présenté lors de la première rencontre, et du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France) et qu'ils ont effectué des recherches complémentaires, l'OR2S a organisé une seconde rencontre avec les membres du bureau (pouvant parfois être élargi) et le (la) directeur(trice) territorial(e) de l'ARS (de fin mars à début avril) afin d'élaborer les cinq priorités par territoire.

Un document de huit pages, construit suivant une trame commune, a été rédigé pour chaque CTS. Ces documents présentent une vision synthétique de la situation socio-sanitaire du territoire de démocratie sanitaire ainsi que des spécificités existantes en son sein. Il permet par ailleurs d'explicitier la méthodologie qui a permis d'aboutir aux cinq priorités du territoire, de documenter le choix de chacune d'entre elles et d'en indiquer l'objectif général.



Les plaquettes



Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins

L'ARS Hauts-de-France a sollicité l'OR2S dans le cadre de la réalisation du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (Praps) afin d'obtenir un appui à la réalisation du diagnostic de ce programme qui vise les personnes les plus démunies.

Pour rendre compte de manière synthétique des spécificités de la région, une typologie sociale en cinq classes a été produite permettant de graduer le niveau social des communes des Hauts-de-France. Elle a été réalisée en retenant les huit indicateurs les plus traceurs d'une certaine fragilité sociale, provenant de plusieurs producteurs de données : l'Insee, la DGFIP, la Cnaf et la CCMSA.

Pour chacune des classes obtenues, un certain nombre d'indicateurs démographiques, sociaux, sanitaires et relatifs à l'offre de soins ont été calculés. Les spécificités départementales au sein des cinq classes ont également été observées.

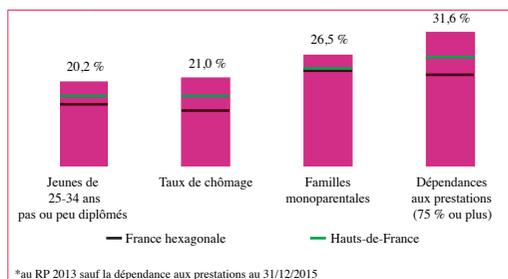
Enfin, les indicateurs ont également été déclinés selon le type de communes, en trois groupes d'aires urbaines : communes appartenant à un grand pôle, communes appartenant à la couronne d'un grand pôle et communes hors aire urbaine. Cette approche complémentaire a mis en valeur d'autres disparités territoriales.

Ce travail a permis de mettre en évidence les zones pour lesquelles les indicateurs socio-démographiques et sanitaires sont les plus défavorables, les personnes en situation de précarité étant ciblées

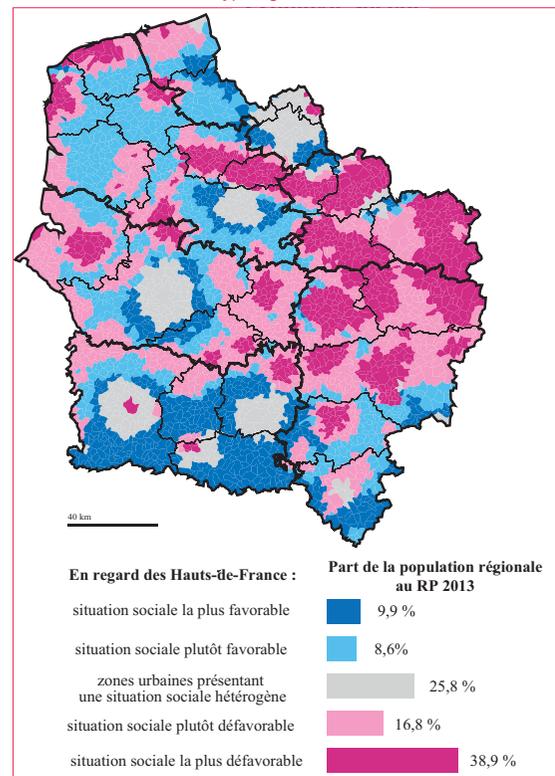
par le Praps, et de cerner les disparités territoriales. Les indicateurs sanitaires présentés ont permis de mesurer combien le lien entre la situation sociale et l'état de santé de la population est étroit.

Un document de synthèse ainsi que la liste des communes composant chacune des classes ont été fournis aux chargés de projet au sein de l'ARS.

Quelques indicateurs sociaux* pour la classe dont la situation sociale est la plus défavorable



Typologie sociale



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP

Bilan gériatrique

Suite à un appel d'offre lancé au cours de l'été 2017 par l'ARS des Hauts-de-France, l'OR2S s'est vu confier la réalisation du bilan gériatrique de la région.

Dans le cadre du suivi de la politique régionale de santé menée auprès des personnes âgées des différents plans qui l'accompagnent (plan Alzheimer 2008-2012, plan maladies neurodégénératives 2014-2019), l'ARS publie chaque année un rapport concernant les services de gériatrie des établissements sanitaires de la région. L'objectif du bilan gériatrique régional est de valoriser, sur la base d'un document produit annuellement, les données collectées en 2017 auprès des services de gériatrie dans les établissements sanitaires des Hauts-de-France. Ce bilan contribue à l'amélioration des connaissances des enjeux concernant la gériatrie dans les Hauts-de-France et au suivi des politiques publiques mises en place.

Les données sont recueillies directement par l'ARS auprès de la centaine de services de gériatrie des établissements sanitaires de la région. Elles ont été mises à disposition de l'OR2S sous différentes formes de fichiers (Excel, PDF...).

La mission confiée consiste à récupérer les données, à les mettre dans une forme exploitable et à produire les tableaux et graphiques définis dans le document traitant des données 2015 (enquête 2016). Il s'agit donc d'un travail de gestion de base de données et de rendu statistique.

Afin de mener à bien la rédaction du rapport de restitution des résultats, certaines tâches ont été réalisées. Tout d'abord, un contrôle qualité des données

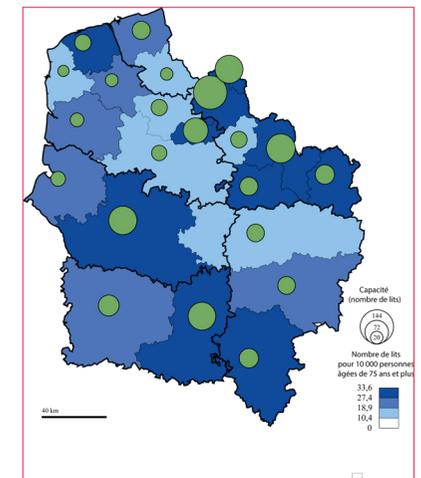
a été opéré (exhaustivité, détection d'anomalies et d'incohérences, etc.). Les fichiers de données ont été mis en forme (format Excel) afin de pouvoir disposer des tableaux et graphiques indépendamment du rapport écrit. Les indicateurs clés ont été systématiquement traités par département, territoire de démocratie sanitaire et quand la nature des données le permet par territoire de proximité.

Du fait de l'éparpillement des fichiers et de la volonté de reconduire annuellement cette enquête, l'OR2S a proposé une automatisation de la collecte de données.

Le rapport s'articule en deux grandes parties. La première partie traite plus particulièrement de la description des filières gériatriques telles que définies par la circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 et loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015. Plus précisément, l'analyse porte sur les données des secteurs suivants : courts séjours, équipes mobiles, hôpitaux de jour, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée et psycho-gériatrie en Ehpad. La seconde partie s'attache à donner des éléments permettant de suivre le développement de certaines mesures mises en place dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, à savoir : les consultations mémoire, les unités d'hébergement renforcées, les unités cognitivo-comportementales, le bilan de la mise en œuvre de certaines mesures médico-sociales (plateformes d'accompagnement et de répit, formation des aidants, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie..)

Le rapport et les tableaux récapitulatifs seront finalisés en avril 2018. La prochaine enquête (activité 2017) sera lancée en mai 2018. Les données relatives à la filière gériatrique seront alors collectées par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne¹.

Nombre de lits CSG installés en 2016 et taux d'équipement par territoire



Source : ARS - DST 2017, RP2014 Insee - Traitement OR2S

¹ cf. p. 88 pour en savoir plus sur les questionnaires en ligne.

Programmes en éducation thérapeutique du patient

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

L'étude réalisée par l'OR2S porte sur trois axes. Dans un premier temps, les dossiers ETP obésité autorisés par l'ARS ont été consultés en août 2016. L'analyse a été réalisée sur les niveaux de formation ainsi que sur les formations suivies par les professionnels des équipes ETP obésité. Parallèlement, les facultés de médecine et de pharmacie, ainsi que les Ifsi ont été contactés pour connaître la place et le volume horaire des formations ETP dispensées aux étudiants de la région.

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

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

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

Chaque territoire de santé est représenté¹. La mixité des structures apporte également la richesse des regards sur la pratique de l'éducation thérapeutique du patient : pôle de prévention et d'éducation du patient, maison médicale, service hospitalier, réseau.

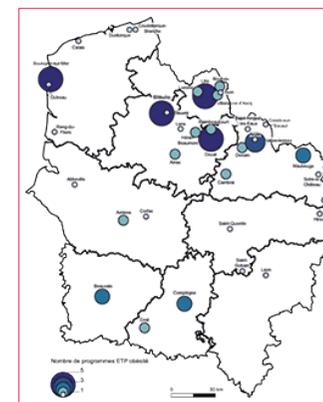
Un courrier a été envoyé aux coordonnateurs fin novembre 2016 pour des rendez-vous échelonnés entre le 20 décembre 2016 et le 3 mars 2017, qui ont donné lieu à un total de 17 heures d'entretiens. Le rapport a été remis à l'ARS Hauts-de-France en avril 2017, puis modifié suite à la relecture du référent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

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

Le rapport



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



Source : dossiers ARS, exploitation OR2S

Patients complexes

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

Le décret qui fixe les fonctions d'appui aux professionnels indique que les plateformes d'appui à la coordination des parcours de santé complexes - « lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux¹ » - comprennent trois types de mission :

- information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales ;
- appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient ;
- soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination².

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

Cette étude répond à un double objectif. D'une part, elle vise à dresser un panorama de la pratique actuelle des médecins vis-à-vis de la prise en charge des patients complexes afin de relever les habitudes et les difficultés. D'autre part, elle cherche à mieux connaître et mettre en valeur les initiatives développées par les professionnels pour un meilleur accompagnement des patients. De plus, l'étude cherche à mettre en relief les contours opérationnels que pourraient prendre les plateformes au sein de la nouvelle région.

Pour ce faire, un partenariat a été noué avec l'Union régionale des professionnels de santé - Médecins libéraux, en vue de partager les réflexions concernant les cas complexes ainsi que les réseaux territoriaux.

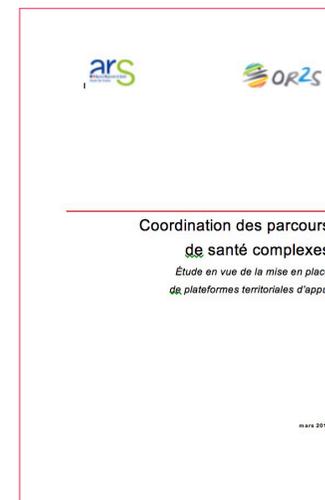
Des entretiens semi-directifs sont en cours de réalisation auprès de médecins généralistes libéraux. Leur objectif était d'en réaliser une trentaine (saturation estimée), incluant les profils suivants : homme ou femme, exercice en milieu rural, périurbain ou urbain, seul ou en groupe, et selon une répartition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

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

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

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

Le rapport



Accès aux soins de premier recours

À la demande de l'ARS des Hauts-de-France, une analyse de l'accès aux professionnels de santé de premier recours a débuté en 2016 et a abouti en 2017 à la production d'une plaquette de huit pages. Ce travail porte plus spécifiquement sur les accessibilités géographique et temporelle.

Les sources de données utilisées pour l'analyse de l'offre de soin sont, selon les professionnels de santé, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et le système d'information Adeli. Quatre professionnels de santé ayant une activité libérale ou mixte sont concernés par ce projet :

- les médecins généralistes ;
- les infirmier(ère)s ;
- les masseurs-kinésithérapeutes ;
- les chirurgiens-dentistes.

Les analyses sont menées au niveau communal, en considérant deux types d'indicateurs : la densité et le temps d'accès théorique.

La densité intègre le fait que le recours aux différents professionnels de santé varie suivant les caractéristiques démographiques du patient¹. De plus, calculer une densité « classique » au niveau communal n'a pas de sens dans la mesure où la majorité ne dispose pas de professionnels de santé. Aussi, les indicateurs de densité sont issus d'un lissage géographique. L'information disponible dans le voisinage de chacune des communes est ainsi prise en compte. Pour les médecins généralistes, les temps d'accès théoriques aux deuxième et troisième professionnels de santé les plus proches ont également été pris en considération.

¹ Données de consommations (actes moyens par habitant) de la population des Hauts-de-France relevées par âge et par genre.

La plaquette



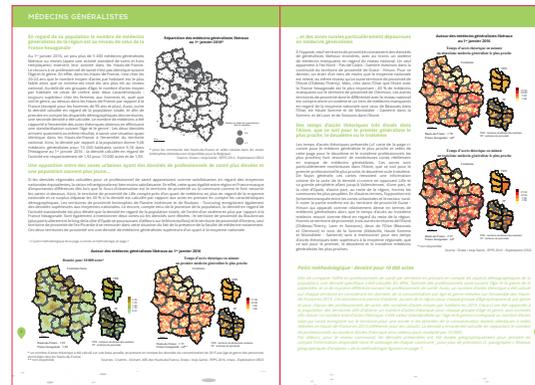
Conseil local de santé mentale à Amiens

Une étude de faisabilité sur la création d'un conseil local de santé mentale pour la ville est en train d'être menée, notamment à l'attention du service santé de la ville d'Amiens.

Initiés dès le début des années deux mille, les conseils locaux de santé mentale ont été confirmés par les lois portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (2009) et de modernisation de notre système de santé (2016). Il s'inclut désormais dans le projet territorial de santé mentale comme partie prenante de la démocratie sanitaire.

L'étude doit déterminer s'il existe des conditions favorables à la création d'une dynamique territoriale pour promouvoir la santé mentale et pour favoriser la participation des professionnels, des bénévoles, des patients, aidants et usagers et, d'une manière générale, la société civile au pilotage de la démarche amenant à la CLSM.

Elle se déroulera par entretiens individuels ou collectifs auprès d'une trentaine de personnes, recrutées sur la base de leur profession ou de leur expertise. Il s'agira d'explorer le bien-fondé de la création d'un CLSM, tant dans ses dimensions territoriales (ville, agglomération...) que pour les services rendus. La grille d'entretien s'attachera à mettre en exergue les représentations liées à la santé mentale et à la psychiatrie, et à relever les besoins et attentes tels que vus par les acteurs rencontrés. Les dimensions de prévention, d'accès aux soins, de parcours de soins, mais aussi d'inclusion sociale : accès à l'emploi, au logement, aux loisirs, à la culture... seront particulièrement investiguées, tout comme la gouvernance du CLSM et les questions relatives au partage de l'information et à la posture éthique.



Atlas santé travail

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

L'atlas régional intitulé *La santé au travail 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 et l'OR2S en ont rédigé chacun une partie. L'actualisation 2016 de cet atlas est la première déclinée dans les Hauts-de-France, fusionnant les informations relatives aux deux ex-régions Picardie et Nord - Pas-de-Calais.

L'objectif de l'atlas est de mobiliser les connaissances en lien avec la santé et la sécurité au travail pour mieux connaître et mieux agir sur la prévention des risques professionnels. Il répond aux enjeux régionaux en matière de santé au travail. Ce document présente des indicateurs socio-économiques, des indicateurs de sinistralité des accidents du travail et des maladies professionnelles sur la région et les zones d'emploi. Des zooms sur les zones d'emploi complètent ce document.

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

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

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

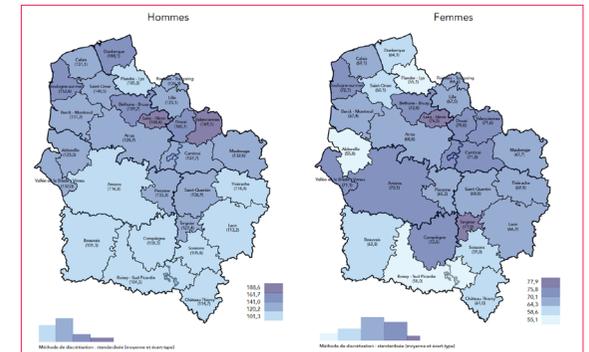
L'atlas santé travail a été diffusé en mai 2017.

¹ devenue en 2010 la Direccte.

L'Atlas santé travail



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



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

Sources : Inserm CépiDc, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

GeDiDoT

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

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

GeDiDoT s'articule autour de trois modules de travail :

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

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

Au cours de l'année 2017, une charte de coopération a été signée par les différents opérateurs de GeDiDoT afin d'encadrer le processus de mise à disposition des données et de calcul des indicateurs. Une organisation des indicateurs en chapitres a été réalisée et un calendrier de remise des fiches thématiques établi jusqu'à la fin du projet. L'Iweps a pris en charge le *design* du site internet dédié à la base de données tandis que l'OR2S a écrit l'ensemble des programmes permettant l'affichage des données sous forme de tableaux et graphiques et la conception des cartes. Il a aussi conçu un web service permettant l'importation facilitée des données entre les opérateurs concernés. L'infocentre santé est ainsi en cours de conception, sans attendre la fin du projet. Une étude de faisabilité auprès des institutions et des utilisateurs potentiels sera engagée dès 2019 afin de mesurer l'intérêt d'un tel outil et de trouver les leviers nécessaires à son développement.

S'agissant des profils locaux de santé entre les communes belges et les EPCI français, des entretiens sous forme de *focus groups* ont été réalisés au cours de l'année 2017 sur des zones pilotes : en Hauts-de-France, Hirson (Aisne), Quiévrechain, Lille et Roubaix (Nord). L'OR2S a proposé que dix profils locaux soient établis le long de la frontière Hauts-de-France - Province de Hainaut. Les profils locaux auront une trame commune et les opérateurs pourront ajouter les éléments nécessaires pour répondre aux attentes et besoins repérés.

Du point de vue de la communication, le projet a été présenté lors du colloque Adelf-SFSP qui s'est tenu début octobre 2017 à Amiens puis lors du forum de l'Observatoire Franco-belge de la santé au Moulin de la Hunelle en Belgique à la mi-octobre.



GeDiDoT - BeVeGG

Mon métier demain

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

Son objectif final est de proposer aux organismes de l'orientation professionnelle recevant un public NEET¹, une formation permettant d'inciter les jeunes à ne pas choisir des filières de formation en fonction de la représentation par sexe qu'ils en ont.

Pour réaliser cet objectif, un diagnostic a été déployé sur la période 2016-2017 et deux formations genrées ont été ciblées pour recueillir les données nécessaires. Il s'agit de la formation d'auxiliaire de vie sociale refondée récemment en diplôme d'état d'accompagnant éducatif et social (DEAES) et du brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS) ayant la spécialité « activités physiques pour tous » (APT).

Le diagnostic se divise en deux axes. Un recueil de données quantitatives à l'aide d'un questionnaire transmis aux organismes des deux formations concernées et des données qualitatives qui ont été récoltées par le biais de *focus groups*². Deux entretiens auprès d'apprenants ont été réalisés et espacés de plusieurs semaines, un entretien collectif a mobilisé des professionnels des deux formations puis trois groupes de travail constitués d'apprenants et spécifiques à la communication et à la formation ont clôturé le diagnostic.

Les résultats issus de ces différents types de recueils ont permis de créer le dispositif de formation à orientation non influencée par les stéréotypes liés aux genres, ainsi que de proposer

la co-construction d'un plan de communication avec des dispositifs tels que des vidéos, *flyers* et pages internet et grâce à l'accompagnement de la société Flow.

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

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

La partie qualitative de l'étude a été initiée conjointement aux questionnaires. Ainsi, 184 apprenants ont été interrogés lors de trente-neuf *focus groups* (quatre groupes d'apprenants BPJEPS « APT », quinze groupes DEAES réalisés entre le 24 novembre 2016 et le 26 septembre 2017.

Par ailleurs, un entretien d'un peu plus de deux heures, avec des professionnels des organismes de formation, a eu lieu en avril 2017.

Les entretiens ont été dirigés par deux chargées de mission de l'OR2S, pour un total de cinquante-cinq heures d'échange. Les retranscriptions ont démarré en décembre 2016. Ces entretiens ont été analysés au cours de l'année 2017.

D'autres travaux intermédiaires sur les données issues des questionnaires, puis sur les principaux résultats obtenus lors des entretiens collectifs avec les apprenants et celui avec les professionnels ont permis l'élaboration des dispositifs de communication et de formation.

Le tournage des vidéos par la société Flow a eu lieu en janvier et février 2018 et sera présenté en mars 2018 à l'occasion d'une avant première.

Le rapport final de l'étude, rendu à la fin février 2018 expose en quoi la représentation genrée influence le choix de ces filières et quels sont les moyens de l'éviter en formulant des recommandations. Afin d'évaluer l'enquête, des questionnaires de satisfaction ont été proposés aux parties prenantes. À la fin 2017, 30 questionnaires ont été récoltés.

L'enquête s'achèvera lors de la dernière quinzaine de mars 2018 par trois sessions de deux jours de formation proposées aux acteurs de l'orientation et de la formation professionnelle. Il sera proposé aux participants d'évaluer le contenu de cette formation.

¹ not in education, employment or training.

² cf. p. 90 pour plus de précision.

NORMANDIE

Accompagnement des politiques publiques

D'un point de vue technique et plus largement sur différents aspects de son animation de la politique régionale de santé, l'OR2S a notamment, en 2017, renforcé son accompagnement du pôle études, statistiques et aide à la décision de l'ARS Normandie.

Comme depuis 2014, l'OR2S a été associé en 2017 à différents comités de pilotage, groupes de travail et journées thématiques animés et organisés par l'ARS : groupe de travail « suicides » et « épidémiologie en santé sexuelle », comités de pilotage « santé des jeunes », « suicides » et « PNNS normand », journées « santé des détenus » et « vie affective et sexuelle des personnes âgées et des personnes en situation de handicap »¹ qui se sont respectivement tenus les 6 mars, 30 mars, 26 avril, 19 mai, 13 juin, 14 novembre et 25 novembre.

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

L'OR2S et le pôle études, statistiques et aide à la décision (Esad) de l'ARS ont intensifié leur relation en 2017. Elle s'est matérialisée notamment au travers des échanges d'informations, des discussions autour de certaines méthodes de travail (sources disponibles, projections de population, représentations cartographiques, zonages géographiques, indicateurs synthétiques) ou encore *via* la participation commune à l'activité de la *Plateforme d'observation sanitaire et sociale* Normandie études et observation (cf. p. 82). La fourniture de don-

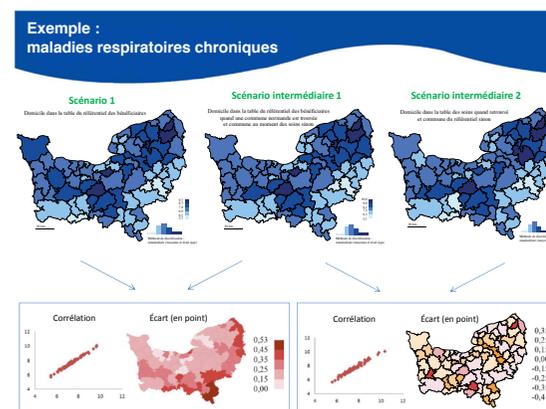
nées et d'indicateurs socio-sanitaires territorialisés par l'OR2S est également une des composantes de cette relation. Effective courant 2016, elle se poursuit dans le cadre du suivi du PRS2. Fin 2017, l'OR2S a ainsi fourni au pôle études, statistiques et aide à la décision un accès à un outil informatique (base Agit, cf. p. 86) permettant d'obtenir des indicateurs caractérisant la situation socio-sanitaire de la région à différents échelons géographiques en simultané (EPCI, territoires de proximité, territoires de santé, départements, régions et France hexagonale...), ceux-ci étant également déclinés par genre, âge et période. L'OR2S a également apporté un appui au pôle Esad dans la production d'indicateurs territorialisés demandés par l'Anap dans le cadre du projet de territorialisation en santé mentale. Des échanges sur certaines sources de données (RPPS, données des Caf ou issues des certificats de décès, EDI, APL) entretiennent aussi ces relations, tout comme les données du SNDS dont les accès ont été ouverts dès cette année à la fois pour l'OR2S et l'ARS. Sur ces données, l'ARS et l'OR2S souhaitent développer une expertise commune en partenariat avec la Cire et les services de l'assurance maladie. Enfin, l'OR2S a accompagné certains réseaux de prévention locaux de santé (RLPS) dans la fourniture d'indicateurs socio-sanitaires permettant une contextualisation des territoires sur lesquels ils interviennent.

Par ailleurs, la plateforme de partage de fichiers, mise en place par l'OR2S à la demande de l'ARS fin 2014, a été adaptée à une mise à jour de la procédure d'appel à projet 2018 établie par le pôle PPS de l'ARS. Cette plateforme a pour objectif de faciliter les échanges entre les différents acteurs des

projets de prévention et de promotion de la santé gérés par l'ARS. Accessible par internet, elle permet aux promoteurs de projets de déposer les fichiers constituant leur dossier de demande de financement, avec un accès sécurisé.

Par rapport à l'année précédente, les textes des pages d'accueil et de dépôt des fichiers ont été actualisés pour mettre en évidence les nouveaux documents nécessaires à l'appel à projet. Le téléchargement d'un justificatif de dépôt listant les fichiers déposés sur le site a été mis en place. Les guides d'utilisation ont été mis à jour et complétés et plus de cent comptes ont été créés ou modifiés (création et modification d'identifiant et de mot de passe, changement de droits d'accès). Au total, plus de 600 comptes ont été créés depuis 2014 ; la plateforme a permis aux porteurs de projets de déposer plus de 400 dossiers de candidatures en 2017.

¹ Cette journée a fait l'objet d'une restitution dans la fiche santé sexuelle (cf. p. 73).



La santé des personnes détenues

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

L'enquête sur la santé des détenus a pour objectif de disposer d'une photographie de l'état de santé et de la situation sociale des personnes entrant en détention, afin d'adapter au mieux la prise en charge sanitaire des détenus. L'OR2S s'appuie sur l'enquête mise en place dans l'ancienne région Picardie¹ depuis 2010 et qui est reconnue au niveau national par le ministère de la Justice.

Le recueil de données se fait *via* deux questionnaires (somatique et psychiatrique) remplis pour chaque nouvelle personne entrant en détention lors de la visite médicale obligatoire suivant l'incarcération. Le personnel médical de l'unité sanitaire somatique et psychiatrique saisit les données depuis une application informatique disponible sur un serveur sécurisé mis à disposition par l'OR2S ou directement *via* le système d'information propre aux centres hospitaliers dont dépendent les unités sanitaires.

Un Copil a été mis en place par l'ARS et l'OR2S. Il est constitué de représentants des médecins et des cadres de santé des unités sanitaires somatique et psychiatrique, de la Disp de Rennes², de ORS-Creai Normandie et de la Cire Normandie. La première réunion de ce Copil s'est tenue en février 2017. L'objectif était de rappeler le rôle du Copil et son fonctionnement, et de valider le protocole et le questionnaire.

Les questionnaires traitent de la situation socio-économique (situation pénale, situation matrimoniale, situation familiale, domicile avant l'incarcération, situation professionnelle...) et des addictions (consommations de tabac, d'alcool et de stupéfiants). Le questionnaire somatique aborde spécifiquement des informations qui ont trait aux antécédents médicaux (pathologies somatiques chroniques du détenu et de sa famille proche, consultation d'un médecin...) et psychiatriques (pathologies psychiatriques connues, tentatives de suicide) ; aux dépistages réalisés avant l'incarcération (hépatites, VIH...) ; aux vaccinations antérieures à l'incarcération (DTP, ROR...) ; à l'état de santé actuel du détenu (poids, taille, tension artérielle, traitement en cours, état bucco-dentaire...) ; aux prescriptions et dépistages réalisés à l'entrée (prescription de consultation médicale, biologie prescrite...). Le questionnaire psychiatrique aborde plus précisément les antécédents psychiatriques connus, l'histoire familiale, les antécédents psychiatriques familiaux, l'état psychique général du détenu et les prescriptions à l'entrée. Ce dernier a été stabilisé fin 2017 et doit être validé lors de la prochaine réunion du Copil qui se tiendra au printemps 2018.

Une rencontre avec chacun des dix établissements pénitentiaires a eu lieu au cours de l'année dans le but de mieux connaître l'organisation et les spécificités de chacun et d'identifier les freins et les leviers possibles pour démarrer cette enquête. Ces visites ont également été l'occasion de discuter et adapter le questionnaire de l'enquête avec l'ensemble des équipes des unités sanitaires. Au total, treize rencontres avec les unités sanitaires ont eu lieu sur l'ensemble de la Normandie. Sur le volet somatique, trois établissements ont démarré l'enquête en uti-

lisant l'outil de recueil de données proposées par l'OR2S et au 31 décembre 2017, 109 questionnaires étaient renseignés pour ces unités sanitaires. Pour deux établissements, une démarche d'adaptation de leur propre système d'information pour le recueil des données a été entreprise en lien avec le Dim et le service informatique des centres hospitaliers concernés. Les cinq autres unités ont manifesté leur intérêt et leur souhait pour participer mais pour des raisons de matériel informatique ou de ressources humaines, le recueil de données n'était pas encore effectif en fin d'année 2017. Des contacts sont maintenus afin d'envisager le recueil dans ces établissements courant 2018.

Une deuxième réunion du Copil se tiendra au 1^{er} semestre 2018 associée à une journée dédiée aux unités sanitaires organisée par l'ARS.

Page de saisie du questionnaire en ligne

The screenshot shows a web browser window displaying an online questionnaire form. The form is titled 'QUESTIONNAIRE SOMATIQUE' and is divided into several sections: 'VOLET ADMINISTRATIF', 'SITUATION FAMILIALE', and 'VOLET SOCIAL'. The 'VOLET ADMINISTRATIF' section includes fields for 'Date de jour', 'Type d'établissement', 'Année d'entrée en détention', 'Communication possible', 'Date de naissance de l'offense', 'Sexe de l'offense', 'Nationalité de l'offense', 'Région d'origine', 'Niveau d'étude', 'Stat. lib.', 'Stat. écon.', and 'Motif de consultation externe'. The 'SITUATION FAMILIALE' section includes 'Date d'entrée dans l'établissement', 'Première ou participation', and 'Détenu avec suite à son libération?'. The 'VOLET SOCIAL' section includes 'Situation professionnelle actuelle', 'Cohabitation', 'Prendre soin matériel', 'Précéd. consommation', 'Droits de vote', and 'Enfants'. The form is displayed in a table-like structure with various input fields and dropdown menus.

¹ cf. p. 53 pour plus de précision.

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

Santé au travail : le dispositif Evrest

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

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

Le niveau national est structuré autour d'un Groupement d'intérêt scientifique (Gis) et s'appuie sur une « Équipe projet nationale Evrest » chargée de la mise en œuvre du dispositif et de son évolution. Au niveau national, des référents régionaux, médecins ou infirmiers, ont pour missions princi-

pales de promouvoir le projet, d'animer le réseau régional et de structurer les possibilités d'exploitations régionales d'Evrest. Ainsi, dans le cadre de conventions pérennes co-signées annuellement par le CHU de Rouen et le Gis Evrest national, l'OR2S est chargé de l'analyse et la valorisation des données recueillies en région, ainsi que l'accompagnement des médecins du travail dans le traitement et l'exploitation de leurs données.

À l'initiative et sous le pilotage du CHU de Rouen, un comité de pilotage régional a été mis en place en 2014 en Haute-Normandie. Suite à la réforme territoriale instituant la nouvelle délimitation des régions et à la volonté de travailler en collaboration avec les responsables du réseau Evrest bas-normand, le comité de pilotage a été étendu à la Normandie. Il se compose notamment de médecins et d'infirmier(ère)s de santé au travail, de l'agence régionale de santé (ARS), de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte).

Le fruit de cette collaboration a abouti, notamment, à la constitution d'un échantillon de données normand en 2016, rassemblant les données des deux ex-régions pour les exploitations futures. Les premières analyses normandes ont fait l'objet de la première lettre d'information Evrest de 2017 (publiée en mars). Elle promeut le partenariat des deux ex-régions et valorise les données normandes sous le nom, désormais, de « La lettre Evrest en Normandie ». La lettre suivante (publiée en avril) porte sur les éventuelles différences entre les réponses des salariés selon que l'entretien santé travail ait été conduit par le médecin ou l'infirmier(ère).

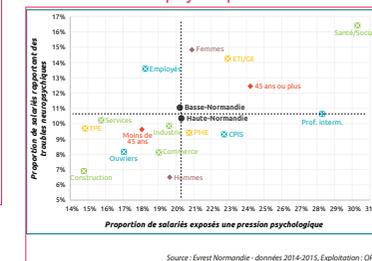
Par ailleurs, le rapport régional normand, après relecture par le comité de pilotage normand, a été publié en décembre 2017. Il porte sur les données recueillies au cours des années 2014 à 2016 durant lesquelles près de 2 500 questionnaires ont été collectés en Normandie et présente les principaux résultats et leurs croisements (genre, âge, secteur d'activité, PCS). En outre, une analyse spécifique donnera lieu à la production d'une plaquette à destination des entreprises et d'une affiche à destination des salariés au 1^{er} trimestre 2018. Enfin, la prochaine lettre Evrest en Normandie, en cours de finalisation, est consacrée au rapprochement des données Evrest aux données de maladies professionnelles de la Carsat.

Parallèlement, le soutien méthodologique aux médecins du travail se poursuit. L'OR2S a ainsi été sollicité dans le cadre de deux nouveaux « Evrest entreprises », l'un dans une usine de fabrication de produits de consommation courante en matières plastiques et l'autre, au sein d'un service hospitalier. Un prochain « Evrest entreprise » dans une société de télécommunication est d'ores et déjà engagé.

Rapport régional 2017



Pression psychologique et troubles neuropsychiques en Normandie



Valorisation des données de santé au travail

Dans le cadre de l'élaboration du plan régional santé au travail (PRST) 2016-2020 en Normandie, du suivi de ce dernier et de la mise en place de sa politique régionale d'agrément des services de santé au travail, la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) de Normandie a confié à l'OR2S la réalisation du diagnostic de santé au travail, partie intégrante du PRST normand et la valorisation des données des services de santé au travail.

La Direccte de Normandie est chargée de décliner en région le plan santé au travail 2016-2020. À l'instar du plan national, le plan régional repose sur une concertation étroite tant avec les partenaires sociaux qu'avec les acteurs institutionnels de la prévention de la santé au travail. Les actions du PRST normand s'appuient préalablement sur un diagnostic de la santé au travail en Normandie. Dans le cadre d'une convention sur l'exercice 2016-2017, l'OR2S s'est vu confier la réalisation de ce diagnostic.

Réalisé en collaboration avec le service statistique de la Direccte, le diagnostic santé au travail s'articule autour de trois parties : la première dresse le portrait socio-économique et démographique de la Normandie, la deuxième exploite des données relatives à la santé publique et présente l'état de santé de la population normande et la troisième porte sur la santé au travail des salariés normands, en s'appuyant sur les données de sinistralité (accidentologie, maladies professionnelles...) de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et de la mutualité sociale agricole (MSA). Le diagnostic a été présenté le 4 avril 2017, lors de la réunion d'installation officielle du comité régional d'orientation des conditions de travail (Croct) normand en préfecture de région.

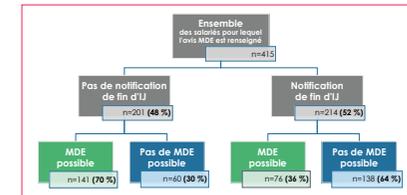
Dans le cadre de suivi du PRST, l'OR2S est convié au groupe permanent régional d'orientation des conditions de travail (GPRO), instance du Croct resserrée autour de la Direccte, qui en assure la présidence pour le compte du préfet, des partenaires sociaux et de la Carsat. Outre le suivi du PRST, l'objectif de ce groupe est de renforcer l'implication des partenaires sociaux dans l'orientation des politiques régionales en matière de santé, de sécurité au travail et de conditions de travail et de dynamiser le dialogue social en ces domaines. La première réunion d'installation du GPRO s'est tenue en mai 2017.

D'autre part, la Direccte de Normandie est chargée d'accorder un agrément à chaque service de santé au travail qui fixe le cadre dans lequel le service de santé au travail est autorisé à intervenir pour mener ses missions. Elle doit ainsi mettre en place une politique régionale d'agrément dont l'objectif est d'assurer une couverture équilibrée du territoire normand et qui est présentée, pour avis, aux membres du GPRO. Pour l'appuyer dans cette mission, la Direccte a confié à l'OR2S, dans le cadre d'une convention sur l'exercice 2017-2018 :

- la réalisation d'une cartographie numérique et active de l'ensemble des services de santé au travail (interentreprises et autonomes) qui permette aux usagers, aux préventeurs et aux agents de la Direccte, de visualiser la répartition territoriale et d'obtenir une fiche d'identité des différents services ;
- la réalisation d'une plaquette de synthèse présentant l'activité des services de santé interentreprises de Normandie élaborée à partir des données des rapports annuels des médecins du travail et des rapports administratifs et financiers. En cours de finalisation, cette plaquette sera publiée au 1^{er} semestre 2018.

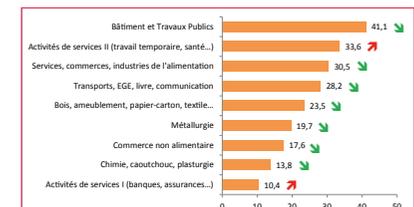
Par ailleurs, dans le cadre du PRST et faisant suite à une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) reçue en région, la Direccte intervient sur la question du maintien dans l'emploi. À cet effet, la convention entre la Direccte et l'OR2S inclut également une analyse de données spécifiques fournies par les services de santé au travail portant sur les visites de pré-reprise demandées par les médecins-conseils de l'assurance maladie et réalisées par les médecins du travail. Ce travail vise notamment à identifier les facteurs favorables ou défavorables au maintien dans l'emploi. Il a été finalisé en octobre 2017 et présenté lors de la journée de la Société française de médecine et de santé au travail de Normandie.

Possibilité d'un maintien dans l'emploi (MDE) selon qu'il y ait ou non une notification de fin d'indemnités journalières (IJ)



Source : Direccte de Normandie, exploitation OR2S

Répartition des maladies professionnelles reconnues et indemnisées par pathologies en Normandie entre 2005 et 2015 chez les salariés du régime général (extrait du PRST3)



Source : Carsat Normandie, exploitation OR2S

EnJEU Santé

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

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

En Normandie, l'enquête concerne les élèves au cours de leur douzième année et scolarisés dans les établissements publics des académies de Rouen et de Caen. Une partie de l'enquête est renseignée par les infirmières scolaires lors du dépistage obligatoire de la douzième année de l'élève et l'autre partie est renseignée directement par l'élève. La saisie est prévue via un questionnaire informatisé. Une fiche intégrant l'ensemble des données saisies peut être enregistrée en format PDF et imprimée sur papier. Les résultats seront disponibles par établissement scolaire et mis en parallèle avec d'autres niveaux territoriaux (Bef, département, région, etc.).

Dans le questionnaire infirmier, les infirmières scolaires notent leurs observations suite aux différents examens qu'ils(elles) ont effectués lors de la visite obligatoire (poids, taille, tour de taille, état dentaire,

audiogramme, vision, vaccinations qui figurent sur le carnet de santé). Ils(elles) interrogent également les élèves sur leur éventuelle prise en charge par un professionnel de santé et sur leurs problèmes de santé. Les thématiques abordées dans le questionnaire élève ont trait à la famille (activité professionnelle des parents, composition familiale), aux relations amicales, à la scolarité, à l'hygiène de vie (sommeil, hygiène bucco-dentaire), à l'alimentation et aux pratiques sportives, à l'utilisation des écrans et à internet, aux consommations de cigarettes, d'alcool et de drogue, à la santé mentale (estime de soi, dépressivité, suicide) et aux actions d'éducation à la santé.

Dans le cadre de la mise en place de cette enquête, un Copil constitué de l'ARS, du Rectorat de Rouen, du Rectorat de Caen et de l'OR2S a été mis en place et s'est réuni à trois reprises au premier semestre 2017 pour la préparation des questionnaires et des documents annexes et pour organiser l'information et la formation des infirmières scolaires.

L'enquête a démarré en octobre 2017 dans les établissements scolaires des départements de l'Eure et de la Seine-Maritime. Une intervention présentant la mise en place de l'enquête a eu lieu lors de la réunion départementale des infirmières scolaires de l'Eure en septembre 2017. Une session de formation d'une demi-journée par Bef a été proposée aux infirmières scolaires de la région. Au total, cinq formations ont ainsi été réalisées en Seine-Maritime en octobre et trois dans l'Eure en novembre. En plus de ces formations, un guide à destination des infirmières scolaires et un guide à destination des élèves ont été réalisés. Un support technique (ligne téléphone et adresse électronique)

a été mis en place pour appuyer les infirmières dans la mise en place de cette enquête. En 2017, l'OR2S a répondu à 43 sollicitations concernant l'étude. En date du 31 décembre 2017, près de 900 questionnaires infirmiers ainsi que 600 questionnaires élèves ont été renseignés.

Il est prévu que l'enquête soit déployée au second semestre 2018 sur les départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne.

Page de connexion

Guide utilisateur infirmier

¹ cf. p. 54 pour plus de détails.

Normanut III

La troisième édition de l'enquête *Normanut* a été initiée à l'automne 2015¹ en collaboration avec l'ARS, le CHU de Rouen et le CHU de Caen dans le cadre de la préparation de deux thèses en médecine générale. L'objectif de cette enquête est d'évaluer la prévalence des différents types de troubles nutritionnels au sein d'une population suivie en médecine générale.

Dans un premier temps, l'enquête a été réalisée en 2016 pour les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime. Ce premier travail a donné lieu à la production d'un rapport, d'une présentation affichée aux Journées francophones de nutrition de 2016 et d'un communiqué de presse de l'ARS présentant les principaux résultats issus de cette communication.

Dans un second temps, une extension de l'enquête *Normanut* a été réalisée dans les départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne selon un protocole identique à celui suivi dans l'Eure et la Seine-Maritime. Le service de nutrition du CHU de Caen a été sollicité pour être associé et faire partie du Copil. La phase de recueil de données s'est déroulée en avril 2017. Les médecins généralistes ont été tirés au sort ; ils avaient donné préalablement leur accord pour participer à l'étude. Chaque médecin a proposé le questionnaire à vingt de ses patients vus en consultation au cours d'une semaine donnée.

Les thèmes abordés étaient identiques à ceux de l'enquête réalisée dans l'Eure et la Seine-Maritime avec cependant quelques ajouts ou suppressions de certaines questions suite au retour d'expérience de la première passation du questionnaire en

2016. Les renseignements recueillis étaient d'ordres socio-démographique (genre, âge, statut professionnel et profession) et anthropométrique (poids, taille, tour de taille) ; ils concernaient également les troubles du comportement alimentaire (antécédent et évaluation par le test de Scoff, compulsions alimentaires), la consommation de tabac et d'alcool (Audit-C), l'activité physique et les habitudes alimentaires. Des informations relatives à la consultation médicale sont également renseignées par le médecin (motif de la consultation, diagnostic, besoins du patient en matière de nutrition).

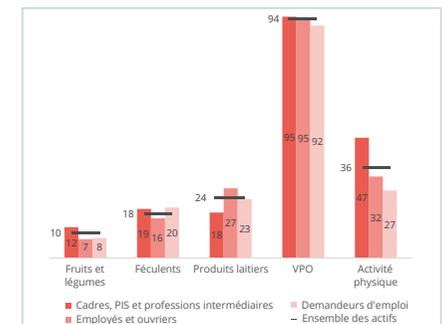
Grâce à la participation de 31 médecins généralistes, un échantillon de 582 patients a pu être constitué pour les départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne. La saisie et l'apurement des données, le redressement de l'échantillon et la préparation à l'analyse se sont déroulés au second semestre 2017. Une analyse des données spécifiques aux départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne sera réalisée début 2018 pour être valorisée par la suite dans le cadre de la thèse de médecine portée par le CHU de Caen.

Les deux bases de données ont ensuite été fusionnées constituant ainsi un échantillon unique de 1 547 patients pour la Normandie. Une analyse des données pour l'ensemble de la région a été effectuée et les résultats de l'enquête pour la Normandie ont été présentés au Copil début janvier 2018. Une plaquette de restitution des résultats sera publiée au premier semestre 2018.

¹ Les deux précédentes enquêtes ont été réalisées en 2001 et en 2009 en ex-Haute-Normandie.



Patients respectant les repères de consommation alimentaire selon la situation socio-professionnelle chez les actifs (en %)



Note de lecture : 100 % correspond à une situation où tous les patients interrogés suivent le repère défini dans l'encadré ci-dessous.

VPO : viande, poisson et œuf
PIS : professions intellectuelles supérieures
Source : enquête *Normanut 3*, exploitation OR2S

Réseau Information Jeunesse

Fin 2017, la DRDJSCS de Normandie a entrepris une démarche de diagnostic en vue de préparer son schéma territorial information jeunesse. Elle a confié à l'OR2S la réalisation d'une enquête auprès des 57 structures de l'information jeunesse de la région.

Inscrit dans le cadre de la loi « Égalité et citoyenneté »¹, le schéma territorial information jeunesse est un outil de planification technique et financière qui, en fixant des objectifs clairs et en prévoyant des moyens dédiés, permet le développement d'une politique publique. Les objectifs visés par le schéma sont les suivants :

- l'amélioration de l'offre d'information en direction des jeunes sur le territoire (à tous les jeunes) ;
- la promotion de l'égalité dans l'accès à l'information (maillage du réseau en évitant les zones blanches) ;
- le développement d'une offre de service de qualité efficiente et accessible par le réseau IJ (importance de l'animation DRDJSCS, DDCS) ;
- la contribution à la montée en compétence des informateurs jeunesse (développer la formation professionnelle) ;
- le développement des partenariats avec les acteurs de l'accueil, information et orientation (AIO) : missions locales, agences pôle-emploi, CIO, chambres consulaires...

Le diagnostic s'appuie sur une concertation entre le Crij, la DRDJSCS, les DDCS et la Région et vise l'amélioration du fonctionnement du réseau information jeunesse dans la région.

Afin de mener à bien ce diagnostic au premier semestre 2018, l'OR2S s'appuiera principale-

ment sur deux sources de données : des données contextuelles issues principalement de l'Insee et l'enquête par questionnaire menée auprès des 57 structures constituant le réseau normand information jeunesse (BIJ, Crij, PIJ). Il est prévu que les structures répondent à un questionnaire en ligne (enrichi et validé par le Copil) courant mars 2018. Le questionnaire aborde les aspects suivants :

- éléments signalétiques (nom de la structure, département, localisation, type de structure, portage institutionnel, périmètre géographique d'action...)
- les partenariats et le réseau au niveau du territoire sur lequel est implantée la structure interrogée ;
- les ressources de la structure (nombre de salariés, nombre d'ETP, répartition par âge des salariés, niveau de formation, formation(s) suivie(s), ancienneté...)
- description des publics accueillis (volume, répartition par type d'accueil, type de demande...)
- les informations délivrées aux publics accueillis et les actions menées (demandes par thématique, nombre de manifestations « hors les murs », services proposés...)
- l'usage du numérique (présence d'un site internet, équipements, usage des réseaux sociaux) ;
- la participation des jeunes au sein de la structure et le Service civique ;
- les constats et besoins identifiés (identification de la structure information jeunesse, besoins non-couverts, demandes émergentes...).

L'ensemble des données ainsi collectées fera l'objet d'une analyse descriptive du réseau IJ et donnera lieu à la production d'une plaquette de résultats dans le courant du premier semestre 2018.

Extrait du questionnaire en ligne

Aspects numériques	
Cette partie concerne les aspects numériques au sein du BIJ/PIJ.	
La structure dispose-t-elle d'un site internet ou d'une page télépage ?	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
Nombre de salariés ayant des compétences sur le numérique (bureautique, internet, réseaux sociaux, etc.) ?	<input type="text"/>
De quels équipements dispose la structure pour mener à bien ses missions ?	
ordinateur	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
visio-conférence	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
tablette	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
webcam	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
logiciel de création audiovisuelle	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
outils collaboratifs	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
téléphone portable	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
Au quotidien, la structure utilise-t-elle ses supports d'informations sous format numérique ?	Jamais <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Toujours <input type="radio"/>
La structure a-t-elle recours aux réseaux sociaux dans le cadre des activités qu'elle mène auprès des jeunes ?	Jamais <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Toujours <input type="radio"/>
En 2017, combien d'événements en ligne (salon numérique, entretien via Skype...) la structure a-t-elle menés ?	
salon numérique	<input type="text"/>
entretien via Skype	<input type="text"/>
boûssée des jeunes/boûssée des droits	<input type="text"/>
autres (type d'événements et nombre d'événements à préciser)	<input type="text"/>
La structure est-elle labellisée « Promoteurs du net » ?	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>

¹ Loi n°2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et la citoyenneté adoptée par le Parlement en décembre 2016 et parue au Journal Officiel du 28 janvier 2017.

Contexte régional socio-sanitaire

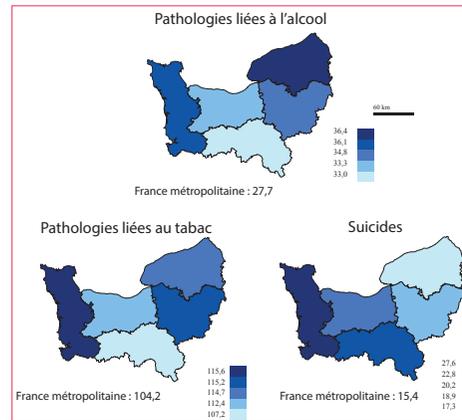
La FHF Normandie a sollicité l'OR2S afin de produire un document synthétisant les caractéristiques socio-sanitaires de la région.

Ce travail contribue à une meilleure connaissance pour la FHF Normandie de l'environnement socio-sanitaire dans laquelle les hôpitaux de la région se situent. Il s'inscrit plus globalement dans un argumentaire préparé au sein de la FHF en vue d'attirer l'attention des élus normands et des ministres de la région sur la situation économique et financière des établissements de santé de la région au regard des besoins de santé de la population.

La rédaction du contexte socio-sanitaire régional repose sur un certain nombre d'indicateurs clés. Déclinés par département, ils couvrent les champs suivants : démographie, situation sociale, offre de soins, mortalité. Ces indicateurs sont comparés aux valeurs de l'Hexagone et de trois autres régions (Grand Est, Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val de Loire) qui affichent globalement des caractéristiques socio-démographiques et socio-sanitaires proches de celles observées en Normandie¹. En effet, ces régions se caractérisent par des proportions d'ouvriers plus élevées qu'au niveau national. Les niveaux de mortalité y sont supérieurs à la valeur hexagonale, de même que la plupart des indicateurs de morbidité (admission et total de personnes en ALD). Ces régions comptent parmi les moins bien dotées de l'Hexagone en termes d'offre de soins de proximité avec des densités de professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes).

Présenté dans un format court (8 p., ce document décrivant le contexte socio-sanitaire a été remis à la FHF Normandie en novembre 2017.

Mortalités liées aux consommations d'alcool et de tabac et par suicide dans la région en 2009-2014



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Couverture de la plaquette



Santé sexuelle

L'ARS de Normandie a sollicité l'OR2S pour réaliser un document présentant les enjeux et problématiques en santé sexuelle propres aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap en institution.

À l'issue du Copil « Épidémiologie et santé sexuelle » animé par le pôle prévention et promotion de la santé (PPS) de l'ARS et en cohérence avec la Stratégie nationale en santé sexuelle 2017-2030, il est ressorti la nécessité de disposer d'un diagnostic en santé sexuelle pour la Normandie dans le but d'améliorer la connaissance sur cette thématique en région, d'appréhender la santé sexuelle dans sa globalité et de repérer les disparités territoriales et priorisation des territoires. Pour alimenter ce diagnostic, l'ARS Normandie a souhaité se concentrer dans un premier temps sur la santé sexuelle des personnes âgées et des personnes en situation de handicap considérées comme populations vulnérables. Dans ce cadre, une plaquette sur la thématique de la santé sexuelle des personnes âgées et des personnes en situation de handicap a été réalisée. Ce document présente, dans une première partie, les enjeux et les problématiques en santé sexuelle propres aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées vivant en institution et les actions et initiatives régionales. Dans une seconde partie, il reprend les points forts de la Journée régionale santé sexuelle organisée par l'ARS et l'IRTS Normandie « La vie affective et sexuelle des personnes âgées et des personnes en situation de handicap » qui s'est tenue à Caen le 23 novembre 2017.

Cette plaquette de restitution des résultats a été publiée en février 2018.

¹ Fnors, La France des régions 2016 - Approche socio-sanitaire, 2016, 36 p.

Santé scolaire

Dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs entre le ministère chargé de la santé et la Fnors, la direction générale de la santé lui a confié un travail sur la santé en milieu scolaire finalisé par des propositions d'actions.

La Fnors a mis en place mi-2017 un groupe de travail composé de l'ORS (Midi-Pyrénées, l'ORS Nouvelle-Aquitaine et l'OR2S). Dans la continuité d'un projet précédent, ce groupe de travail a réalisé un document sur la production d'indicateurs en milieu scolaire par les ORS : *L'état de santé des élèves en France. Apport des ORS sur la production d'indicateurs liés à la santé des élèves.*

Ce document dresse un état des lieux de la santé scolaire en France, des enquêtes réalisées à l'échelle nationale et des travaux réalisés par les ORS, de la mise en place de recueils spécifiques à la valorisation de données issues de dispositifs existants.

La partie concernant l'apport des ORS se base sur le recensement des travaux des ORS qui a été réalisé en 2015. Elle est accompagnée de fiches de synthèse pour chacun des dispositifs. Une enquête complémentaire a été initiée par le groupe afin d'avoir des données les plus récentes et exhaustives possibles, en remontant sur une période d'une décennie.

L'OR2S a pu ainsi valoriser les enquêtes *Jesais* (Picardie), *Indiss* puis *EnJEU Santé* en Normandie. Des discussions ont été menées en parallèle avec la direction générale de la scolarisation (Dgesco) au ministère en charge de l'Éducation nationale. Ces

discussions ont quelque peu réorienté le projet initial et deux axes de travail ont été ainsi développés et proposés aux commanditaires.

Le premier axe s'attacherait à accompagner les membres de la convention cadre de partenariat en santé publique signée en 2016 entre les ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, d'une part, et des Solidarités et de la Santé, d'autre part. Il s'agirait ainsi d'améliorer la connaissance des problématiques de santé des élèves et des étudiants

Cette convention-cadre de partenariat a en effet comme objectifs de mettre en œuvre des modalités de travail pérennes au niveau national et d'accompagner les agences régionales de santé (ARS), les rectorats et les universités pour décliner les actions prioritaires sur leurs territoires. Afin d'atteindre cet objectif, deux leviers sont cités dans la convention : coordonner les travaux d'observation et développer des études et travaux communs pour suivre et évaluer l'état de santé des élèves et des étudiants.

Le groupe de travail propose ainsi que le réseau des ORS, fort de son positionnement en région, de son expertise dans la construction des indicateurs de santé ainsi que par sa connaissance des enjeux locaux et nationaux, de participer aux travaux collectifs sur l'observation de l'état de santé des élèves. La Fnors propose ainsi d'affiner la démarche autour de l'un des trois axes suivants :

- élaborer une fiche-type pour les bilans des enfants de 6 ans ou moins qui serait commune aux services de PMI, aux médecins traitants et aux médecins de l'Éducation nationale, accompagnée d'un guide pratique du bilan médical ;

- établir un guide méthodologique autour d'une liste d'indicateurs de santé pertinents à suivre tout au long d'une scolarité ou d'une période de vie, en différenciant les âges de recueil tout en prenant en compte les besoins nationaux ainsi que les besoins locaux des ARS, des départements et des collectivités ;

- enfin, mener une réflexion sur l'actuel recueil des données de santé des services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (Sumpps/Siumpps), et les intérêts et limites à leur potentielle exploitation au niveau national.

Le second axe porterait sur une réflexion à mener concernant le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du parcours éducatif de santé des élèves.

Inscrit dans la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016, ce parcours éducatif met en exergue la précocité des actions de promotion de la santé en établissement scolaire afin de réduire les inégalités sociales de santé et de favoriser la réussite scolaire.

La question se pose de l'atteinte des objectifs du parcours éducatif, tant à l'intérieur d'un degré d'éducation comme dans la continuité entre les premier et second degrés. Seule la construction d'un véritable système d'information (SI) permettra de piloter les projets et actions à réaliser et de rendre compte du degré d'atteinte des objectifs initiaux.

La Fnors, en lien avec la Dgesco et des représentants des ARS, pourrait piloter un tel travail pour aboutir à la proposition d'un système d'information simple mais robuste, devant permettre, au-delà de quantifier les objectifs atteints, de rendre compte de la qualité du parcours éducatif lui-même.

PÔLE SOCIAL

Données de nature sociale

Les données sociales disponibles à l'OR2S sont issues d'un conventionnement préalable avec des producteurs de données au niveau national, d'un conventionnement avec des acteurs régionaux signataires de la charte des Plateformes sanitaires et sociales, ou sont téléchargeables librement sur les sites internet de différents producteurs de données. Par ailleurs, dans le cadre des Plateformes¹, et grâce à la volonté commune de multiples acteurs, de nombreuses données de nature sociale couvrant des thématiques variées sont partagées.

Des données de nature sociale sont produites par différents organismes pour leurs propres besoins. Outre leur vocation première, ces données permettent d'améliorer la connaissance dans le domaine social de la population aux plans régional et infra-régional.

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

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

Les données proviennent de sources multiples, une même source pouvant alimenter plusieurs thématiques. Selon les données, elles couvrent l'ensemble du pays, permettant ainsi des comparaisons avec le niveau national et les autres régions de France, ou sont uniquement disponibles au niveau de l'une des deux régions, ne permettant pas de comparaisons avec le niveau national (sauf dans certains cas où la valeur nationale est disponible par ailleurs).

Les données actuellement disponibles, proviennent :

- de la Cnaf et de la CCMSA, permettant d'obtenir des indicateurs autour des allocations et prestations sociales, du logement, de l'enfance, des familles et des personnes en situation de handicap ;
- de la Carsat et de la MSA, permettant d'obtenir des indicateurs autour des personnes âgées ;
- des conseils départementaux permettant d'obtenir des indicateurs autour de l'enfance, des familles et des personnes âgées ;
- des Cnam, de la MSA et du RSI, permettant d'obtenir des indicateurs autour de la CMU ;
- de la DGFIP, permettant d'obtenir des indicateurs autour des revenus ;
- de Pôle emploi/Dares fournies par la Direccte, permettant d'obtenir des indicateurs autour du chômage ;
- de la Dreal, permettant d'obtenir des indicateurs autour du logement ;
- du ministère de la Défense et du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, permettant d'obtenir des indicateurs autour de l'éducation à partir de la Journée défense et citoyenneté ;

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

À leur réception, les données sont validées, puis intégrées à l'outil de calcul² qui est développé au sein de L'OR2S. Des formules permettant le calcul d'indicateurs sont ensuite mises en place.

Certains indicateurs sont accessibles, à différents échelons géographiques, aux membres des *Plateformes sanitaires et sociales*, via un login et un mot de passe sur le site internet dans la partie dédiée aux indicateurs, la *Base territorialisée des indicateurs*³.

Le nouveau périmètre régional nécessite de revoir les conventions passées avec les acteurs régionaux et de créer des partenariats avec de nouveaux interlocuteurs.

Outre les travaux réalisés dans le cadre des *Plateformes*, ces données permettent d'alimenter la base SCORE-Santé⁴, ainsi que différentes productions et communications orales.

¹ cf. page suivante, pour plus de détail concernant la Plateforme sanitaire et sociale dans les Hauts-de-France et en p. 82 pour Normandie Études et observation.

² cf. p. 85, Développement informatique - Outil de calcul.

³ cf. p. 81, Base territorialisée des indicateurs.

⁴ cf. p. 74, pour plus de précision.

Plateforme Hauts-de-France

L'année 2017 a été consacrée à la préfiguration de la Plateforme sanitaire et sociale des Hauts-de-France. L'OR2S et l'ex-Cresge, animateur de la plateforme sociale Nord – Pas-de-Calais, se sont associés pour la mener à bien.

La préfiguration de la *Plateforme sanitaire et sociale* des Hauts-de-France a été consacrée en 2017 à la rencontre avec les partenaires potentiels et à la conception de ses premiers outils.

Au premier semestre, l'OR2S et Anthropolab de l'université catholique de Lille ont rencontré les partenaires régionaux présents dans les deux anciennes plateformes ainsi que les départements du Nord et du Pas-de-Calais ; les départements de l'ex-Picardie le furent au cours du second semestre. Que ce soient les services décentralisés de l'État et les établissements publics, ceux de l'assurance maladie et la protection sociale ou les collectivités locales et le Ceser, tous les acteurs rencontrés ont montré leur grand intérêt de pouvoir s'associer à la *Plateforme* pour en faire un espace d'échange de données, de réflexion autour des pratiques et de mutualisation des informations. L'Insee a souhaité, de son côté, que l'OR2S et la *Plateforme* puissent s'associer aux travaux de Piver, plateforme d'information et de valorisation des études dans la région.

Parallèlement à ces rencontres, une première version de la charte constitutive de la plateforme a été rédigée sur la base des textes des deux anciennes plateformes. Cette charte d'engagement retrace les missions de la plateforme, en dresse les perspectives et en régule la gouvernance autour de deux instances : le comité de pilotage (Copil) et le Groupe projet. Le premier rassemble les présidents et direc-

teurs régionaux et a pour mission la définition de l'orientation stratégique de la plateforme. Le second, rassemblant des techniciens des institutions partenaires met en œuvre les objectifs décidés par le Copil. L'objet de la *Plateforme* sera :

- de créer une base territorialisée des indicateurs (BTI), consultable *via* internet, avec un accès restreint aux partenaires financeurs et membres contributeurs de données ;
- de concevoir un site internet sur l'observation en Hauts-de-France offrant un espace dédié à l'*Open Data* avec cartographie dynamique. Ce site identifiera clairement les co-financeurs de la *Plateforme* ;
- de mettre en ligne des publications réalisées par la *Plateforme*, et des tableaux et cartes sous format accessible ;
- de réaliser une journée régionale d'étude et de partage définie par les co-financeurs ;
- de publier une lettre d'information électronique trimestrielle ;
- d'organiser et d'animer un club régional de l'observation en région.

En 2017, le Copil n'a pas été constitué, le lancement de la *Plateforme* ayant lieu au cours du premier semestre 2018. Le Groupe projet, dans une version réduite, s'est cependant réuni trois fois à Lille ou à Amiens afin de procéder à l'organisation du lancement de la *Plateforme* et de définir le contour des outils. Le numéro 0 de la revue trimestrielle de la *Plateforme* a été publié en décembre 2017 et a été présentée lors de la journée régionale sur la cohésion sociale et lutte contre la pauvreté organisée par la DRJSCS le 22 décembre 2017 à Douai. Le *design* du site internet a été conçu et sa mise en œuvre entamé. Il contient un espace

spécifique dédié à l'*Open Data* à côté d'un espace réservé aux partenaires de la *Plateforme* permettant un accès direct à la base de données et aux calculs des indicateurs. Enfin, un annuaire des observatoires présents en région a été constitué dans l'optique de mettre en place le club de l'observation.

Par ailleurs, un *Open Data* a été créé permettant d'obtenir sur différents échelons géographiques de la région (arrondissement, canton et établissement publique de coopération intercommunale -EPCI-) des indicateurs valides et colligés des domaines démographique, social et sanitaire. Outre le niveau géographique sélectionné, les tableaux fournissent les valeurs des indicateurs sur les zonages de référence suivants : départements de la région, Hauts-de-France et France hexagonale. L'*Open Data* contient également les indicateurs sociaux départementaux (ISD), socle d'un système d'information partagé entre échelons nationaux et départementaux portant sur les principaux domaines de l'action sociale départementale.



Base territorialisée des indicateurs

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

Depuis le début de l'année 2015, un espace dédié accessible à partir du site internet des Plateformes permet à des personnes identifiées travaillant au sein des structures signataires de la charte d'obtenir des indicateurs valides et colligés, en se connectant sur un espace sécurisé *via* un *login* et un mot de passe personnels. Cette mise à disposition des données est rendue possible grâce aux concours financiers des conseils régionaux, des ARS, de la DRJSCS Hauts-de-France et de la DRJSCS de Normandie, d'une part, et grâce aux partenariats avec les institutions et les organismes qui produisent/fournissent les données, d'autre part.

Les données permettant d'alimenter cette base d'indicateurs proviennent de sources multiples. Elles sont issues d'un conventionnement préalable avec des acteurs régionaux signataires de la charte des Plateformes, d'un conventionnement avec des producteurs de données au niveau national, ou sont téléchargeables librement sur les sites internet de producteurs de données.

À partir des tables de données préalablement intégrées, un outil de calcul permet d'obtenir de façon rapide des indicateurs calculés en temps réel *via* l'interrogation effectuée par l'utilisateur. Diverses représentations cartographiques de ces indicateurs sont alors possibles, sans besoin d'une réflexion particulière sur la discrétisation à retenir.

Pour accéder à la base, les partenaires doivent suivre une formation d'une demi-journée dispensée par

l'OR2S. Une session a été organisée en début d'année 2018 (cf. p. 106) afin de permettre aux utilisateurs d'avoir une bonne utilisation de cet outil et de présenter les données intégrées. Les identifiants de connexion sont envoyés aux participants qui ont signé un acte d'engagement d'utilisation des données. Les informations présentées sont garanties du secret statistique et respectent les conventions passées entre l'OR2S et les organismes fournisseurs. C'est la raison pour laquelle certaines données ne sont pas accessibles par internet alors qu'elles sont présentées dans les documents papier. Pour les mêmes raisons, certains indicateurs ne sont pas disponibles à des échelons géographiques fins alors qu'ils le sont pour des territoires plus vastes.

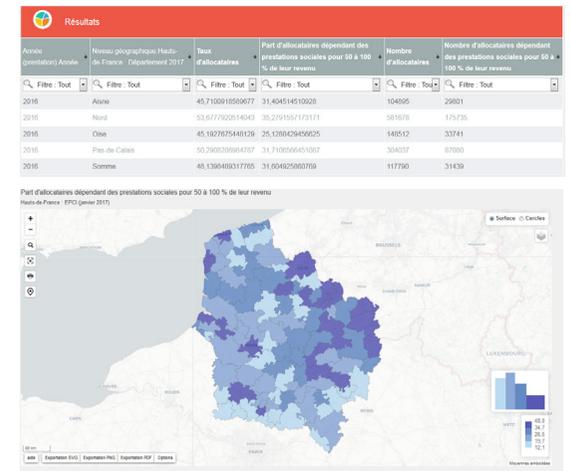
Un peu plus de quatre-vingt-dix utilisateurs disposent ainsi d'indicateurs actualisés régulièrement sur l'échelon le plus proche de leur territoire d'expertise : pour le niveau géographique le plus fin de leur choix, soit le canton, l'EPCI, le Bef ou le bassin de vie. Les indicateurs proposés (actuellement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

Cette base, naturellement évolutive, s'inscrit dans la pérennité. Elle est en permanente adéquation avec les demandes. Ainsi, les indicateurs sont régulièrement mis à jour en fonction de la disponibilité des données. De même, en fonction des besoins spécifiés, de nouveaux indicateurs et de nouvelles thématiques peuvent être intégrés à l'image de celle sur le logement en ex-Picardie qui s'est étoffée d'indicateurs relevant d'une réflexion issue du groupe logement mis en place dans le cadre de la PF2S. L'affichage des cartographies a été développé *via Javascript* afin de pouvoir les visualiser sur les mobiles et les tablettes.

Page d'accueil de l'espace dédié



Exemple de tableau et de cartographie générés



Normandie études et observation

Jusqu'en 2016, chaque composante de la région Normandie disposait d'une plateforme d'observation sanitaire et sociale. Le Groupement de coopération Creai-ORS animait la plateforme de Basse-Normandie (CRCOM3S) et l'OR2S celle de Haute-Normandie (PF2S). L'année 2017 a permis de poser les premières bases d'une plateforme d'observation sanitaire et sociale normande cofinancée par l'ARS et la DRDJSCS de Normandie. Un groupe travail composé de l'ARS, la DRDJSCS, l'OR2S et le Creai-ORS œuvre à la mise en place de cette plateforme.

En 2017, une charte de partenariat a été rédigée par le groupe de travail. Résultat de la synthèse des deux chartes constitutives des deux anciennes plateformes, elle précise les modalités d'organisation et de fonctionnement de Normandie études et observation (Néo).

Les co-présidents de *Normandie études et observation* (Néo) sont les institutions qui financent l'ensemble de ses activités, soit l'État et l'ARS en 2017. Deux instances seront installées afin d'assurer le fonctionnement de « *Normandie études et observation* » : le comité de pilotage (Copil) et le comité de suivi. Instance décisionnelle, le Copil définit les modalités de fonctionnement, sur proposition du comité de suivi. Il détermine les orientations stratégiques et le programme de travail (feuille de route annuelle), assure le suivi des diverses conventions et autorise l'adhésion de nouveaux membres. Instance technique, le comité de suivi assure le suivi régulier des travaux décidés par le Copil. Il est en charge de la mise en œuvre opérationnelle du programme de travail et rend compte des travaux au Copil.

Il est également force de proposition pour le Copil. Le comité de suivi pourra s'organiser en groupes de travail thématiques ouverts à d'autres techniciens ou experts quand les travaux porteront sur certains domaines précis.

Parallèlement à la prise de contacts avec les différents partenaires de Néo, l'OR2S a entrepris différentes tâches (décrites ci-après) de telle façon que l'activité de la plateforme Néo soit effective dès 2018 lors de la réunion de présentation-lancement de celle-ci programmée au printemps 2018.

La base territoriale des indicateurs a été maintenue pour les utilisateurs disposant d'accès. Elle a été mise à jour avec les nouvelles données rendues disponibles en 2017. Certains découpages territoriaux ont également été actualisés. De nouvelles fonctionnalités ont été envisagées en vue d'améliorer l'ergonomie de l'outil et de mettre en place un module spécifique (*Open Data*). Les animateurs de la base territoriale des indicateurs ont également assuré un appui technique aux utilisateurs.

Le groupe de travail s'est entendu sur un logo (cf. figure ci-contre) et la structure du nouveau site internet de la plateforme Néo. Celui-ci comprendra différentes rubriques : Actualités, Qui sommes-nous ?, Publications, Données (accès à la base de données). Un module d'inscription à la lettre électronique et aux publications est également prévu. Le site internet sera présenté lors de la journée d'installation de la plateforme Néo.

Dans le cadre de la préparation de la journée de lancement, un document de présentation de la plateforme Néo, préfigurant la newsletter de Néo, sera envoyé aux partenaires. Celle-ci sera jointe à l'invitation. Ce document portera sur l'organisation du nouveau dispositif.



RECHERCHE & DÉVELOPPEMENTS

Outil de calcul

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

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

L'utilisateur, identifié *via* un *login* et un mot de passe, a accès à des formules qui sont préalablement définies, développées puis validées par l'OR2S. Ces formules permettent de calculer des indicateurs (ou d'extraire des données agrégées) à différents niveaux géographiques : cantons, EPCI, bassins de vie, communes (pour les plus importantes), territoires de démocratie sanitaire, arrondissements, bassins d'éducation et de formation, 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. Ils concernent actuellement le secteur sanitaire (mortalité, morbidité, offre de soins...), le domaine socio-démographique et le domaine social.

L'intérêt est que l'utilisateur n'a pas nécessairement besoin d'avoir des compétences en gestion de bases de données pour l'utiliser. Celui-ci a la possibilité de calculer facilement des indicateurs complexes avec de nombreux degrés de liberté. Cependant, tous les utilisateurs n'ont pas accès au même type de formules. Certaines sont déployées pour des profils de personnes ayant une certaine technicité des données, et d'autres, plus simples, pour des personnes souhaitant avoir la valeur d'un indicateur bien défini. Aussi, cet outil permet de gérer des utilisateurs, en prédefinisant les formules et les niveaux (notamment géographiques) qui sont alloués à chaque utilisateur en fonction de son profil et de ses besoins.

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 associées peuvent être amenées à évoluer au cours du temps. De même, les données n'étant pas toujours disponibles au niveau communal, unité de base de tout regroupement géographique (outre le niveau infracommunal), un travail d'estimation doit alors être réalisé. Cette fonction de gestionnaire de base de données est à coupler avec des compétences techniques sur les données qui y sont intégrées, afin de définir des requêtes, pouvant être plus ou moins complexes selon les données traitées et les indicateurs proposés.

Différentes interfaces d'interrogation des données ont été déployées. Avant 2017, trois interfaces permettaient d'extraire des données et des indicateurs : deux interfaces web (principalement utilisées par les partenaires de l'OR2S) et une application Windows qui a été déployée pour une utilisation en local par l'OR2S. Cette dernière application permet d'extraire en rou-

tine des indicateurs, *via* la lecture de fichiers CSV préalablement construits. Le temps d'obtention de fichier d'indicateur est du temps machine. C'est cette application qui est notamment utilisée pour alimenter SCORE-Santé et calculer les indicateurs analysés au sein de l'OR2S.

Les deux applications web ne permettent pas aux utilisateurs de sauvegarder leur sélection et pour chaque regroupement (niveau géographique...), il est nécessaire d'exécuter une formule. Aussi, le temps humain d'obtention des indicateurs est plus chronophage. Par ailleurs, ces applications web ne répondent pas totalement aux nouvelles exigences de sécurisation².

Dans ce contexte, une autre application a été déployée en 2017. L'objet était de répondre à deux objectifs de nature différents : permettre aux ORS d'obtenir plus rapidement des indicateurs et répondre totalement aux nouvelles exigences de sécurisation.

L'application développée est une application Windows utilisable à distance et installée sur une session spécifique de l'ordinateur des utilisateurs. Elle permet de définir une filière - pour calculer une liste d'indicateurs -, de la sauvegarder, de la cloner pour modifier certains éléments rapidement (par exemple le regroupement géographique) et enfin de lancer les calculs sur toutes ces filières. Un guide d'utilisation a été produit fin 2017 et des sessions de formations ont été organisées début 2018.

Les modalités de connexions aux applications Windows vont évoluer en 2018 pour renforcer les contraintes de sécurisation (utilisation d'un *token* ou délivrance d'un accès par SMS) et les données sensibles ne seront plus disponibles sur les applications web.

¹ cf. p. 81, Base territoriale des indicateurs.

² pour plus de précision, cf. p. 89.

Application de gestion des indicateurs territorialisés (Agit)

En 2017, l'OR2S a commencé à développer une application qui permet de gérer, restituer rapidement et valoriser la multitude d'indicateurs déclinés sur différents niveaux géographiques et temporels. Cette application a vocation à être utilisée au sein de l'OR2S et par ses partenaires. L'ARS Normandie utilise ainsi cet outil depuis fin 2017, dans une version qui lui est spécifiquement adaptée.

Cette application, nommée *Agit*, est complémentaire de l'outil de calcul (cf. page précédente). Un de ses objectifs est de stocker et centraliser des indicateurs calculés via l'outil de calcul, mais aussi obtenus par ailleurs, puis de restituer ces indicateurs à la demande pour obtenir rapidement un tableau d'indicateurs formaté directement utilisable. En effet, l'application permet d'obtenir un tableau unique d'indicateurs déclinés sur différents niveaux géographiques, sans avoir à concaténer et mettre en forme une multitude de fichiers. Le tableau généré est exportable au format CSV, l'utilisateur ayant la possibilité de choisir s'il veut avoir, outre le libellé de l'indicateur, la définition, les sources et/ou l'unité (métadonnée) ou s'il veut un code indicateur pour un traitement plus aisé dans un logiciel de statistique. Si actuellement c'est le libellé de la zone géographique qui est disponible, dans le futur il sera aussi possible d'avoir le code de la zone, facilitant ainsi l'intégration dans un logiciel de cartographie.

Outre l'obtention de fichiers d'indicateurs, un deuxième objectif d'*Agit* est d'obtenir directement et rapidement des représentations des indicateurs sélectionnés. La représentation cartographique a pu être implémentée rapidement du fait des travaux déjà menés par le passé. Prochainement d'autres types d'illustrations seront disponibles :

pyramide des âges, différents types de graphiques, animation vidéo... Outre leur visualisation à l'écran, les illustrations sont exportables dans un format vectoriel, c'est-à-dire permettant d'être intégrées dans des documents, présentations... et modifiées au besoin en préalable via des outils de DAO.

Cette application est accessible par le biais d'une interface web (connexion internet sécurisée et cryptée, où chaque utilisateur se voit doté d'un *login* et d'un mot de passe). La sélection des indicateurs se fait soit indicateur par indicateur (à partir de l'arborescence des indicateurs) ou soit via une (des) liste(s) d'indicateurs prédéfinies (arborescence de pré-listes d'indicateurs ; cf. illustration ci-contre). Puis, l'utilisateur choisit le(s) niveau(x) géographique(s) souhaité(s). Il a, là encore, la possibilité de sélectionner une pré-liste de niveaux géographiques préalablement définie.

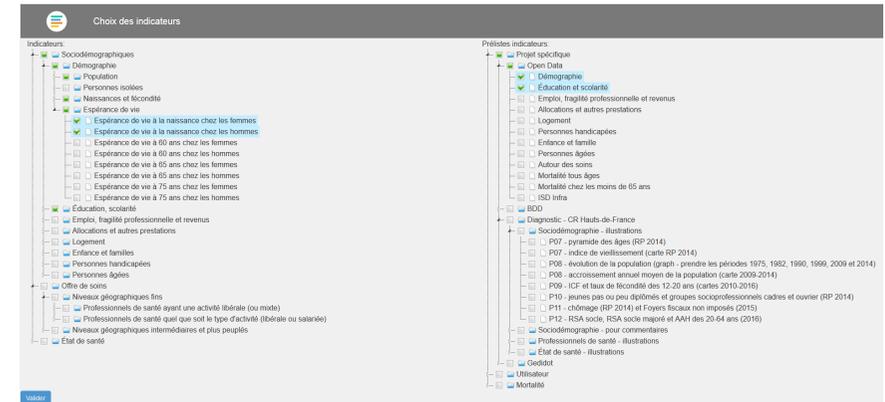
Des pré-listes d'indicateurs et de niveaux géographiques ont par exemple été déployées pour préparer plus rapidement les espaces *Open Data* prochainement disponibles sur les sites internet des Plateformes¹ et pour la réalisation des états de lieux par zone d'observation².

Les développements autour d'*Agit* sont poursuivis en 2018. Cet outil actuellement proposé sous une forme ouverte, permettant d'obtenir des tableaux d'indicateurs à foison, offrira aussi des espaces thématiques fermés. Par exemple, l'OR2S travaille avec l'ARS Normandie sur un espace dédié à l'obtention d'un état des lieux dynamique des CLS.

¹ cf. p. 80 à 82.

² pour plus de précision, cf. p. 81 pour la Base territorialisée des indicateurs et page ci-contre pour les développements cartographiques.

Visuel de l'espace permettant la sélection d'indicateurs



Exemple de tableau généré via *Agit*

Zones		Détails	Indice de vieillissement	Indice conjoncturel de fécondité (ICF - 12-54 ans)	Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans	Taux d'accroissement annuel moyen de la population	Taux d'accroissement annuel moyen de la population	Population totale	Densité de population
			2014	2010-2016	2010-2016	1975-2014	2009-2014	2014	2014
France hexagonale	France hexagonale		75,5	1,96	8,3	0,51	0,50	64 027 958	117,7
Région (2017)	Hauts-de-France		60,4	2,06	13,8	0,19	0,21	6 006 107	188,8
Hauts-de-France : Espace de dialogue CR (2018)	Espace de dialogue CR Infra-regional n°9		73,3	2,12	18,2	-0,18	-0,09	344 887	77,8
Hauts-de-France : Zone d'observation CR (2018)	8_1 - CA du Saint-Quentinois		74,2	2,07	21,2	-0,25	0,03	82 956	282,9

Options d'exportation

- Libellé indicateur
- Code indicateur
- Définition
- Unité
- Source(s)
- Séparer les milliers

Cartographie

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

Depuis plusieurs 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 catégories de données peuvent être cartographiées : celles qui sont à représenter sous forme de points (par exemple la localisation géographique d'établissements) ou celles faisant référence à un polygone (valeurs d'un indicateur sur un zonage géographique). En finalité, l'objectif est d'avoir un outil permettant aux utilisateurs de disposer de cartes modifiables en temps réel, lors de l'actualisation des données sans que celui-ci ait besoin de manipuler les données, ni de passer par un SIG.

Un premier axe a trait à une cartographie modifiable en temps réel. 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. L'affichage cartographique peut être filtré à partir de réponses données à une ou plusieurs questions. Le système permet l'intégration des coordonnées GPS (directement ou en conversion d'adresse) avec un système de visualisation et de correction cartographique, un point pouvant être facilement déplacé sur une carte. La cartographie étant dynamique, la visualisation se fait à des niveaux de zooms différents.

Le second axe des développements a trait à la représentation d'indicateurs. L'objet est de permettre à une personne d'obtenir rapidement la représentation cartographique d'indicateurs disponibles via la Base territorialisée des indicateurs et, depuis 2017, via Agit². Une fois que l'utilisateur a sélectionné des indicateurs, il peut visualiser et exporter les cartes (au format vectoriel) sans qu'il ait besoin de déterminer la discrétisation la plus adéquate (algorithme basé sur la distribution de la série). Pour la représentation des nombres, il est possible de faire une représentation par points proportionnels.

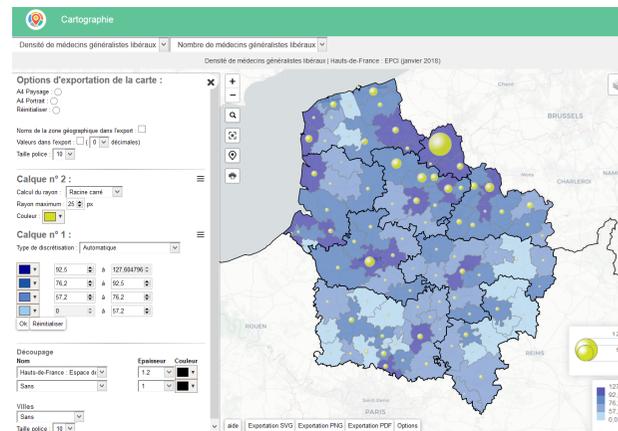
En 2017, des développements complémentaires ont été menés pour Agit : outre l'ajout de quelques options supplémentaires, il est maintenant possible de superposer sur une même carte deux indicateurs et la représentation de variable qualitative a égale-

ment été implémentée (cf. illustrations ci-dessous). En parallèle, une application permettant la génération de cartes en série a été déployée et est utilisée depuis plusieurs années au sein de l'OR2S et par d'autres ORS. L'utilisateur charge un(des) fichier(s) d'indicateurs et a alors la possibilité de visualiser les cartes obtenues et de les exporter très rapidement (au format vectoriel). Si les cartes sont générées automatiquement (en déterminant la discrétisation la plus adéquate), l'utilisateur peut modifier rapidement le mode de discrétisation, définir ses propres bornes de classes, modifier les paramètres de la couleur... Il peut aussi choisir d'obtenir des cartes par points proportionnels. En outre, cette application permet de faire des exports en disposant sur un même PDF plusieurs cartes.

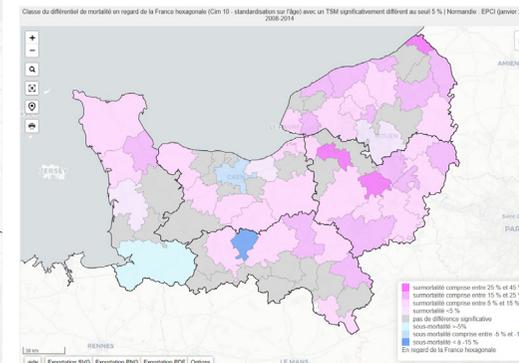
¹ cf. Développement informatique - Questionnaire page au verso.

² pour plus de précision, cf. p. 81 pour la Base territorialisée des indicateurs et page ci-contre pour Agit.

Exemple de carte où deux indicateurs ont été superposés (nombre et densité de médecins généralistes libéraux)



Exemple de carte représentant un indicateur qualitatif (issu de la combinaison du différentiel de mortalité en regard de la France et de la significativité)



Questionnaire

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

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

L'objet de cet outil est de créer, à partir d'un questionnaire donné, une interface de saisie accessible *via* internet, la connexion étant sécurisée et cryptée (*https*). Il autorise naturellement les différentes formes de questions : ouvertes ou fermées, avec modalités de réponses quantitatives ou discrètes, à choix unique ou multiple. Des contrôles de cohérence et l'introduction de questions filtres peuvent être mis en place pour éviter les erreurs de saisie.

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

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

Selon les besoins, cet outil peut être utilisé pour faire uniquement la saisie des données pour un questionnaire spécifique ou être intégré dans un projet plus vaste, offrant davantage de possibilités, allant de la saisie des données aux traitements et à la restitution de celles-ci. Ainsi, cet outil peut être couplé avec d'autres applications déployées par l'OR2S, comme l'outil cartographique¹. Les données récoltées *via* le questionnaire informatique sont directement mobilisables, sans intervention humaine, pour être cartographiées, permettant en temps réel, d'avoir un état des lieux de la situation faisant l'objet du recueil. Il est également à noter que le recueil peut être issu d'un ou plusieurs questionnaires différents, l'ensemble des données

recueillies pouvant être visualisé sur la même cartographie. Selon les droits alloués à l'utilisateur, il peut n'avoir accès qu'à une partie de l'application ou à son ensemble. Un utilisateur peut, par exemple, ne pas avoir la possibilité de saisir le questionnaire, mais pouvoir visualiser les cartographies. De plus, la représentation cartographique de données issues d'autres sources, par exemple d'indicateurs provenant de bases de données de nature sanitaire, sociale..., peut aussi être insérée dans un projet.

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

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

En 2017, ce type de développement informatique a été déployé pour plusieurs études : *EnJEU Santé* (cf. p. 70), santé des personnes détenues (cf. p. 53), Normanut III (cf. p. 71). Il sera également mis en œuvre dans différents projets débutés en 2017 et poursuivis en 2018 : gériatrie (cf. p. 59), réseau Information Jeunesse (cf. p. 72) et valorisation des données de santé au travail (cf. p. 69).

¹ pour plus de détail sur l'outil cartographique, cf. page précédente.

Sécurisation

Le règlement général sur la protection des données (RGPD) rentrera en application le 25 mai 2018. Du fait de la nature des données traitées par l'OR2S et de l'effectivité de l'accès aux SNDS fin 2017, l'OR2S doit renforcer la politique de sécurisation de son système d'information ainsi que des données qu'il collecte et traite.

L'accès au SNDS exige que l'OR2S se mette en conformité avec le référentiel sécurité du SNDS dans sa totalité, celui-ci souhaitant mettre en place un système fils qui devra être homologué par la Cnamts. Ce référentiel s'appuie bien entendu sur le RGPD mais également sur d'autres exigences spécifiques (PGSSI-MCAS, PSSI, RGS, EIVP-PIA...). La sécurisation est abordée selon deux axes : d'une part, la gestion des risques associés au traitement des données à caractère personnel (démarche étude d'impact sur la vie privée) et, d'autre part, l'environnement plus large dans lequel sont traitées ces informations (poste de travail, locaux, etc.). La démarche de sécurisation concerne aussi bien l'utilisateur des données que son environnement de travail.

Le RGPD constitue le nouveau texte de référence européen en matière de protection des données à caractère personnel et remplace en France la loi informatique et libertés de 1978. Il poursuit plusieurs objectifs :

- le renforcement des droits des personnes, notamment par la création d'un droit à la portabilité des données personnelles et de dispositions propres aux personnes mineures ;
- la responsabilisation des acteurs traitant des données (responsables de traitement et sous-traitants).

Ces nouvelles exigences s'appliquent à l'ensemble des données à caractères personnels traitées dans les différentes activités de l'OR2S. Elles impliquent que l'observatoire opère une série de démarches afin de se mettre en conformité avec ce règlement :

- désignation d'un délégué à la protection des données, qui pilote la démarche (fonction qui remplace celle du Cil) ;
- réalisation d'un recensement des traitements de données personnelles à travers la tenue d'un registre qui permettra de recenser les données personnelles impactées et les traitements associés, de motiver le pourquoi de ces opérations de traitements, d'identifier les acteurs, internes et externes, qui traitent ces données...
- priorisation des actions à mener : s'assurer que seules les données utiles sont collectées, identifier la base juridique des traitements effectués, prévoir les droits d'exercice des personnes sur leurs données et leurs traitements (droit d'accès, de rectification, de portabilité, de retrait du consentement...), vérifier les mesures de sécurité mises en place ;
- gestion des risques, à partir d'une étude d'impact (EIVP, PIA) identifiant : les éléments à protéger, la sauvegarde des données, le traçage de l'activité, la gestion des violations de données, les sources de risque, le contrôle des accès, la lutte contre les codes malveillants, la réduction des vulnérabilités des supports (matériels, logiciels, réseaux) ;
- organisation des ressources internes en vue de garantir la protection des données notamment en prenant en compte les événements du cycle de vie des données et traitements : prise en compte de la protection des données dès la conception d'une application ou d'un traitement, formation et communication auprès des équipes, anticipation et notification des éventuelles violations ;

- preuve de la conformité à l'aide de la documentation relative aux traitements de données personnelles (registre des traitements, analyses d'impact, encadrement des transferts de données), information des personnes, contrats qui définissent les rôles et responsabilités des acteurs.

Dans cette optique de mise en conformité, l'OR2S a conduit en 2017 des premières démarches entraînant dans un premier temps la prise en main de la documentation relative aux différents référentiels. Par ailleurs, le Cil de l'OR2S a suivi une formation au cours de l'automne 2017 sur les impacts de l'entrée en application du RGPD. Le pôle informatique de l'OR2S et l'équipe de direction avec l'appui de SI2S ont entrepris un travail de mise en conformité sur les aspects de réduction des vulnérabilités des supports (matériels, logiciels, réseaux). Dans ce cadre, un partenariat est en cours de constitution avec le Criann (Centre régional informatique et d'applications numériques de Normandie) rencontré à plusieurs reprises en 2017, afin de pouvoir héberger dans un lieu sécurisé l'ensemble des données de l'OR2S (courant 2018). Par ailleurs, une réflexion sur les modalités d'utilisation et les clauses de confidentialité en vue de réactualiser la convention qui lie les ORS à l'OR2S quant à l'utilisation des outils développés par l'OR2S qui leurs sont mis à disposition, a été également engagée.

L'année 2018 devrait permettre de consolider les aspects de sécurisation du système d'information de l'OR2S. Un délégué RGPD sera désigné. La cartographie des traitements de données personnelles, l'identification des risques et un plan d'actions correctives devront être mis en place à partir d'un référentiel de sécurisation propre.

Entretiens collectifs, ou *focus groups*

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

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

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

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

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

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

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

Les entretiens collectifs ont une durée variable, généralement comprise entre une heure trente et trois heures, cette durée permettant à chacun de s'exprimer et d'approfondir le sujet de l'étude. Les entretiens font l'objet d'une prise de notes et le plus souvent d'un enregistrement audio. Ils sont menés par une personne experte dans le domaine qui s'appuie sur un guide d'entretien, réalisé au préalable à partir des hypothèses du

projet d'étude. Cette personne fixe les règles de la discussion (égalité des participants, pas de « bonnes » ou « mauvaises » réponses, respect de la parole de chacun...) et rappelle que l'anonymat des participants est naturellement garanti.

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

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

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

En 2017, c'est l'étude *Mon métier demain en Picardie* (cf. p. 65) qui a le plus mobilisé les équipes sur des entretiens collectifs. Dix-sept groupes ont été rencontrés deux fois et un groupe une seule fois, soit cinquante-deux heures d'enregistrements. Un groupe de formateurs a également été rencontré (trois formateurs lors d'un entretien collectif de deux heures) et un formateur en entretien individuel.

L'étude transfrontalière *GeDiDoT* (cf. p. 64) a également impliqué des entretiens individuels (trois) et collectifs (trois) sur les zones en charge de l'OR2S. L'OR2S a également été binôme lors des entretiens collectifs menés par l'observatoire de la santé du Hainaut (OSH) sur les mêmes zones transfrontalières.

Enquêtes quantitatives

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

Les recueils existants, qu'ils concernent des données de nature épidémiologique ou des données administratives, ne permettent pas toujours d'aborder certaines thématiques ou de manière parcellaire. Pour disposer d'éléments complémentaires nécessaires à la mise en place des politiques, il est possible de mettre en place des enquêtes spécifiques auprès de populations cibles (population générale, personnes hébergées en établissement spécialisé, travailleurs, professionnels de santé...) Il peut s'agir d'un recensement si la population à étudier est petite ou d'un sondage si la population est plus conséquente, le but étant d'obtenir des résultats représentatifs de cette population cible.

L'avantage des sondages par rapport aux recensements est qu'ils permettent, lorsque la population étudiée est grande, d'obtenir des informations sur cette population à un coût moindre et de manière plus rapide (temps de recueils plus court et volumétrie des données à traiter plus faible, facilitant par la même le contrôle de la qualité). Par contre, les enquêtes par sondage permettent plus difficilement d'obtenir des renseignements sur des petites sous-populations ou sur des petites zones géographiques, compte tenu du coût occasionné.

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

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

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

la population) n'est pas toujours exhaustive et aux non-réponses (refus, non joignables). Ces types d'erreurs peuvent être corrigés via des méthodes de redressement. Elles consistent à utiliser a posteriori une information supplémentaire corrélée avec la variable à étudier (comme la répartition de la population par âge et genre, par zone géographique, par niveau de diplôme...)

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

Plusieurs enquêtes quantitatives ont été mises en place, reconduites et/ou analysées en 2017 : *Jesais*, enquête menée auprès des élèves de sixième et de seconde scolarisés dans un établissement public de l'académie d'Amiens et qui est en cours d'extension à l'académie de Lille ; *EnJEU Santé*, enquête concernant les élèves de sixième scolarisés dans un établissement public de Normandie ; une étude autour de la nutrition en Hauts-de-France ; *Normanut III*, une enquête autour des troubles du comportement alimentaire en Normandie ; le programme de surveillance des MCP pour l'ex-Picardie ; *Evrast*, dispositif santé-travail pour la Normandie ; l'étude portant sur l'état de santé des personnes détenues en Hauts-de-France et en Normandie.

Lissage géographique et calcul de temps d'accès

Les analyses territorialisées menées à partir des bases de données pérennes, peuvent être enrichies par l'apport de multiples techniques d'analyse spatiale. Parmi celles-ci, la mise en place de méthodes de lissage géographique et le calcul de temps d'accès font l'objet de travaux menés au sein de l'OR2S.

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

Il existe plusieurs manières de prendre en compte le voisinage, soit en considérant la notion de continuité géographique (avoir une frontière commune) ou soit celle de distance (euclidienne, routière, voire en considérant le temps d'accès). Cette dernière méthode, bien que meilleure car indépendante de la structure spatiale des territoires¹, est plus longue à mettre en place. Aussi, c'est celle relative à la notion de continuité géographique qui a été mise en place dans un premier temps.

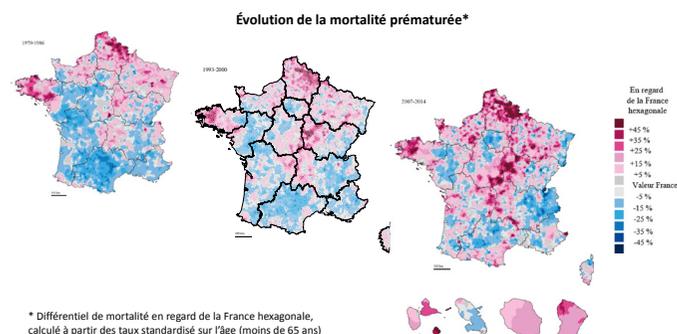
Pour pouvoir effectuer le lissage géographique en considérant la notion de continuité géographique, il est nécessaire de disposer d'une matrice de voisinage. Celle-ci a été construite à partir des communes. Elle permet d'obtenir automatiquement d'autres matrices calculées à différents niveaux géographiques (EPCI, canton...) Les communes considérées comme limitrophes sont celles qui

sont directement contiguës à la zone considérée (communes voisines d'ordre 1), celles qui sont limitrophes aux communes voisines d'ordre 1 (communes voisines d'ordre 2)... En outre, le lissage est effectué *a priori* (sur les données brutes) et non *a posteriori* (sur les indicateurs déjà calculés).

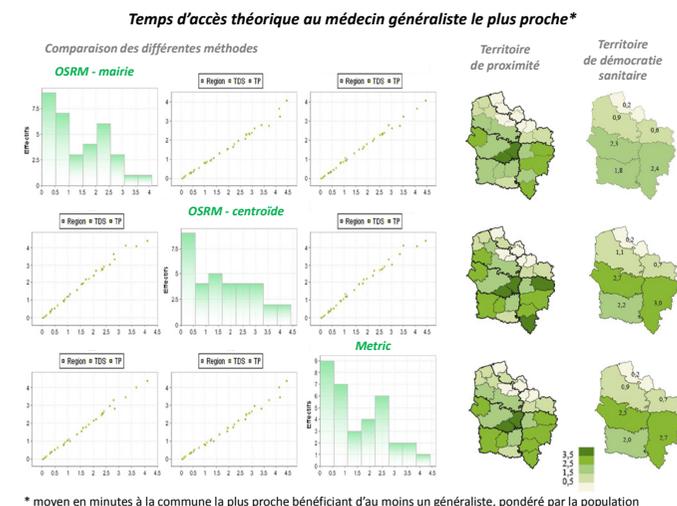
D'autres travaux portent sur le calcul de temps d'accès et de distance routière. Pour calculer une distance et/ou un temps d'accès entre deux communes, il est nécessaire de considérer un point de référence dans chaque commune. Dans le cadre de travaux menés pour l'ARS Hauts-de-France², deux options ont été abordées sur les communes de la région : la mairie et le centroïde de la commune. Les calculs ont été faits *via* OSRM (fond de carte OpenStreetMap au 13 avril 2017) ; les temps sont fournis en secondes. En parallèle, des comparaisons ont été effectuées avec les résultats des temps obtenus avec le distancier Metric (outil conçu en interne par l'Insee ; les temps sont exprimés en minutes, sans précision des secondes). Les comparaisons réalisées portent plus spécifiquement sur les temps d'accès à quelques professionnels de santé au niveau communal mais aussi pour des niveaux géographiques plus importants (cf. illustration ci-contre). Dans ce cas, le temps d'accès théorique considéré est un temps moyen à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un professionnel de santé, pondéré par la population.

Tous ces travaux sont poursuivis en 2018. Les méthodes sur le calcul des temps d'accès et de distance routière seront notamment étendues à la Normandie puis à l'ensemble de la France. Ces différentes méthodes seront implémentées dans l'outil de calcul³ développé au sein de l'OR2S.

Exemple de cartes d'indicateurs lissés géographiquement



Exemple de cartes de temps d'accès théorique



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

² analyse de l'accès aux soins de premier recours, cf. p. 62.

³ pour plus de détail sur l'outil de calcul, cf. p. 85.

COMMUNICATION & DOCUMENTATION

Documentation

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

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

Des bases de données sur support informatique étendent les ressources puisque les fichiers de mortalité de l'Inserm se trouvent à côté des fichiers de l'Atih (jusqu'en 2014), des ALD des trois régimes de l'assurance maladie, de l'Insee (recensements de population et estimations) et d'autres producteurs de données du domaine social. Le site internet de l'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 ceux des Plateformes. Sur ces derniers, un accès à une partie des bases de données de l'OR2S est possible, à des personnes disposant d'un *login* et d'un mot de passe.

L'année 2017 a marqué la dernière année du pôle de compétence en éducation pour la santé de Picardie. Le fonds documentaire sera transféré en 2018 dans le nouveau dispositif régional ou dans un dispositif alternatif.

La base de données documentaires

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

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

Tout type de document x Tous sites

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

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

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

Accueil

Sélection de la langue

Français

Se connecter

accéder à votre compte de lecteur

identifiant

Mot de passe oublié ?

Coordination

IREPS de Picardie

Espace industriel nord

67 rue de Poulainville

80080 AMIENS

03 22 71 78 02

Familes rurales

Vivre mieux !

Pont-Rémy et environs

Asso. Familles Rurales Pont-Rémy et environs

ireps

IREPS Oise

Espace Santé

CCAS - Espace Santé d'Abbeville

ireps

IREPS Somme

SCREBEN

Académie d'Amiens

CRDP de l'Académie d'Amiens

ireps

IREPS Aisne

OR2S

Point Information Jeunesse de Chauny

Ville

d'HIRSON

Point Infos-Santé - CCAS d'Hirson

SIS Animation

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

Site internet

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

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

Il se compose de quatre grands modules.

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

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

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

La partie « Publications » présente les travaux diffusés par l'OR2S, tant dans les Hauts-de-France qu'en Normandie, répartis par grandes thématiques ou par territoires.

À cela s'ajoute un accès direct vers le site des Plateformes et l'inscription aux lettres électroniques via l'interface disponible sur les deux sites.

Enfin, les quelque 600 documents mis sur la précédente version du site de l'OR2S continuent d'être en cours d'implantation sur le site actuel.

La chaîne YouTube

En 2015, l'OR2S a créé sa chaîne YouTube et en 2016, l'OR2S a réalisé un film d'animation présentant les travaux réalisés depuis sa création. D'autres vidéos de colloques, de manifestations, d'animations synthétisant les résultats d'études ou encore présentant l'OR2S sont mises à disposition au fur et à mesure de leur réalisation.



Les pages du site OR2S

Actualités

Publications

Sites internet des Plateformes sanitaires et sociales

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

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

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

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

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

Pour la partie Sud des Hauts-de-France, l'interface d'inscription est commune à l'OR2S et à l'Ireps, ainsi qu'aux dispositifs qu'ils gèrent. Elle permet de s'inscrire pour recevoir les lettres d'informations, ou les communiqués de parution des différents documents publiés ou des formations dispensées par l'Ireps.

En 2017, compte tenu de la reconfiguration régionale, le travail des deux Plateformes a été mis en stand by. Seul a été publié le numéro 0 de la revue de la plateforme des Hauts-de-France en décembre. Les deux sites vont être profondément modifiés au premier semestre 2018 et notamment vont se caler sur les nouveaux territoires : Normandie et Hauts-de-France.

Page d'accueil (choix du territoire)



En Picardie



En Haute-Normandie



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

La lettre d'information permet de mieux comprendre les problématiques sociales et sanitaires des Hauts-de-France et d'apporter un éclairage utile aux décideurs locaux. En 2017, un numéro 0 de la lettre a été réalisé.

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, établissements publics, collectivités locales, organismes de protection sociale, secteur associatif. La lettre d'information en constitue le principal vecteur.

Selon la charte de partenariat de la *Plateforme sanitaire et sociale* des Hauts-de-France, 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 technique des numéros.

En 2017, compte tenu de l'étape de préfiguration de la plateforme, le comité de pilotage ne s'est pas réuni sous sa forme plénière. Le Groupe projet s'est retrouvé trois fois, mais en instance réduite avec la DRJSCS, la région, l'université catholique de Lille et l'OR2S qui l'a animé.

Il a travaillé à la sélection de la maquette de la revue et la *plateforme* et à la rédaction du numéro 0. Ce numéro a été présenté lors de la journée régionale sur la cohésion sociale et lutte contre la pauvreté organisée par la DRJSCS le 22 décembre 2017 à Douai.

RÉGION

- 2 Adelf - SFSP : un colloque en région
- 2 Égalité femmes-hommes
- 3 Lien social et précarité
- 4 Plateforme sanitaire et sociale des Hauts-de-France

FOCUS : PIVER

- 5 Piver, observer en Hauts-de-France
- 6 Fragilité sociale en Hauts-de-France
- 6 Les invisibles de la santé
- 7 Panorama de l'aide alimentaire
- 8 Banque de France : surendettement

LUS POUR VOUS

- 9 Assistantes maternelles
- 9 Inégalités des niveaux de vie
- 9 Personnes âgées à domicile

À LIRE

- 10 Évaluation du PNNS

NATIONAL

- 11 Lutter contre la pauvreté
- 11 Stratégie nationale de santé

EUROPE

- 12 Forum OFBS sur la e-santé

AGENDA



Interventions

13 janvier 2017, Saint-Maurice

Nadège Thomas, Alain Trugeon, Lise Trottet

*Présentation de la Fnors et outil SCORE-Santé
Santé publique France*

26 janvier 2017, Beauvais

Nadège Thomas, Alain Trugeon

*Présentation du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France
Réunion d'installation du CTS de l'Oise*

31 janvier 2017, Arras

Alain Trugeon

*Présentation du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France
Réunion d'installation du CTS du Pas-de-Calais*

31 janvier 2017, Villeneuve d'Ascq

Nadège Thomas

*Présentation du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France
Réunion d'installation du CTS de Métropole - Flandres*

2 février 2017, Boves

Alain Trugeon

*Présentation du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France
Réunion d'installation du CTS de la Somme*

2 février 2017, Valenciennes

Nadège Thomas

*Présentation du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France
Réunion d'installation du CTS du Hainaut*

9 février 2017, Laon

Nadège Thomas, Alain Trugeon

*Présentation du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France
Réunion d'installation du CTS de l'Aisne*

22 février 2017, Beauvais

Nadège Thomas, Philippe Lorenzo

*Caractéristiques socio-sanitaires du territoire de démocratie sanitaire de l'Oise
Membres du bureau du CTS de l'Oise*

23 février 2017, Arras

Nadège Thomas, Philippe Lorenzo

*Caractéristiques socio-sanitaires du territoire de démocratie sanitaire du Pas-de-Calais
Membres du bureau du CTS du Pas-de-Calais*

28 février 2017, Rouen

François Michelot, Angélique Lefebvre

*Comité de pilotage du PRST3 de Normandie
PRST3 Normandie Éléments de diagnostic régional*

2 mars 2017, Amiens

Philippe Lorenzo

*Maladie d'Alzheimer : état des lieux en Hauts-de-France
Audition par la commission santé du Ceser*

3 mars 2017, Bailleul

Nadège Thomas, Philippe Lorenzo, Alain Trugeon

*Caractéristiques socio-sanitaires du territoire de démocratie sanitaire de Métropole - Flandres
Membres du CTS de Métropole - Flandres*

9 mars 2017, Valenciennes

Nadège Thomas, Philippe Lorenzo

*Caractéristiques socio-sanitaires du territoire de démocratie sanitaire du Hainaut
Membres du bureau du CTS du Hainaut*

9 mars 2017, Amiens

Nadège Thomas, Philippe Lorenzo

*Caractéristiques socio-sanitaires du territoire de démocratie sanitaire de la Somme
Membres du bureau du CTS de la Somme*

17 mars 2017, Laon

Nadège Thomas, Philippe Lorenzo

*Caractéristiques socio-sanitaires du territoire de démocratie sanitaire de l'Aisne
Membres du bureau du CTS de l'Aisne*

23 mars 2017, Saint-Maurice

Alain Trugeon

*SCORE-Santé
Séminaire Cire/ORS*

30 mars 2017, Caen

François Michelot

*Le suicide en Normandie
Comité de pilotage ARS suicide*

4 avril 2017, Rouen

François Michelot, Angélique Lefebvre

*PRST3 Normandie Éléments de diagnostic régional
Réunion d'installation du Croct de Normandie*

21 avril 2017, Namur (Belgique)

Philippe Lorenzo

Essai de comparaison des données de naissance France-Wallonie

Centre d'épidémiologie périnatale Bruxelles Wallonie

25 avril 2017, Saint-Omer

Alain Trugeon, Nadège Thomas

Réunion de cadrage autour des priorités du CTS du Pas-de-Calais

Réunion plénière du CTS du Pas-de-Calais

26 avril 2017, Caen

François Michelot

Présentation dispositif d'observation de la santé des jeunes

Comité de pilotage ARS santé des jeunes

8 juin 2017 - Amiens

Anne Lefèvre

Présentation des données actuelles santé/social

Journée PMI - La santé de la mère et l'enfant dans le département de la Somme

13 juin 2017, Caen

Olivia Guérin

Présentation la contribution à l'observation régionale sur la nutrition

Comité de pilotage ARS PNNS normand

22 juin 2017, Amiens

Alain Trugeon

Situation socio-sanitaire en population générale (analyse par bassin éducation formation) et caractéristiques des élèves scolarisés en sixième et seconde (analyse par bassin éducation formation,

évolution, âge, genre et situation professionnelle parentale)

Comité de pilotage du Comité académique d'éducation à la santé et à la citoyenneté

11 juillet 2017, Paris

Alain Trugeon, Émilie Fauchille

État de santé et caractéristiques sociales des personnes entrant dans un établissement pénitentiaire, un modèle en évolution qui s'étend et s'exporte

Coordination des recherches en milieu pénitentiaire Mildeca

12 septembre 2017, Paris

Nadège Thomas, Lise Trottet

Présentation des outils développés permettant l'alimentation de SCORE-Santé

Fnors, membres du groupe de travail SCORE-Santé

14 septembre 2017, Paris

Alain Trugeon, Émilie Fauchille

État de santé et caractéristiques sociales des personnes entrant dans un établissement pénitentiaire
Groupe de travail axe 1 de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice, DGS

19 septembre 2017, Lens

Alain Trugeon

Situation sanitaire dans les Hauts-de-France - comparaisons spatiales et temporelles
Rencontre collaborative au groupe Aesio

26 septembre 2017, Évreux

Olivia Guérin

Présentation d'EnJEU Santé

Journée départementale des infirmières scolaires de l'Eure

4 octobre 2017, Amiens

Alain Trugeon

Des inégalités territoriales de santé qui évoluent
2^e Congrès Adelf - SFSP ; Sciences et acteurs en santé : articuler connaissances et pratiques

4 octobre 2017, Amiens

Nadège Thomas

Mesures des disparités socioterritoriales de la France à un niveau géographique fin
2^e Congrès Adelf - SFSP ; Sciences et acteurs en santé : articuler connaissances et pratiques

10 octobre 2017, Le Havre

François Michelot, Angélique Lefebvre

Diagnostic de l'état de santé des Normands : Quelques éléments issus du diagnostic du PRST3 Normandie

Journée de la Société française de médecine et de santé au travail de Normandie

19 octobre 2017, Moulin de la Hunelle (Belgique)

Philippe Lorenzo

e-santé en Europe

Forum de l'Observatoire franco-belge de la santé

13 novembre 2017, Lille

Alain Trugeon, Céline Thienpont-Bouré, Sylvie Bonin
Suivi de la santé et des comportements des élèves - Quand la santé publique s'associe à l'accompagnement personnalisé
Rectorat de Lille

16 novembre 2017, Rouen

Angélique Lefebvre

*Premiers résultats du rapport régional Evrest 2017
Réunion des médecins participants Evrest en
Normandie*

28 novembre 2017, Caen

Alain Trugeon, François Michelot

*Accompagnement des politiques publiques à partir
de la gestion et de l'analyse des bases de données
médico-administratives et d'outils personnalisés :
un modèle en évolution qui s'étend, s'exporte et se
mutualise
Réunion organisée par la Région Normandie sur les
besoins d'hébergement numérique*

4 décembre 2017, Paris

Isabelle Grémy, Alain Trugeon, Nadège Thomas, Lise
Trottet

*Présentation des outils développés permettant la
gestion des données et la représentation d'indica-
teurs
ARS Île-de-France*

22 décembre 2017, Douai

Alain Trugeon

*La Plateforme sanitaire et sociale des Hauts-de-
France
Journée régionale de la cohésion sociale et de lutte
contre la pauvreté*

Formations

27 février 2017, Rennes

Nadège Thomas, Patricia Bédague

Formation à la Base territorialisée des indicateurs DRDJSCS Bretagne

6 juin 2017, Le Touquet

Émilie Fauchille

Présentation du dispositif de surveillance de l'état sanitaire et social des nouveaux détenus

19 juillet 2017, Rouen

Nadège Thomas, François Michelot

Formation aux outils de requêtage de l'OR2S (Base territorialisée des indicateurs OR2S, Agit)

9 octobre 2017, Dieppe

Olivia Guérin

Formation des infirmières scolaires à EnJEU Santé

9 octobre 2017, Fauville-en-Caux

Olivia Guérin

Formation des infirmières scolaires à EnJEU Santé

2 octobre 2017, Le Havre

Olivia Guérin

Formation des infirmières scolaires à EnJEU Santé

5 octobre 2017, Isneauville

Olivia Guérin

Formation des infirmières scolaires à EnJEU Santé

5 octobre 2017, Petit-Quevilly

Olivia Guérin

Formation des infirmières scolaires à EnJEU Santé

7 novembre 2017, Creil

Céline Thienpont

Utilisation de l'outil MCP

9 novembre 2017, Les Andelys

Olivia Guérin

Formation des infirmières scolaires à EnJEU Santé

10 novembre 2017, Compiègne

Céline Thienpont

Utilisation de l'outil MCP

10 novembre 2017, Beaumont-le-Roger

Olivia Guérin

Formation des infirmières scolaires à EnJEU Santé

16 novembre 2017, Évreux

Olivia Guérin

Formation des infirmières scolaires à EnJEU Santé

10 et 19 octobre 2017, Rouen

Olivia Guérin

Les outils d'enquête au service du diagnostic de santé

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

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

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

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

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

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

En 2017, deux réunions ont été organisées.

Formations EnJEU Santé

Dans le cadre du lancement de l'enquête EnJEU Santé, l'OR2S propose une formation d'une demi-journée à l'utilisation de l'application de saisie en ligne. L'objectif est de présenter l'enquête, l'application en ligne de saisie des questionnaires et de favoriser ainsi la participation à l'enquête. Les infirmières scolaires sont conviées à différentes sessions de formation selon le bassin d'éducation et de formation correspondant à leur établissement scolaire. La première partie de la formation est consacrée à la présentation de l'enquête et de son déroulement. Ensuite, l'OR2S explique la procédure de connexion avec les différents liens et codes d'accès, l'appariement des questionnaires et les différentes organisations possibles pour le recueil de données. Enfin, une démonstration de l'application est réalisée à l'aide de copies d'écran ou directement *via* l'application. Si la salle de formation est équipée d'ordinateurs, les infirmières sont amenées à manipuler l'application dans une version test afin de se familiariser avec la saisie de questionnaires.

Documents publiés (depuis 2015)**Janvier 2015**

Valérie Évrard, Émilie Fauchille, Anne Lefèvre, Céline Thienpont, Philippe Lorenzo, Alain Trugeon
Rapport PicAlim - Recherche-action en nutrition avec les élèves de seconde de Picardie : des constats à l'action
OR2S, Ireps, Rectorat de l'Académie d'Amiens, ARS, Conseil régional, Fonds Français alimentation & santé, 76 p.

Février 2015

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon
La santé des jeunes en seconde en Haute-Normandie - Consommation de substances psychoactives
OR2S, ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, 8 p.

Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon
La santé des jeunes en cinquième en Haute-Normandie - Consommation de substances psychoactives
OR2S, ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, 8 p.

Avril 2015

Céline Thienpont, Lucile Hider, Axel Clermont, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Catherine Rousseau, Véronique Thuez, Odile Beauvais, Anne-Sophie Pourchez
Jesais - Jeunes en santé indicateurs et suivi. La santé des élèves de sixième en Picardie
Rectorat de l'Académie d'Amiens, ARS Picardie, Conseil régional, OR2S, 8 p.

Mai 2015

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

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

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

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

Juin 2015

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

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

Juillet 2015

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

Août 2015

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

Septembre 2015

Hervé Villet, Olivia Guérin, François Michelot, Angélique Lefebvre, Nadège Thomas, Alain Trugeon
La santé des jeunes en seconde en Haute-Normandie - Sexualité et contraception
ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, OR2S, 8 p.

Angélique Lefebvre, François Michelot, Olivia Guérin, Nadège Thomas, Alain Trugeon
La santé des jeunes en cinquième en Haute-Normandie - Santé et prévention
ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, OR2S, 12 p.

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

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

Angélique Lefebvre, Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon
La santé des jeunes en Haute-Normandie - Synthèse
ARS Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, Rectorat de l'Académie de Rouen, OR2S, 12 p.

Octobre 2015

Bertrand Boixeda, Anne-Claire Bouchez, Sylvia Carette, Rémy Caveng, Émilie Fauchille, Lugdivine Godin, Bruno Goethals, Juliette Halifax, Laurent Haegemann, Marie-Véronique Labasque, Patrick

Le Scouëzec, Philippe Lorenzo, Laurence Moutiez, Anna Ouattara, Aline Osman-Rogelet, Claude Thiaudière, Alain Trugeon, Cédric Van Gertruy
Lettre d'information de la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie n°29
ARS Picardie, Conseil régional, DRJSCS, OR2S, 20 p., n° ISSN : 1962-283X

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

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

Novembre 2015

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

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

Quentin Ory, Sophie Debuissier, François Michelot, Nadège Thomas, Alain Trugeon, Rémi Andrzejewski, Philippe Arzoumanian, Laïla Bentoudja, Jean-Paul Bocquet, Gérard Bouvais, Cédric Carretier, Karim Chougui, Catherine Daunou, Juan-Francisco Gutierrez, Mauricette Hervé, Laurence Jaumont, Michel Leroy, Virginie Louedec, Camille Ndongdoki, Jessica Panchout, Sabrina Perronnet, Erwan Pouliquen, Isabelle Soret, Cyrille Tellart ,
Les indicateurs de cohésion sociale
Préfet de la région Haute-Normandie, Région Haute-Normandie, ARS, OR2S, 64 p.

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

Décembre 2015

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

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

Salah Zerkly, Émilie Fauchille, Alain Trugeon, René Faure, Charlotte Kovar, Kaïssa Azzam, Marie-Pierre Bauzin, Frédéric Belot, Vincent Breme, Jérôme Dulot, Tong Gentil, Michèle Savin
État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire en Picardie
ARS, ministère de la justice, CH de Château-Thierry, EPSMD de l'Aisne, CH de Laon, CH de Beauvais, CHI Clermont de l'Oise, CHI Compiègne-Noyon, GHPSO, CHU Amiens Picardie, CH Philippe Pinel, OR2S, 4 p.

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

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

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

Janvier 2016

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

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

Angélique Lefebvre, Quentin Ory, Laëtitia Rollin, François Michelot, Alain Trugeon
Lettre Evest en Haute-Normandie n°3, Synthèse du rapport régional - Données 2009 à 2013
ARS, Direccte, Carsat, CHU Hôpitaux de Rouen, OR2S, 4 p.

Février 2016

Angélique Lefebvre, Laëtitia Rollin, François Michelot, Alain Trugeon
Lettre Evest en Haute-Normandie n°4, Les troubles musculo-squelettiques
ARS, Direccte, Carsat, CHU Hôpitaux de Rouen, OR2S, 4 p.

Mars 2016

Sylvie Bonin, Gérard Bouvais, David Durand, Catherine Gay, Olivia Guérin, Angélique Lefebvre, Corinne Leroy, Philippe Lorenzo, François Michelot, Quentin Ory, Cyrille Tellart, Christine Théry, Thomas Virault
La jeunesse en Haute-Normandie : Éviter les ruptures, favoriser les passerelles, Actes de la 1^{re} journée de la PF2S Haute-Normandie
ARS, Région Haute-Normandie, DRJSCS, OR2S, 64 p.

Septembre 2016

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

Novembre 2016

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

Décembre 2016

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

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

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

Janvier 2017

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

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

ARS des Hauts-de-France, ministère de la justice, CH de Château-Thierry, EPSMD de l'Aisne, CH de Laon, CH de Beauvais, CHI Clermont de l'Oise, CHI Compiègne-Noyon, GHPSO, CHU Amiens Picardie, CH Philippe Pinel, OR2S, 4 p.

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

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

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

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

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

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

Mars 2017

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

La lettre Evrest en Normandie n°5, Evrest Normandie

ARS, Direccte, Carsat, CHU de Rouen, OR2S, 4 p.

Avril 2017

Angélique Lefebvre, Laétitia Rollin, François Michelot

La lettre Evrest en Normandie n°6, L'entretien santé travail

ARS, Direccte, Carsat, CHU de Rouen, OR2S, 4 p.

Laétitia Rollin, Angélique Lefebvre, Nicoletta Lesueur, François Michelot et al.

Evrest et la prévention des RPS au CHU de Rouen, Lettre Evrest nationale n°8

Université de Rouen, CHU de Rouen, Gis Evrest, OR2S

Angélique Lefebvre, François Michelot

Diagnostic territorial « santé-sécurité au travail » Normandie

Direccte, OR2S, 71 p.

Juin 2017

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

Les indicateurs de cohésion sociale

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

Décembre 2017

Anne Duchemin, Julien Kounowski, Philippe Lorenzo, Laurence Moutiez, Julien Salingue, Christophe Trouillard, Alain Trugeon

Plateforme sanitaire et sociale Hauts-de-France

DRJSCS, Conseil régional, ARS, OR2S, 12 p.

Angélique Lefebvre, François Michelot, Laétitia Rollin, Corinne Lenotre, Fabien Dervin, Mathilde Boulanger, Marie-Hélène Gaultier

Évolutions et relations en santé au travail (Evrest) - Rapport régional Normandie - Exploitation des données 2014 à 2016

ARS, Direccte, Carsat, CHU de Rouen, OR2S, 93 p.

Marc Lonnoy, Yves Duchange, Stéphanie Frère, Gwen Marqué, Philippe Lorenzo, Nadège Thomas, Alain Trugeon

Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire de l'Aisne

CTS de l'Aisne, PRS, OR2S, ARS, 8 p.

Joseph Debray, Luc Rollet, Stéphanie Frère, Gwen Marqué, Philippe Lorenzo, Nadège Thomas, Alain Trugeon

Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire de l'Oise

CTS de l'Oise, PRS, OR2S, ARS, 8 p.

Jean-Pierre Canarelli, Cécile Gueraud, Stéphanie Frère, Gwen Marqué, Philippe Lorenzo, Nadège Thomas, Alain Trugeon

Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire de la Somme

CTS de la Somme, PRS, OR2S, ARS, 8 p.

Brigitte Doré, Nicolas Brûlé, Stéphanie Frère, Gwen Marqué, Philippe Lorenzo, Nadège Thomas, Alain Trugeon

Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire du Pas-de-Calais

CTS du Pas-de-Calais, PRS, OR2S, ARS, 8 p.

Jean-Louis Playe, Hélène Toussaint, Stéphanie Frère, Gwen Marqué, Philippe Lorenzo, Nadège Thomas, Alain Trugeon

Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire du Hainaut

Conseil territorial de santé, PRS, OR2S, ARS, 8 p.

Martine Lefebvre, Hélène Toussaint, Stéphanie Frère, Gwen Marqué, Philippe Lorenzo, Nadège Thomas, Alain Trugeon

Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire de Métropole-Flandres

CTS de Métropole-Flandres, PRS, OR2S, ARS, 8 p.

Février 2018

Olivia Guérin, François Michelot
La santé sexuelle des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
ARS, OR2S, 8 p.

Avril 2018

François Michelot, D^r Marie-Marguerite Defebvre, Brigitte Caron, Marie-Alexandra Divandary, Alain Trugeon
Bilan gériatrique régional et du plan maladie neuro-dégénératives des Hauts-de-France
ARS, OR2S, 150 p.

Alain Trugeon, Nadège Thomas
Communauté de communes des 7 Vallées : Portrait socio-sanitaire
Conseil régional, OR2S, 8 p.

Alain Trugeon, Nadège Thomas
Communauté de communes de la Thiérache du centre : Portrait socio-sanitaire
Conseil régional, OR2S, 8 p.

Mai 2018

Olivia Guérin, François Michelot
Les troubles nutritionnels en Normandie
ARS, CHU de Rouen, CHU de Caen, OR2S, 8 p.

SIGLAIRE & TABLE DES MATIÈRES

Siglaire A à Dg

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

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

Adelf : Association des épidémiologistes de langue française

Adeli : Automatisation des listes

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

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

AE : Autorité d'enregistrement

AED : Autorité d'enregistrement déléguée

AG : Assemblée générale

Agit : Application de gestion de données des indicateurs territorialisés

AIO : Accueil, information et orientation

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

ALD : Affections de longue durée

Anap : Agence nationale d'appui à la performance

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

APL : Accessibilité potentielle localisée

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

APT : Activités physiques pour tous

ARS : Agence régionale de santé

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

Aucas : authentification des utilisateurs par carte de sécurité

Bef : Bassin d'éducation et de formation

BIJ : Bureau information jeunesse

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

BRSP : Base régionale de santé publique

BTI : Base territorialisée des indicateurs

BTP : Bâtiment et travaux publics

CA (1) : Conseil d'administration

CA (2) : Communauté d'agglomération

Caf : Caisse d'allocations familiales

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

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCES : Commission de certification des établissements de santé

CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

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

Ceser : Conseil économique, social et environnemental régional

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

CGDD : Commissariat général au développement durable

CGET : Commissariat général à l'égalité des territoires

CH : Centre hospitalier

CHI : Centre hospitalier inter-communal

CHU : Centre hospitalier universitaire

Cil : Correspondant informatique et libertés

Cim : Classification internationale des maladies

CIO : Centre d'information et d'orientation

Cire : Cellule d'intervention en région

CLS : Contrat local de santé

CLSM : Conseil local de santé mentale

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 régionale de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

Cpam : Caisse primaire d'assurance maladie

CPO : Convention pluriannuelle d'objectifs

CR : Conseil régional

CRCOM3S : Comité régional de coordination de l'observation médico-sociale, sociale et sanitaire

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

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

Cresge : Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion

Criann : Centre régional informatique et d'applications numériques de Normandie

Crij : Centre régional d'information jeunesse

Croct : Comité régional des conditions de travail

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

CSG : Court séjour gériatrique

CSV : *Comma-separated values*

CTS : Conseil territorial de santé

DADS : Déclaration annuelle des données sociales

DAO : Dessin assisté par ordinateur

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

DCIR : Datamart de consommation inter-regimes

DDCS : Direction départementale de cohésion sociale

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

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

Dgesco : Direction générale de l'enseignement scolaire

DGFIP : Direction générale des finances publiques

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

Siglaire Dh à Of

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (remplacée par la DGOS)

Dim : Département d'information médicale

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

Disp : Direction interrégionale des services pénitentiaires

DPD : Délégué(e) à la protection des données

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

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

DRDJSCS : Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Dreal : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DRTEFP : Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (devenue Direccte en 2010)

DTP : Diphtérie, tétanos, poliomyélite

EmeVia : Ensemble des mutuelles étudiantes

Edi : *European Deprivation Index*

Ehpad : Établissement hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIVP : Évolution d'impact sur la vie privée

EnJEU Santé : Enquête auprès des JEUnes sur la Santé

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

EPSMD : Établissement public de santé mentale départemental

Eri : Équipe de recherche Inserm

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

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

ETP (1) : Éducation thérapeutique du patient

ETP (2) : Équivalent temps plein

Evrest : Évolutions et relations en santé au travail

Fas : Fédération des acteurs de la solidarité

Feder : Fonds européen de développement régional

FFRSP : Fédération française des réseaux de santé en périnatalité

FHF : Fédération hospitalière de France

Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

FSE : Fonds social européen

Gafa : *Google, Apple, Facebook, Amazon*

Gedidot : Gestion et diffusion de données transfrontalières

GHPSO : Groupe hospitalier public du sud de l'Oise

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

Gis : Groupement d'intérêt scientifique

Go : Giga-octets

GPRO : Groupement permanent régional d'orientation des conditions de travail

GPS : *Global Positioning System*

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

Grog : Groupe régional d'observation de la grippe

HAD : Hospitalisation à domicile

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

https : *Hypertext transfer protocole secure*

IBM : *International Business Machines*

Ifsi : Institut de formation en soins infirmiers

Igas : Inspection générale des affaires sociales

IJ (1) : Information jeunesse

IJ (2) : Indemnités journalières

INCa : Institut national du cancer

Indiss : Indicateurs de suivi en santé

INDS : Institut national des données de santé

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

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

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

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

InVS : Institut de veille sanitaire (devenue ANSP depuis le 1^{er} mai 2016)

Irdes : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

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

IRTS : Institut régional du travail social

ISBN : *International standard book number*

ISD : indicateurs sociaux départementaux

ISSN : *International standard serial number*

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

Jesais : Jeunes en santé, indicateurs et suivi

MCO : Médecine, chirurgie et obstétrique

MCP : Maladies à caractère professionnel

MDE : Maintien dans l'emploi

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

Metric : Mesure des trajets inter-communes

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

MSA : Mutualité sociale agricole

N : Normandie

NEET : *Not in education, employment or training*

Neo : Normandie études observation

NOTRe : Nouvelle organisation territoriale de la République

OFBS : Observatoire franco-belge de la santé

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Siglaire Op à W

Open/Rome : *Organize Promote Epidemiological Network*/Réseau d'observation des maladies et des épidémies

OR2S : Observatoire régional de la santé et du social

ORS : Observatoire régional de la santé

OSH : Observatoire de la santé du Hainaut

OSRM : *Open source routine machine*

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

PAO : Publication assistée par ordinateur

PC : *Personal Computer*

PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles

PDF : *Portable Document Format*

PF2S : *Plateforme sanitaire et sociale*

PIA : *Privacy Impact Assessment*

PicAlim : *Picardie alimentation*

PIJ : Point information jeunesse

Piver : Plateforme d'information et de valorisation des études dans la région

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNNS : Programme national nutrition santé

PPS : Prévention et promotion de la santé

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

PRS : Projet régional de santé

PRSE : Plan régional santé environnement

PRST : Plan régional santé au travail

Réfips : Réseau francophone international de promotion de la santé

Rim-P : Recueil d'information médicalisée en psychiatrie

RGPD : Règlement général de la protection des données

RLPS : Réseau local de promotion de la santé

Ror : Rougeole, oreillons, rubéole

RP : Recensement de la population

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

RPS : Risques psycho-sociaux

RSI : Régime social des indépendants

SA : Société anonyme

SAE : Statistique annuelle des établissements

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

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

SFSP : Société française de santé publique

Sgar : Secrétaire général aux affaires régionales

SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

SI : Système d'information

Sida : Syndrome de l'immunodéficience acquise

SIG : Système d'information géographique

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

Siumpss : Service interuniversitaire de médecine préventive et de la promotion de la santé

SNDS : Système national des données de santé

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

Spad : Système portable pour l'analyse des données numériques

SPSS : *Statistical Package for the Social Sciences*

SQL : *Structured Query Language*

Sraddet : Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires

Statiss : Statistiques et indicateurs de la santé et du social

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Sumpps : Service universitaire de médecine préventive et de la promotion de la santé

T2A : Tarification à l'activité

To : Teraoctets

UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire

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

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

VIH : Virus de l'immuno-déficience humaine

Wifi : *Wireless Fidelity*

Table des matières

SOMMAIRE

PRÉAMBULE

Sécurisation des données : un axe majeur de développement

HISTORIQUE, MISSIONS, PARTENAIRES

Historique

Missions

Partenaires

CONSEIL D'ADMINISTRATION & BUREAU

23 membres de droit

22 membres élus

Le Bureau

LOCAUX & PERSONNEL

Locaux

Personnel

Pôle administratif

Pôle informatique

Pôle études et bases de données

Antenne de Rouen

MOYENS TECHNIQUES

Hardware

Software

Autres matériels internes et externes

ASPECTS FINANCIERS

Évolution du budget et des financeurs

p. 3	ACTIVITÉ & TEMPS
	Personnel et horaires de travail
	Heures effectuées en 2017 suivant le projet
	Évolution des heures travaillées
p. 7	suivant la nature de l'activité
	AU QUOTIDIEN
p. 11	Gestion
p. 11	Réunions - Formations
p. 11	Savoir, faire, savoir faire et faire savoir
	PÔLE SANTÉ
p. 15	Mortalité
p. 16	Morbidité - Affections de longue durée
p. 17	Morbidité - Hospitalisation
	Système national des données de santé
	Morbidité - Certificats de santé
	Professionnels de santé
p. 21	Offre en établissements et services
p. 21	Programme de surveillance des
	maladies à caractère professionnel
p. 22	État de santé des personnes détenues
p. 22	Jeunes en santé, indicateurs et suivi
p. 23	Autour de la nutrition
p. 24	État des lieux socio-sanitaire
	par zone d'observation
p. 27	Conseils territoriaux de santé
p. 27	Programme régional pour l'accès
p. 27	à la prévention et aux soins
	Bilan gériatrique
	Programmes en éducation thérapeutique
p. 31	du patient

	Patients complexes	p. 61
p. 35	Accès aux soins de premier recours	p. 62
p. 36	Conseil local de santé mentale à Amiens	p. 62
	Atlas santé travail	p. 63
p. 37	<i>GeDiDoT</i>	p. 64
	Mon métier demain	p. 65
	Accompagnement des politiques publiques	p. 66
p. 41	La santé des personnes détenues	p. 67
p. 41	Santé au travail : le dispositif <i>Evrest</i>	p. 68
p. 41	Valorisation des données de santé au travail	p. 69
	<i>EnJEU Santé</i>	p. 70
	<i>Normanut III</i>	p. 71
p. 45	Réseau Information Jeunesse	p. 72
p. 46	Contexte régional socio-sanitaire	p. 73
p. 47	Santé sexuelle	p. 73
p. 48	SCORE-Santé	p. 74
p. 49	Santé scolaire	p. 75
p. 50		
p. 51	PÔLE SOCIAL	
	Données de nature sociale	p. 79
p. 52	<i>Plateforme Hauts-de-France</i>	p. 80
p. 53	<i>Base territorialisée des indicateurs</i>	p. 81
p. 54	<i>Normandie Études et observation</i>	p. 82
p. 55		
	RECHERCHE & DÉVELOPPEMENTS	
p. 56	Outil de calcul	p. 85
p. 57	Application de gestion des indicateurs	
	territorialisés (<i>Agit</i>)	p. 86
p. 58	Cartographie	p. 87
p. 59	Questionnaire	p. 88
	Sécurisation	p. 89
p. 60		

Table des matières

Entretiens collectifs, ou <i>focus groups</i>	p. 90
Enquêtes quantitatives	p. 91
Lissage géographique et calcul de temps d'accès	p. 92
COMMUNICATION & DOCUMENTATION	
Documentation	p. 95
Site internet	p. 96
La chaîne <i>YouTube</i>	p. 96
Sites internet des <i>Plateformes sanitaires et sociales</i>	p. 97
Lettre d'information de la <i>Plateforme sanitaire et sociale</i>	p. 98
Interventions	p. 99
Formations	p. 102
Documents publiés (depuis 2015)	p. 104
SIGLAIRE & TABLE DES MATIÈRES	
Siglaire de A à Dg	p. 111
Siglaire de Dh à Of	p. 112
Siglaire de Op à W	p. 113
Table des matières	p. 114

Copyrights

Logiciels

Microsoft Excel de Microsoft®

Adobe In Design™ de Adobe System Incorporated

Adobe Illustrator™ de Adobe System Incorporated

Adobe Photoshop™ de Adobe System Incorporated

Polices de caractères

Adelle Basic®

Helvetica Neue LT Std®

Museo Slab®

Réalisation

Macintosh IMac Intel Core 2

Imprimante Canon C5540

Siège social

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

Antennes

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

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

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

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

Directrice de la publication : D^r Élisabeth Lewandowski

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

Imprimé en mai 2018 à l'observatoire régional de la santé et du social