

Rapport d'Activité

Année 2017



OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DU GRAND EST (ORS Grand Est)

Siège : Hôpital Civil – Bâtiment 02 – 1er étage 1, place de l'Hôpital – 67091 STRASBOURG Cedex Tél. : 03 88 11 69 80 – Siret : 328 921 911 00033 Site internet : www.orsal.org - E-mail : orsal@orsal.org

Site de Nancy : 2, rue du Doyen Jacques Parisot

54500 Vandœuvre-lès-Nancy

Tél.: 03 83 67 68 69

Site: www.orsas.fr - E-mail: contact@orsas.fr

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU GRAND EST – ORS GRAND EST

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Membres de droit

Docteur Alexandre FELTZ Adjoint au maire de Strasbourg en charge

de Santé publique et environnementale

Madame Jacqueline IBRAHIM Administratrice URIOPSS Champagne-

Ardenne

Madame Françoise MAGER Présidente de l'Union Régionale

interfédérale des Œuvres Privées Sociales et Médico-sociales d'Alsace - URIOPSS

Grand Est

Madame Sylvie MANSION Directrice de la coordination régionale de

la Gestion du risque du Grand Est -

Directrice de la CPAM du Bas-Rhin

Docteur Henri METZGER Conseiller municipal de Mulhouse,

délégué aux actions de santé publique

Madame Nicole WITTEMER Représentante de la Caisse d'Assurance

Retraite et de la santé au Travail Alsace-

Moselle

Personnes Morales physiques et qualifiées

Monsieur Alain AYERBE Directeur du Département de

Démographie à l'Université de Strasbourg

Professeur Serge BRIANÇON Université de Lorraine

Madame Anne FRAIPONT Conseillère départementale du canton de

Vouziers (Les Ardennes)

Secrétaire-Adjointe de l'ORS Grand Est

Madame Sophie GANGLOFF Université de Reims

Docteur Véronique GUILLOTIN Sénatrice, Vice-Présidente du Conseil

Régional Grand Est

Monsieur Gérard HOUOT Retraité, Directeur des Soins, Ex-Président

CROI Lorraine

Premier Vice-Président de l'ORS Grand Est

Monsieur Joseph LOSSON Directeur honoraire de la CPAM du Bas-

Rhin

Trésorier de l'ORS Grand Est

Professeur Nicolas MEYER Professeur des universités – Praticien

hospitalier - Pôle de Santé Publique -Santé au Travail - Hôpitaux Universitaires

de Strasbourg

Secrétaire de l'ORS Grand Est

Monsieur Patrick MEYER Vice-président du Conseil Économique et

Social de Lorraine

Assesseur du Bureau du Conseil d'administration de l'ORS Grand Est

Madame Laure MILLER Vice-Présidente Atmo Grand Est

Trésorière-Adjointe de l'ORS Grand Est

Professeur Jean Yves PABST Vice-Président Finances de l'Université de

Strasbourg

Président de l'ORS Grand Est

Madame Marie-Odile SAILLARD Directrice Générale du Centre Hospitalier

Régional Metz-Thionville

Monsieur Yvon SCHLERET Président Association Carrefour Metz

Monsieur Bernard TAUVEL Cadre de Santé – Service d'alcoologie

CHRU de Nancy

MEMBRES DU BUREAU

Professeur Jean Yves PABST Vice-Président Finances de l'Université de

Strasbourg

Président de l'ORS Grand Est

Monsieur Gérard HOUOT Retraité, Directeur des Soins, Ex-Président

CROI Lorraine

Premier Vice-Président de l'ORS Grand Est

Professeur Nicolas MEYER Professeur des universités – Praticien

hospitalier - Pôle de Santé Publique -Santé au Travail - Hôpitaux Universitaires

de Strasbourg

Secrétaire de l'ORS Grand Est

Monsieur Joseph LOSSON Directeur honoraire de la CPAM du Bas-

Rhin

Trésorier de l'ORS Grand Est

Madame Anne FRAIPONT Conseillère départementale du canton de

Vouziers (Les Ardennes)

Secrétaire-Adjointe de l'ORS Grand Est

Madame Laure MILLER Vice-Présidente Atmo Grand Est

Trésorière-Adjointe de l'ORS Grand Est

Monsieur Patrick MEYER Vice-président du Conseil Économique et

Social de Lorraine

Assesseur du Bureau du Conseil d'administration de l'ORS Grand Est

PERSONNEL SALARIÉ DE L'ORS GRAND EST :

Équipe permanente : contrats à durée indéterminée

Michel BONNEFOY Directeur

Frédéric IMBERT Directeur Adjoint

Nicole SCHAUDER Médecin de santé publique

Marie ANSELM Chargée d'études Sabrina BOIME Chargée d'études Laurent CHAMAGNE Chargé d'études Chargée d'études Emilie GARDEUR-ALGROS Simon GIOVANINI Chargé d'études Nadia HONORE Chargée d'études Chargée d'études Laurence MOINE Florence SCHWARZ Chargée d'études Chargée d'études Claire VESQUE

Corinne ASSANI Secrétaire

Sylvie DROESCH-CLAUSS Secrétaire – Comptable – PAO

Personnel sous contrat à durée déterminée

Eléonore MONNIER Assistante de recherche

Contrat à durée déterminée – Démission au 14 janvier 2018

Stagiaire/interne en Santé Publique

Clémence RISSER Interne en Santé publique

Du 2 novembre 2017 au 30 avril 2018

Charlotte PETIT Stagiaire

Du 7 août 2017 au 1^{er} septembre 2017

Structure de l'équipe de l'ORS Grand Est au 31/12/17 (équivalents temps plein)

DIRECTION (2 équivalents temps plein)

Michel BONNEFOY Personnel permanent - Plein temps
Frédéric IMBERT Personnel permanent - Plein temps

MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE (0,2 équivalent temps plein)

Nicole SCHAUDER Personnel permanent - Temps partiel (0,2 ETP)

Coordination des Etudes (1 équivalent temps plein)

Emilie GARDEUR Personnel Permanent- Plein Temps

CHARGÉS D'ÉTUDES (5,6 équivalents temps plein)

Marie ANSELM
Personnel permanent - Temps partiel (0,8 ETP)
Sabrina BOIME
Personnel permanent - Temps partiel (0,8 ETP)

Laurent CHAMAGNE Personnel permanent- Plein Temps

Nadia HONORE Personnel permanent - Temps partiel (0,8 ETP)
Laurence MOINE Personnel permanent - Temps partiel (0,8 ETP)
-congés maternité d'avril 2017 à août 2017 puis congé parental jusqu'au 31 janvier 2018

Florence SCHWARZ Personnel permanent - Plein temps

Claire VESQUE Personnel permanent- Temps partiel (0,4 ETP)

Assistante de Recherches (1 équivalent temps plein)

Eléonore MONNIER Personnel temporaire

-depuis le 27 février 2017

ADMINISTRATION, COMPTABILITÉ, ASSISTANCE D'ÉTUDES, PAO (2 équivalents temps plein)

Corinne ASSANI Personnel permanent - Plein temps
Sylvie DROESCH-CLAUSS Personnel permanent - Plein temps

SOMMAIRE:

I- LES MISSIONS DES ORS	p.11
II- PROGRAMME DE TRAVAIL RELEVANT DE LA COMMANDE PUBLIQUE DE L'ÉTAT	p.15
A – La commande publique permanente : : : : : : : : : : : : : : : : : : :	p.15
A-1 : Mise à jour des tableaux de bord 2017 A-2 : Cartographie dynamique A-3 : Tableaux de synthèse territoriaux	
B - Animation territoriale	p.18
B-1: Réponses ponctuelles à des demandes d'information/activités du site internet B-2: Participation à des réunions ou groupes de travail B-3: Interventions dans les écoles de formation des personnels médicaux, para sociaux B-4: Interventions lors de colloques et ou de journées à thèmes B-5: Bulletins B-6: Mutualisation des informations au niveau national dans le cadre de la Fédéra des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) – C.O.M Fnors: Score Santé, Insta	amédicaux ou tion Nationale
C – Les commandes publiques spécifiques pluriannuelles	p.23
C-1 : Evaluation du projet CAAPS C-2 : Etude sur la santé des détenus C-3 : Evaluation de l'impact des CLS de Strasbourg et Eurométropole à l'échelle d'u	n quartier

C-5 : Etude préparatoire à l'extension du dispositif d'interprétariat en médecine libérale

Sur la réduction des ITSS (2 quartiers) C-4 : Evaluation du CLS de Mulhouse C-6 : Exploitation des données des bilans de santé des élèves de 6ème en Alsace enregistrés dans le logiciel L2S

D – Les commandes publiques spécifiques annuelles

p.30

- D-1: Rapport annuel de la CRSA sur les droits des usagers du système de santé
- D-2 : Dépistage du diabète en officine
- D-3: Exploitations Complémentaires étude HBSC 2014
- D-4 : Extension de l'enquête HBSC à la région Grand Est
- D-5: Synthèse PRS 2
- D-6 : Exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois en Lorraine et dans le Grand Est
- D-7 : Elaboration d'une base morbidité/mortalité
- D-8 : Réflexions sur une filière périnatale pour le GHT 5
- D-9 : Finalisation analyse offre de soins Vs Besoins de soins en Santé Mentale sur

le territoire de Metz Métropole

- D-10 : Participation et animations du dispositif de prévention « Faites la Fête » de l'Université de Lorraine
- D-11 : Cahier des charges pour la création d'un Observatoire pérenne de la santé mentale en région Grand Est
- D-12: Evaluation de la collation matinale

III- PROGRAMME DE TRAVAIL SUR CRÉDIT D'ÉTUDES SPÉCIFIQUES

p.44

E- Programmes pluriannuels

p.44

- E-1: Maladies à caractère professionnel 2016 et 2017
- E-2: REIN: Réseau Epidémiologie et information en Néphrologie
- E-3 : Réseau REIN : Etude syndrome métabolique II
- E-4 : Plateforme régionale ressource spécialisée en matière de radicalisations violentes

Maison des adolescents

F- Programmes renouvelables annuellement - programme 2017

p.48

- F-1: Accompagnement SIAO phase 1 DRDJSCS
- F-2: Accompagnement SIAO phase 2 chantiers 1 et 2-DRDJSCS
- F-3 : Etat des lieux santé-environnement Grand Est en vue de l'élaboration du 3ème plan régional santé environnement (PRSE3) DREAL ARS
- F-4 Suite état des lieux PRSE3 Typologies des territoires DREAL

- F-5 : La santé des 15-29 ans Région Grand Est
- F-6 : Etude de la santé mentale 52 ORS Bourgogne-Franche-Comté
- F-7 : Etude sur les orientations de la politique de prévention en Régime Local d'Assurance Maladie RLAM
- F-8 : Réalisation d'un diagnostic transfrontalier sur l'offre de soins et les potentiels de coopération dans le secteur de la santé sur le territoire de l'Euro district PAMINA TRISAN
- F-9: Evaluation des ateliers prévention des Personnes Âgées Carsat
- F-10 : Observatoire local de la Santé Eurométropole de Strasbourg

I - LES MISSIONS DES ORS :

1 - Rappel :

Créés au début des années 80, les ORS sont nés dans le cadre de la décentralisation. Accompagnant le processus de mutation territoriale issue de la loi Notre, ils sont aujourd'hui au nombre de 17, 13 dans l'hexagone et 4 en territoire ultra marin, en lieu et place des 26 puis progressivement 22 des années précédentes.

Les ORS sont regroupés au sein de la Fédération Nationale des ORS (FNORS) depuis 1988.

Ces dernières années et pour des raisons variables, plusieurs membres du réseau des ORS ont soit cessé d'exister, soit modifié leur statut. Ainsi, les ORS Haute-Normandie, Franche-Comté, Champagne-Ardenne et Nord Pas de Calais ont cessé leurs activités, quant aux ORS Languedoc-Roussillon et Basse-Normandie, ils ont fusionné avec les CREAI locaux pour fonder une nouvelle entité CREAI-ORS.

La réforme territoriale engagée a permis la création d'un ORS Bourgogne-Franche Comté en 2015, premier d'une perspective de création d'ORS à la taille des nouvelles régions, suivi des ORS Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle Aquitaine et bien sûr de l'ORS Grand Est. La région Haut de France a connu, comme la région Bourgogne-Franche Comté, la création d'un ORS à la taille de la nouvelle région sans processus de fusion (dans les 2 cas, l'ORS partenaire territoriale avait cessé son activité préalablement) Il en est partiellement de même pour l'ORS Grand Est concernant l'ante région Champagne-Ardenne.

La principale mission des ORS est l'aide à la décision de par l'observation et la mise à disposition de l'information sur l'état de santé de la population et ses besoins.

« Les ORS contribuent (...) souvent de manière décisive aux méthodes de préparation des priorités régionales de santé et de confection des programmes régionaux de santé. Au-delà, les ORS les plus actifs et les mieux insérés dans leur région développent des travaux pour d'autres partenaires, tant dans le champ de la santé que dans celui du social : ces activités (...) les confirment dans un rôle de référent et d'expert souvent rare en région »

Extrait du rapport annuel 2002 de l'Inspection générale des affaires sociales : « Pratiques sociales de l'Etat en territoires »

La première tâche des ORS consiste donc à valoriser les connaissances disponibles en les rendant accessibles à ceux qui peuvent les utiliser dans leurs prises de décision.

Pour remplir cette mission, les ORS mettent en œuvre de nombreuses techniques : analyse et synthèse des données disponibles, réalisation d'enquêtes spécifiques, recherche documentaire, participation à des formations et à des groupes de travail.

Experts en santé publique, les ORS suscitent ou développent des études dans des domaines moins bien explorés, accompagnent des évaluations internes ou réalisent des évaluations externes.

La Fédération Nationale des ORS (FNORS) gère la mise à jour de la base de données régionale en santé publique pour le compte du ministère de la santé et de la CNAMTS conformément au protocole d'accord national « SCORE-santé ». Les ORS alimentent la base en continu. L'objectif prioritaire de la FNORS est de favoriser les échanges entre tous les ORS, de favoriser la coordination de travaux multicentriques et de faire connaître leurs travaux. Les ORS d'Alsace et de Lorraine sont membres du bureau de la FNORS et les 2 directeurs ont participé activement à la réforme réussie de la nouvelle gouvernance de la FNORS, de ses nouveaux statuts et de son nouveau règlement intérieur. Cette réforme s'est concrétisée par la signature d'une nouvelle convention d'engagement entre les ORS et la FNORS. Nous pouvons noter aussi une participation active à l'Instance Qualité de la FNORS, et que d'un point de vue fédératif, 2017 est

aussi une année majeure pour notre réseau puisque l'accès effectif aux bases de données SNDS a été obtenu, notamment par un travail constant et efficace des administrateurs de la FNORS.

Comme la plupart des ORS, l'ORS Grand Est a un statut associatif, il s'agit ici d'un statut d'association de droit local.

Ses statuts organisent le conseil d'administration où sont représentées les principales institutions régionales concernées par l'information sanitaire et sociale et les représentations des professionnels de santé. Nous pouvons noter à la fois un continuum de participation issu des instances des ORS Alsacien et Lorrain et un renouvellement pour une part non négligeable de nouveaux membres, en particulier issus de l'ex région champ-ardennaise.

2 - Situation locale:

Espace: nom masculin

1.étendue qui ne fait pas obstacle au mouvement.

2. didactique : Milieu idéal dans lequel sont localisées les perceptions.

L'espace visuel, tactile.

Transition : nom féminin

1. Manière de passer de l'expression d'une idée à une autre en les reliant dans le discours.

2. Passage d'un état à un autre, en général lent et graduel ; état intermédiaire.

La transition entre le froid et la chaleur. Synonymes : changement, évolution

Espace transitionnel

Entre fusion et séparation, existent ce que Winnicott a appelé les « phénomènes transitionnels ». Le fait d'élire dans le monde extérieur un objet en est un. Bout de couverture ou nounours, cet objet n'est pas, en soi, un lieu transitionnel, mais l'enfant y expérimente des phénomènes de transition. Winnicott théorise un espace qui ne soit ni « moi » ni « non-moi », ni dedans, ni dehors. Il l'appelle « l'aire intermédiaire » où le sujet va « vivre » ses expériences, sans plagiat et cet environnement va lui transmettre plus ou moins du patrimoine culturel, permettant ainsi la création de soi, c'est-à-dire l'affirmation de son autonomie, de son existence particulière.

2017 est ainsi une année transitionnelle ou l'ensemble des expérimentations et l'union de deux patrimoines culturels se sont consacrés en un acmé tardif, le 22 décembre, date officielle de la création de l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est (ORS GE). Pour autant, et même si ce fut une période de transition, nous faisons le choix de présenter l'ensemble des travaux réalisé par les ORS d'Alsace et de Lorraine sous un seul et même cadre. En effet, dès le deuxième semestre 2016 nombre de travaux ont été réalisés dans le cadre d'une collaboration étroite entre les deux équipes. Et c'est au cours de cette année 2017 que progressivement la construction d'une grande majorité des études et travaux s'est faite de manière commune et partagée.

Nous avons donc, tout au long de cette année 2017, tant du point de vue administratif, statutaire, organisationnel, construit les bases, puis murs d'un édifice nouveau.

L'engagement constant des anciennes équipes dirigeantes, le soutien des partenaires historiques et particulièrement de l'ARS Grand Est et du Conseil Régional Grand Est, l'adhésion et la participation active des équipes ont permis à cette occasion une fusion réussie de nos associations. Nous avons sollicité des représentants de l'ancien ORS Champagne-Ardenne afin de confirmer dans la personnification de nos instances la preuve de notre couverture grande région, cela ne fut pas possible hélas. Pour autant de nouveaux membres issus de cette ex région ont intégré notre association et pour certains jusqu'à une charge assumée de membres du bureau.

Vous le verrez par ailleurs nos bilans financiers, pour chacune de nos associations sont, hélas négatifs. Les apports des deux ORS au nouvel organisme ne déterminent en rien ce que sera l'avenir. En effet, fort de l'engagement positif de l'équipe que je tiens à saluer chaleureusement ici, fort du soutien confirmé,

même si conditionné, de nos partenaires institutionnels majeurs, fort d'une équipe d'administrateurs nouveaux, connaisseurs de l'histoire mais portés vers le futur, nous croyons sincèrement dans notre capacité à répondre aux nouvelles demandes de l'observation sanitaire et sociale, comme aux nécessaires évolutions de nos pratiques, techniques, choix d'indicateurs et respect des nouvelles contraintes liées au contexte du SNDS, de la RGPD, de la modification globale de l'accès et du respect légal du traitement de données.

Il est temps maintenant pour conclure cette introduction de vous laisser découvrir la diversité de nos études et travaux. Diversité aussi de nos commanditaires qui sont souvent aussi des soutenants anciens et réguliers de nos observatoires. Diversité dont nous tirons notre force de conviction, car nous croyons qu'observer est avant tout créer une richesse de point de vue métissés et respectueux de ceux que nous plaçons au cœur de nos questionnements : la population de nos territoires*.

« Le territoire est à l'espace ce que la conscience de classe est à la classe: quelque chose que l'on intègre comme partie de soi, et que l'on est donc prêt à défendre » (Brunet R. et al., 1993).

II - PROGRAMME DE TRAVAIL RELEVANT DE LA COMMANDE PUBLIQUE DE L'ÉTAT

Depuis plusieurs années l'ORSAS-Lorraine et l'ORS Alsace bénéficient d'un cadre contractuel pour définir la commande publique permanente. Ce cadre contractuel a d'abord été mis en œuvre par les DRASS puis les ARH, c'est ensuite, à partir de janvier 2010 les ARS qui ont assuré le suivi et l'accompagnement des conventions particulières. Ces conventions liant les ORS à l'ARS-Grand Est sont élaborées et évaluées depuis janvier 2016 sous l'autorité de la Direction Qualité Performance et Innovation et en particulier de M. Laurent Dal Mas, Directeur et de Mme Peggy Gibson, responsable du département analyse des données de santé.

Pour rappel les conventions liant l'ARS Lorraine, l'ARS Alsace puis l'ARS Grand Est et les ORS d'Alsace et de Lorraine sont des conventions par objectif trisannuelle (période 2014-2016) dont un avenant a couvert l'extension à l'année 2017 dans l'attente de la confirmation de la création effective d'un ORS Grand Est.

A – La commande publique permanente :

Elle correspond à la mission permanente des Observatoires, à savoir l'observation constante de l'état de santé des habitants du Grand Est, la réunion d'informations permettant la construction d'indicateurs caractéristiques des populations de nos territoires.

Ceci passe par la maintenance des données et des fichiers permettant l'observation de l'état de santé des populations. Une série d'indicateurs synthétisant leur état de santé est produit.

D'une manière concrète l'ORS est chargé de recueillir auprès des organismes producteurs, de rendre opérationnelle l'information recueillie après contrôle de la validité et de la cohérence, de transformer les données brutes en données élaborées, de valoriser et de diffuser l'information par la production de tableaux de bord thématiques, analysés et commentés et par la publication de notes de synthèses spécifiques.

A-1: Mise à jour des tableaux de bord 2017 (Laurent Chamagne)

Problématique - contexte

L'ORSAS Lorraine réalisait un tableau de bord des données sanitaires pour la Lorraine depuis 2007. Ce tableau comportait plus de 1 000 indicateurs déclinés par département et territoire de santé et de proximité. Son rôle, initialement, était de mettre à disposition des indicateurs par territoire d'étude afin de permettre une mise à jour de l'atlas socio-sanitaire de la Lorraine. Ce tableau pouvait également être utilisé afin d'alimenter les diverses études réalisées par l'ORS.

En 2017, ce tableau de bord s'est étendu à l'ensemble du Grand Est. Le nombre d'indicateurs a été réduit à 348 indicateurs. Il s'agit des indicateurs réutilisés dans la « synthèse des territoires », des indicateurs nécessitant des demandes de données particulières aux producteurs de données de la région par l'ORS, ainsi que d'indicateurs d'hospitalisations par pathologie (non exploitables directement par chaque chargé d'études).

Objectifs

Mettre à disposition des membres de l'ORSGE des indicateurs par territoire afin de les réutiliser dans d'autres études.

Réunir les données nécessaires à la réalisation de la synthèse des territoires.

Méthode

Les données recueillies dans le tableau de bord sont issues de trois types de sources différentes :

- Données demandées directement au producteur de données (APA, CMU, minimum vieillesse, dialyses pour insuffisance rénale chronique, retard scolaire en 6^{ème}),
- Données issues des bases recueillies par la FNORS (minima sociaux, ALD, mortalité, professionnels de santé),
- Données traitées sur le site sécurisé de l'Atih (PMSI-MCO).

Les données sont calculées en taux bruts ou en taux standardisés (mortalité, ALD, patients hospitalisés). Le fichier comporte 2 onglets :

- Un onglet « nombres » avec la liste des indicateurs en ligne et des territoires en colonnes (zones d'emploi, GHT, département, Grand Est, France métropolitaine)
- Un onglet « taux » avec la liste des indicateurs en ligne et des territoires en colonnes (zones d'emploi, GHT, département, Grand Est, France métropolitaine)

A-2: Cartographie dynamique (Laurent Chamagne-Claire Vesque)

Problématique - contexte

Jusqu'en 2015, l'ORSAS – Lorraine produisait des cartes par territoire de santé et de proximité portant sur 29 indicateurs démographiques, sociaux, sanitaires et d'offre de soins. Ces cartes étaient téléchargeables sur le site de l'ORSAS-Lorraine au format PDF.

A partir de 2016, ces indicateurs ont été repris dans une cartographie dynamique mise en ligne sur le site de l'ORSAS – Lorraine. Cette cartographie recouvre l'ensemble du Grand Est et était d'abord déclinée par département et par zone d'emploi.

En 2017, ces indicateurs ont été mis à jour.

Objectifs

Mettre à disposition du grand public et des professionnels des données socio-sanitaires à différentes échelles géographiques.

Méthode

Les indicateurs cartographiés sont issus des bases de données fournies par la FNORS ou reçues directement par l'ORS.

Les indicateurs sont calculés par l'ORSGE, les tableaux sont envoyés à l'ORS Centre Val de Loire qui les intègre dans la cartographie dynamique et les met en ligne sur le site de l'ORSAS-lorraine (partenariat visant à optimiser les coûts).

La cartographie dynamique est générée à l'écran en passant par un onglet « indicateurs » où on sélectionne l'indicateur, la date et le découpage géographique souhaités. Des options d'affichage permettent de changer le nombre de classes, les couleurs et le type de carte (dégradé de couleurs,

cercles proportionnels). La carte peut, ensuite être téléchargée au format PDF ou PNG. Le tableau de données peut être téléchargé au format CSV.

 Cartographie dynamique en ligne sur le site de l'ORSAS-Lorraine: http://sig-grandest.orscentre.org/#

A-3: Tableaux de synthèse territoriaux (Laurent Chamagne - Claire Vesque)

Problématique - contexte

L'ORSAS Lorraine réalisait un tableau de bord des données sanitaires pour la Lorraine depuis 2007. Ce tableau comportait plus de 1 000 indicateurs déclinés par département et territoire de santé et de proximité. En 2012, l'ORSAS-Lorraine a réalisé un tableau de synthèse de ces indicateurs afin de mettre à disposition des membres des directions territoriales de l'ARS de Lorraine les statistiques principales de leur territoire. En 2017, ce travail a été étendu à l'ensemble du Grand Est avec un nouveau découpage territorial (département, zone d'emploi, GHT).

Objectifs

Mettre à disposition des professionnels et du grand public un tableau synthétique de 86 indicateurs socio-sanitaires par territoire (10 départements, 31 zones d'emploi et 12 GHT) du Grand Est.

Ces tableaux ont pour objectifs de comparer la situation du territoire avec le reste de la région afin de permettre de savoir rapidement si la situation locale est favorable ou non.

Méthode

Les données indiquées dans ce tableau sont soit collectées par l'ORS directement auprès des producteurs de données (demandeurs d'emploi), soit issus de l'exploitation des fichiers reçus via la FNORS (CNAF, RPPS, CépiDC, CnamTS,...), soit issus de l'exploitation de fichiers accessibles sur internet (recensement).

Ces tableaux comportent une colonne indiquant le nombre de personnes concernées par chaque indicateur, trois colonnes comparant le taux dans le territoire, dans la région et en France métropolitaine, afin de situer le territoire. Les taux minimal et maximal régionaux sont également indiqués et le classement du territoire pour chaque indicateur avec un code de couleur (vert, jaune, rouge) permettant d'avoir un aperçu rapide de la situation (favorable, défavorable ou intermédiaire en comparaison aux autres territoires de la région).

Ces tableaux sont complétés d'un graphique indiquant les causes de surmortalité dans le territoire par rapport au Grand Est en 2012-2014 ainsi que, pour les tableaux par département, d'une carte des taux de bénéficiaires de la CMU-C par EPCI et d'une carte des taux de mortalité prématurée par EPCI afin de visualiser les variations infra-départementales d'un indicateur de précarité et d'un indicateur de santé.

Ce travail a donné lieux à trois livrables : un à l'échelle des départements, un pour les GHT et un troisième pour les zones d'emploi (*En attente pour mise en ligne*).

B – Animation territoriale:

B-1: Réponses ponctuelles à des demandes d'information/activités du site internet

Les bases de données constituées par l'ORS Grand Est pour caractériser l'état de santé des habitants sont utilisées pour répondre à des demandes ponctuelles émanant d'organismes publics ou privés ou encore de particuliers. Ainsi l'ORS GE reçoit-il régulièrement par courriel, appel téléphonique ou via les adresses contact@orsas.fr et/ou orsal@orsal.org des sollicitations soit d'interventions, soit d'informations.

En 2017 le nombre de sollicitations a été moins élevé que l'an passé 34 demandes contre 41. Ainsi l'objet des 34 demandes en 2017 est d'une grande diversité de statuts (étudiants, représentants territoriaux, d'assurance maladie, de mutuelle, journaliste ...) et une tout aussi grande diversité de nature : cartographie, données statistiques, recherches bibliographiques, aide à la construction d'indicateur. L'ensemble des demandes correspond à près de 12 jours de travail/an.

Les consultations sur notre site (www.orsas.fr) sont, stable avec environ 90 000 visites (pour près de 430 000 pages visitées).

Nous pouvons noter que plus de 80 % de l'origine des visites sont des visites directes sur notre site pour 15 % issus de moteur de recherche, le reste étant d'origine inconnue (navigation masquée, tracking désactivé...)

Les documents les plus téléchargés sur notre site sont :

Méthode DELPHI (Méthodologie) 20105 (4 %)

Les méthodes d'observation du domaine sanitaire et social (Méthodologie) 19276 (3 %)

Etude sur les délais de prise en charge du cancer du colon et de la prostate (Pathologies) 15787 (3 %)

La coordination : un processus, une procédure (Aspects socio-économiques) 11105 (2 %)

Recherches qualitatives, Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages I (10746 (2 %)

Analyse de la demande exprimée par les personnes âgées de Haute Saône 7806 (1 %)

La santé en Lorraine 2010 - L'état de santé des lorrains - Analyse 2 (Vue d'ensemble) 6709 (1 %)

La santé en Lorraine 2010 - Les déterminants de la santé - Analyse 1 (Vue d'ensemble) 5840 (1 %)

Atlas de la santé des lorrains 2010 - Première partie : Contexte sociodémographique (Vue d'ensemble)

Atlas de la santé des lorrains 2010 - Seconde partie : Etat de santé, pathologies

B-2 : Participation à des réunions ou des groupes de travail

Problématique – contexte

Dans le cadre de politiques, études ..., des comités, groupes de travail peuvent être mis en place à l'initiative de l'ARS ou d'autres institutions/organismes. Dans le cadre d'une mission d'animation territoriale l'ORS peut participer à ce type de rencontres.

Objectif

L'objectif est de mener des réflexions conjointes, partager des résultats, des diagnostics, concourir à l'élaboration d'actions, à l'identification de priorités, suivre des actions, études, etc.

Méthodes

Groupe vaccination

L'ORSAS a en 2016 continué de participer aux réunions du comité régional vaccination (encore à l'échelle de la Lorraine), lieu d'échanges entre professionnels (médecins, sages-femmes, infirmiers sur le terrain, URPS, Ordres, centres de vaccination, université de Lorraine, uc-cmp, etc.) et ainsi d'apporter avis et expertises (ex : données disponibles telles que les données PMI sur la couverture vaccinale, etc.). Une réunion a notamment eu lieu le 24 janvier 2017 et l'ORS a ensuite participé à la mise à jour du document "foire aux questions" destinées aux professionnels de santé (1 réunion, relecture, propositions).

Groupe Ecoprescription

L'ORSAS a également intégré le comité de suivi de l'action ECOPRESCRIPTION. Cette action portée par l'ASOQS (Association pour la Qualité des Soins) est menée sur le territoire du Pays de Remiremont et de ses vallées, et vise notamment à un changement des comportements en matière de retour des médicaments non utilisés (MNU). Des recueils sur le retour des médicaments sont réalisés dans cette étude mais aussi des analyses dans les milieux environnementaux de la concentration de médicaments traceurs. L'ORS a ainsi participé à identifier une zone témoin en vue de la comparaison des résultats et a en particulier recherché une zone comparable en termes de population (taille, répartition par âge, par catégorie socio-professionnelle CSP) et de densités médicales et officinale. L'ORS a aussi participé au comité de suivi de l'action le 7 juin 2017 à Epinal.

Ateliers d'élaboration du PRSE3

L'ORS (équipe de Nancy et Strasbourg) a participé au processus d'élaboration du PRSE3 souhaité par le comité d'animation DREAL, ARS, Conseil Régional. L'ORS était présent aux 4 réunions ateliers de travail visant à identifier des actions et élaborer des fiches actions (26/01; 02/03; 28/03; 28/04). L'ORS a été identifié pilote d'action à 2 reprises (action 13.1 et 3.2).

L'ORS a également assisté à la signature du PRSE 3 le 9/11 à l'hôtel de Région à Metz.

Observatoire des pollens/Pollin'air

En France, les pollens sont estimés responsables de réactions allergiques chez près de 20 % de la population. Pour autant, il est désormais établi que plus un épisode allergique est pris en amont, plus le traitement pour y remédier sera léger et efficace.

Afin d'améliorer la qualité et la pertinence des informations en région sur les risques allergiques, de nombreux partenaires (Air Lorraine devenu Atmo Grand Est, ORSAS-Lorraine, Jardin botanique Jean-Marie PELT, Université de Lorraine, Agence Régionale de Santé, Réseau National de Surveillance Aérobiologique, Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens) ont développé le projet « **Observatoire des pollens** ».

Ce projet vise à informer les personnes sensibles et les professionnels de santé du développement des plantes à pollens allergisants en Lorraine (puis ultérieurement dans le Grand Est), afin d'améliorer la qualité de vie des personnes allergiques en leur permettant d'anticiper les périodes de pollinisation et d'adapter leurs comportements. Ainsi un réseau citoyen d'observateurs des plantes allergisantes en région a été créé : le réseau Pollin'air.

L'ORS a continué en 2017 à suivre les travaux, participé à la relecture de documents, participé aux réunions de suivi/bilans (notamment réunion bilan le 27/06, restitution sentinelle 30/09).

CRSA

L'ORS GE participe, afin d'apporter une analyse technique aux différents groupes de travail et commissions de l'ARS :

- Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie ;
- Commission Spécialisée de l'Organisation des soins ;
- Commission Spécialisée de la Prévention ;

Ces 3 participations ont représenté en 2017 18 demi-journées de présence de l'ORS GE, hors temps de préparation (88 heures en tout, soit 12 jours d'ETP).

Conférence du Rhin Supérieur

Historiquement la direction de l'ORS Alsace assure la présidence de la commission santé prévention et cette fonction et la participation aux différents groupes de cette instance a représenté 5 jours d'ETP en 2017.

Groupes PRS2

L'ORS GE a participé à plusieurs groupes de préparation du futur PRS 2 et a assuré pour l'un d'entre eux le pilotage d'un sous-groupe (Santé des détenus).

Les 3 groupes auxquels l'ORS a participé sont :

- Addictions
- Santé Mentale
- Santé des Détenus

Pour un volume de 8 jours ETP.

B-3 : Interventions dans les écoles de formation des personnels médicaux, paramédicaux ou sociaux

La diffusion de l'information passe aussi par des séances pédagogiques dans le cadre de la formation initiale t ou continue.

Pour l'année 2017, l'ORS Grand Est a assuré des séances de formation dans les instituts de formation en soins infirmiers de Lionnois ainsi qu'à l'école de sage-femme de la maternité régionale de Nancy et à la faculté de médecine de Strasbourg

Les cours enseignés concernent l'épidémiologie des traumatismes, l'épidémiologie des processus obstructifs et les concepts de précarités au regard des indicateurs pertinents pour en rendre compte.

Les étudiants de médecine de Strasbourg ont eu bénéficiés d'une intervention sur l'intérêt de l'interprétariat en santé.

Ces cours assurés durant l'année civile représentent un volume horaire de 4,5 jours avec leurs préparations.

En 2017 l'ORS GE est intervenu aussi dans les modules optionnels de l'Université Lorraine concernant l'addictologie, et aux bénéfices des étudiants du Master IEPS pour un volume total de 45 heures (12 jours de travail en intégrant la préparation). Le Master de sociologie, spécialité Ingénierie et Expertise des Politiques Sociales (Master IEPS) organisé par l'Université de Lorraine sur le site du Saulcy à Metz, vise à répondre aux besoins des professionnels du secteur en leur permettant d'objectiver et modéliser leur expertise, et de s'inscrire dans un processus de changement. Ce parcours est également accessible aux étudiants en Formation Initiale afin qu'ils s'inscrivent dans une démarche réflexive pour comprendre les rouages des secteurs du social, médico-social et sanitaire.

Une intervention dans le cadre de la formation d'habilitation des adjoints de sécurité de l'Université de Lorraine et concernant les problématiques d'addiction a aussi été réalisé pour 1 journée de travail. Enfin l'équipe du site de Strasbourg collabore depuis longtemps avec l'IREPS Alsace à l'organisation et à l'animation du DU Santé Publique.

B-4 : Interventions lors de colloques et ou de journées à thèmes

En 2017, l'ORS Grand Est a été sollicité pour intervenir à/au :

- le tabac fait débat à Vandoeuvre
- journée réseau périnatal à Pont-à-Mousson,
- journée La santé des migrants
- bilan PPA des 3 vallées
- Santé mentale développement territorial partenariat et Conseil Local de santé mental"
- En quoi l'imagerie médicale peut-elle contribuer à une meilleure efficience de la stratégie de santé des territoires?"

B-5: Bulletins (Emilie Gardeur, Simon Giovanini, Eleonore Monnier)

Contexte

Chaque année, l'ORSAS Lorraine publie un ou deux bulletins à destination du grand public et des professionnels du champ de la santé afin de participer à une diffusion large de l'information produite au sein de l'observatoire. Ces bulletins, réalisés grâce au soutien financier de l'Agence Régionale de Santé Grand Est, permettent de présenter en quelques pages, une analyse, une problématique d'actualité, ou encore une méthode dans le champ de la santé publique.

Objectif

En 2017, un travail en concertation avec les services de l'Assurance Maladie en région (en particulier CPAM de Moselle et Cellule Gestion des risques Grand Est), a permis de proposer un bulletin sur le thermalisme en Grand Est, 5ème région en terme de fréquentation parmi les 11 nouvelles régions disposant de stations thermales.

Méthode

Une analyse documentaire et une collaboration avec les services de l'Assurance Maladie que nous remercions à nouveau vivement a permis :

- de rappeler quelques éléments de définitions et préciser les différents mécanismes d'actions possibles du thermalisme,
- d'exposer les éléments de preuves d'efficacité actuellement publiés sur les cures thermales mais aussi les efforts des professionnels du thermalisme pour s'engager dans le domaine de la prévention en santé et l'éducation thérapeutique,
- de rappeler les conditions pour une prise en charge par l'Assurance Maladie,
- de fournir quelques chiffres en régions (nombre de stations thermales, orientations, fréquentation, patients résidant dans le Grand réalisant des cures thermales)

B-6 : Mutualisation des informations au niveau national dans le cadre de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) — C.O.M. Fnors : Score Santé, Instance Qualité.

A la demande de la FNORS, l'ORS Grand Est a assuré la mise à jour de la partie « contexte » du site de Score Santé concernant la santé mentale. Il s'agissait d'actualiser au regard des évolutions récentes le cadre contextuel et conceptuel de cette thématique dans un document synthétique de 2 pages maximum.

L'ORS Grand Est est, via son directeur, membre de l'Instance Qualité du réseau des ORS. Il s'agissait cette année d'actualiser les référentiels qualité, de les adaptés en prenant en compte les retours de la première année d'auto-évaluation (2012).

C – Les commandes publiques spécifiques pluriannuelles :

C-1 : Evaluation du projet CAAPS (Comportement Alimentaire des adolescents : le pari de la santé) (Laurence Moine, Sabrina Boime, Nicole Schauder)

Contexte

L'action Caaps 2 (Comportement alimentaire des adolescents : le pari sur la santé) a pour objectif général de contribuer à la diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et adolescents en Alsace, en développant en milieu scolaire une démarche de promotion de la santé en matière d'alimentation et d'activité physique. Pour atteindre cet objectif, trois axes intermédiaires ont été déclinés :

- Contribuer à l'amélioration de l'offre en milieu scolaire, péri et extrascolaire, en matière d'actions d'éducation nutritionnelle (alimentation et activité physique), portées par les équipes éducatives, les personnels de santé et les professionnels du secteur éducatif et social;
- Participer à la cohérence entre les recommandations transmises aux élèves en milieu scolaire (conformes au PNNS) et celles transmises dans le milieu familial;
- Contribuer à améliorer l'offre alimentaire en milieu scolaire, dans le champ de compétence de l'éducation nationale et en cohérence avec les recommandations du PNNS.

Objectif

L'évaluation porte sur les écoles maternelles et les écoles élémentaires dans lesquelles l'équipe Caaps est intervenue dans le cadre du projet Caaps 2. Elle a pour objectif de vérifier l'atteinte des objectifs du projet Caaps 2 dans le champ d'intervention précisé ci-dessus et de répondre à une liste de questions évaluatives correspondantes.

Méthode

Cette évaluation se déroule de 2015 à 2018. Plusieurs outils d'évaluation sont mis en place : entretiens avec des enseignants et directeurs d'école, entretiens de groupe avec des parents et questionnaire en fin d'année scolaire à destination des équipes éducatives ayant suivi une animation pédagogique ou lors d'une ou plusieurs réunions d'enseignants où l'équipe Caaps est intervenue. Ces outils permettent de recueillir notamment des informations sur :

- L'inscription de la thématique nutrition dans le projet de l'école ;
- Les points positifs, négatifs, à améliorer concernant les interventions de l'équipe Caaps ;
- Les actions sur la nutrition et plus largement sur la santé, menées au sein des écoles ;
- La collation matinale.

En 2017, l'ensemble des travaux prévus dans le cadre de cette évaluation a été réalisé et des premiers résultats intermédiaires ont été présentés lors du comité de pilotage de l'action Caaps 2 du 14 novembre 2017. Le travail se poursuit en 2018.

Mots Clefs:

Nutrition, Evaluation, Alimentation, Activité physique, Education nationale, Education pour la santé

C-2: Etude sur la santé des détenus (Michel Bonnefoy, Laurence Moine, Sabrina Boime)

Contexte et méthodes :

Face aux manques de données sur l'état de santé et la situation sociale des personnes détenues en France, l'Observatoire Régional de la Santé et du Social (OR2S) de Picardie, dans le cadre d'un partenariat santé justice lancé en 1999, a développé depuis 2011, une enquête épidémiologique déployée dans les Unités sanitaires des établissements pénitentiaires de son territoire. Ce dispositif permet de connaître annuellement l'état de santé de la population nouvellement détenue.

Cette enquête répond autant aux impératifs de l'article R. 6112-19 du code de santé publique prévoyant l'examen systématique de la personne entrant en prison par un personnel de santé, qu'à l'organisation d'un système de recueil de données relatives à l'état de santé de ces personnes, mais également aux préconisations du rapport de l'InVS de 2015 sur les dispositifs de surveillance de la santé des personnes détenues et aux objectifs du plan national santé-justice.

L'ARS Grand Est et la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) Est-Strasbourg, ont souhaité conduire cette étude sur la région Grand Est, afin de disposer d'une vision précise de l'état de santé des personnes détenues et ainsi d'être en mesure d'adapter leurs politiques et leurs accompagnements.

Le déploiement de ce recueil, qui se veut pérenne, réalisé au sein des Unités sanitaires des établissements pénitentiaires du Grand Est, a été confié aux ORS de Lorraine et d'Alsace.

Le dispositif a pour objectif de disposer d'une photographie pérenne de l'état de santé, d'un point de vue somatique et psychiatrique, et de la situation sociale des personnes arrivant en milieu carcéral afin d'adapter au mieux la prise en charge sanitaire des détenus.

Cette enquête porte sur l'ensemble des nouveaux entrants au sein d'un centre pénitentiaire de la région Grand Est, y compris les mineurs. Les données recueillies sont :

- la situation socio-économique,
- les antécédents médicaux,
- les addictions,
- les dépistages réalisés avant l'incarcération,
- les vaccinations antérieures à l'incarcération,
- l'état de santé actuel du détenu,
- les prescriptions,
- les dépistages réalisés à l'entrée.

À cette partie vient s'ajouter un autre volet abordant :

- les addictions de façon plus détaillée,
- les antécédents de pathologie(s) psychiatrique(s),
- le suivi psychiatrique,
- l'histoire familiale,
- le comportement alimentaire,
- le sommeil et le mode de vie,
- les prescriptions médicales de la personne détenue à son arrivée en centre pénitentiaire.

Le questionnaire comprend deux parties distinctes : une partie somatique et une partie psychiatrique, renseignées pour chaque nouvel entrant lors de la visite médicale suivant l'incarcération.

Les données sont recueillies par saisie informatique via Internet sur un serveur sécurisé de l'OR2S de Picardie. Elles sont renseignées par les médecins somaticiens et les membres de l'équipe médicale des dispositifs de soins psychiatriques.

Les médecins somaticiens sont en charge de remplir le questionnaire somatique et l'équipe médicale des dispositifs de soins psychiatriques, la partie psychiatrique.

Via le numéro d'écrou de la personne détenue, les deux parties seront visibles depuis l'application.

Une fois la saisie effectuée, une fiche PDF comprenant les données est disponible et imprimable pour chaque questionnaire, et peut donc être intégrée au dossier personnel du détenu. Elle comprend l'ensemble des informations saisies sur le serveur et permet ainsi une optimisation du travail en évitant le remplissage d'une fiche supplémentaire.

Lors de la visualisation du PDF avant impression, le personnel médical peut ajouter informatiquement des éléments non saisis dans la fiche épidémiologique (identité de la personne détenue, coordonnées du médecin traitant, commentaires à destination de l'équipe médicale...).

La connexion à l'application se fait à partir d'un lien internet. La saisie et l'accès aux questionnaires sont protégés par un login et un mot de passe unique par établissement qui est fourni par l'ORS Lorraine ou Alsace à chaque médecin coordonnateur participant.

La pérennité du recueil dans ses diverses déclinaisons devra se matérialiser annuellement par la production de plaquettes par ante-région et d'une plaquette Grand Est présentant les principaux résultats. Ainsi, il va devenir possible d'approcher l'état de santé des détenus, mais aussi de mesurer les principales évolutions temporelles.

Mots Clefs:

Sante, détenus, primo-arrivant, sous-main de justice, unité sanitaire, maison d'arrêt.

C-3 : Evaluation de l'impact des CLS de Strasbourg et Eurométropole à l'échelle d'un quartier sur la réduction des ITSS (2 quartiers) (Laurence Moine, Nicole Schauder, Frédéric Imbert)

Contexte: la commande

Le contrat local de santé (CLS) a pour objectifs de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local.

L'outil « Contrat local de Santé » connait depuis 2012 deux déclinaisons sur le territoire de l'Eurométropole de Strasbourg. Un contrat à l'échelle des communes de l'Eurométropole et un contrat à l'échelle de la Ville de Strasbourg. Une première génération a été mise en œuvre de 2012 à 2014. La deuxième génération « CLS II » de 2015 à 2020 a permis l'élargissement du partenariat renforçant la dynamique territoriale favorable à la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. L'objectif de la nouvelle génération de CLS est de poursuivre la dynamique engagée au bénéfice de la construction de parcours de santé fluides sur le territoire, de généraliser les actions qui se sont révélées efficaces et de couvrir de nouveaux champs d'intervention, notamment l'offre médico-sociale.

L'Observatoire régional de la santé (ORS) Alsace a été mandaté pour évaluer les effets à courts et moyens termes de cet outil sur la réduction des Inégalités territoriales et sociales de santé

Objectif

L'objectif de cette évaluation est de répondre aux questions évaluatives suivantes :

- Est-ce que l'outil CLS a un impact sur la réduction des ITSS ?

- Quelle place l'organisation partenariale occupe-t-elle dans ces résultats ?
- Quel réajustement de l'organisation partenariale serait souhaitable ?
- Comment poursuivre une politique locale de santé pour améliorer la réduction des ITSS ?

Méthode

Pour répondre aux questions évaluatives présentées ci-dessus, plusieurs méthodes d'analyse et d'outils de recueil sont mises en œuvre :

- Approche quantitative : une analyse quantitative sera réalisée en amont du CLS 2 et en fin de CLS 2 à partir de bases de données de santé publique disponibles à l'échelon infra-communal ;
- Approche qualitative : réalisation d'entretiens individuels et collectifs auprès de différents acteurs concernés par la mise en œuvre du CLS et plus largement par la réduction des ITSS ;
- Analyse documentaire pour évaluer la mise en œuvre effective de ce qui a été prévu et également analyse des rapports d'activité et des études-recherches réalisées ou en cours sur deux actions phares du CLS: PRECOSS (PRise En Charge Coordonnée des enfants Obèses et en Surpoids à Strasbourg) et Sport santé sur ordonnance.

A noter, que ces CLS sont dotés d'objectifs avec des indicateurs d'atteintes qui ne seront pas évalués, sauf ceux qui sont exprimés sous forme d'observation de données probantes ayant un impact sur la réduction des ITSS.

Mots-clés

Evaluation ; CLS, Inégalités territoriales et sociales de santé,

C-4 : Evaluation du CLS de Mulhouse (Laurence Moine, Nicole Schauder, Frédéric Imbert)

Contexte: la commande

Le contrat local de santé (CLS) a pour objectifs de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local.

L'Observatoire régional de la santé (ORS) Alsace a été mandaté pour évaluer les effets à courts et moyens termes de cet outil sur la réduction des Inégalités territoriales et sociales de santé

Objectif

L'objectif de cette évaluation est de répondre aux questions évaluatives suivantes :

- Est-ce que l'outil CLS a un impact sur la réduction des ITSS ?
- Quelle place l'organisation partenariale occupe-t-elle dans ces résultats ?
- Quel réajustement de l'organisation partenariale serait souhaitable ?
- Comment poursuivre une politique locale de santé pour améliorer la réduction des ITSS ?

Méthode

Pour répondre aux questions évaluatives présentées ci-dessus, plusieurs méthodes d'analyse et d'outils de recueil seront mises en œuvre :

- Approche quantitative : une analyse quantitative sera réalisée en amont du CLS 2 et en fin de CLS 2 à partir de bases de données de santé publique disponibles à l'échelon infracommunal ;
- Approche qualitative : réalisation d'entretiens individuels et collectifs auprès de différents acteurs concernés par la mise en œuvre du CLS et plus largement par la réduction des ITSS ;
- Analyse documentaire pour évaluer la mise en œuvre effective de ce qui a été prévu et également analyse des rapports d'activité de deux des actons phares du CLS (à définir avec la ville de Mulhouse et l'ARS). L'ORS assurera également avec les porteurs des deux actions phares retenues une lecture critique des indicateurs d'évaluation retenus par ces derniers et procédera à es propositions alternatives et complémentaires si nécessaires.

A noter, que ces CLS sont dotés d'objectifs avec des indicateurs d'atteintes qui ne seront pas évalués, sauf ceux qui sont exprimés sous forme d'observation de données probantes ayant un impact sur la réduction des ITSS.

Mots-clés

Evaluation ; CLS, Inégalités territoriales et sociales de santé, QPV

C-5 : Etude préparatoire à l'extension du dispositif d'interprétariat en médecine libérale (Marie Anselm, Florence Schwarz, Simon Giovanini)

Problématique - contexte

Plusieurs éléments de contexte viennent justifier l'opportunité d'une étude devant constituer une aide à la décision, pour l'Agence régionale de santé (ARS) et à l'Union régionale des professionnels de santé – Médecins libéraux (URPS-ML), de la généralisation d'un dispositif d'interprétariat en médecine libérale en Grand Est :

- Peu de données sont disponibles pour décrire la santé et les besoins de santé des migrants en Grand Est, territoire particulièrement concerné par l'arrivée de populations étrangères. La maîtrise de la langue chez les immigrés constitue un des principaux déterminants du recours et du non recours aux soins : « Plus une personne est à l'aise en français, moins elle renoncera aux soins et cet effet est plus marqué encore pour les femmes que pour les hommes. » (COIRIER E. « Le recours aux soins des nouveaux migrants », Infos migrations, N°76, juin 2015, 4 p.)
- La Loi de modernisation de notre système de santé reconnaît l'interprétariat médical comme une mesure visant à « améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités » (art. L. 1110-13 du Code de la Santé publique).
- Un dispositif innovant d'interprétariat en médecine de ville est proposé aux médecins coordinateurs des soins de ville en Alsace : l'accompagnement d'un interprète pour assurer une consultation avec une personne parlant difficilement le français.

L'ARS déployant à présent son périmètre d'intervention sur le Grand Est (issu de la fusion des trois anterégions Champagne-Ardenne, Lorraine et Alsace, selon la loi NOTRe du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République), s'est posé la perspective de la généralisation du dispositif d'interprétariat médical sur l'ensemble de la région comme un outil d'accompagnement de qualité dans le parcours de soins des personnes non francophones.

Objectif

La présente étude s'inscrit dans une volonté de favoriser l'accès aux soins médicaux des populations non francophones, notamment par l'élargissement au Grand Est du dispositif d'interprétariat professionnel existant en Alsace.

Elle vise à fournir des éléments d'aide à la décision à l'ARS et à l'URPS-ML pour la généralisation du dispositif d'interprétariat en médecine de ville à l'échelle du Grand Est en se basant sur quatre objectifs opérationnels :

- Participer à l'amélioration de la connaissance des populations non francophones et de leurs besoins d'interprétariat ;
- Participer à l'identification des prestataires locaux pouvant relayer le dispositif d'interprétariat ;
- Accompagner l'ARS et l'URPS-ML dans l'élaboration des modalités de suivi du dispositif dans son fonctionnement élargi au Grand Est;
- Evaluer la satisfaction des médecins recourant au dispositif et appréhender les freins des médecins n'y recourant pas.

Méthode

VOLET 1

Amélioration de la connaissance des populations non francophones et de leurs besoins en interprétariat dans le Grand Est

L'objectif du premier volet de l'étude consiste à décrire quantitativement et qualitativement les populations non francophones et leurs besoins en matière d'interprétariat dans le Grand Est.

Pour répondre à cet enjeu de connaissance, deux cadrages sont proposés :

Un cadre statistique

Ce premier cadrage permet d'approcher quantitativement et géographiquement les populations non francophones situées dans le Grand Est (migrants, étrangers, demandeurs d'asile, déboutés, etc.). Une analyse spécifique de la situation alsacienne (confrontation entre les effectifs de population présente sur le territoire, langues susceptibles d'être parlées selon leur pays d'origine et activité d'interprétariat de l'association Migrations Santé Alsace) permet d'établir un ratio de nombre d'interventions par langue. Cette situation permet d'estimer les besoins potentiels d'interprétariat médical à l'échelle du Grand Est et par département le composant.

Un cadre qualitatif (en cours)

Ce deuxième cadrage, plus qualitatif, est centré sur les besoins des populations non francophones en matière d'interprétariat. Plus globalement, il s'agit d'améliorer la connaissance des rapports à la santé et des problématiques d'accès aux soins de ville des populations non francophones ainsi que des modalités et attentes de prise en charge par les professionnels de santé.

Une série d'entretiens sera menée sur la région auprès d'acteurs au contact des personnes non francophones dans leurs parcours de soins et tenant compte des constats issus du cadrage statistique.

VOLET 2

Accompagnement au suivi et évaluation du dispositif dans le Grand Est

Le second volet de l'étude doit permettre :

- d'une part, de proposer un accompagnement à l'élaboration d'un dispositif d'enregistrement des demandes d'interprétariat dans une perspective de suivi de l'activité.
- d'autre part, de réaliser une première évaluation du dispositif auprès de médecins du Grand Est recourant ou non au dispositif d'interprétariat afin d'analyser leurs pratiques et besoins face aux problématiques d'interprétariat.

Mots-clés

Interprétariat médical; Populations non francophones; Accès aux soins; Evaluation

C-6 : Exploitation des données des bilans de santé des élèves de 6^{ème} en Alsace enregistrés dans le logiciel L2S

Contexte et Objectif

Le développement par l'Observatoire régional de la santé (ORS) d'Alsace d'une application web sur l'intranet du Rectorat de l'Académie de Strasbourg devait initialement permettre :

- le suivi individuel des élèves du 1er degré dans le cadre des missions des infirmières scolaires ;
- de recueillir les résultats des examens infirmiers systématiques et potentiellement l'ensemble des examens infirmiers réalisés à la demande entre la grande section de maternelle et le CM2;
- de traiter et d'analyser ces données à différents échelons géographiques (infra-régional).

En 2014-2015 ce recueil a été étendu aux élèves de 6^{ème} à la demande de l'ARS Alsace et du Rectorat l'Académie de Strasbourg.

Les données recueillies concernent en particulier la composition de la famille, les habitudes de vie, les résultats de l'examen clinique (poids – taille - IMC, vision et correction, audition et prothèse auditive, hygiène bucco-dentaire, vaccinations, statut vaccinal...). Le recueil des données relatives à la santé mentale, initialement prévu, a été abandonné.

L'application permet également d'automatiser certaines tâches, par exemple, offrir la possibilité d'éditer les conclusions et avis de l'infirmier. Seul l'infirmier qui a en charge le suivi d'un enfant accède directement au dossier qui le concerne. Toutes les autres données sont anonymisées et la base de données est cryptée.

Méthodologie:

Ainsi via ce logiciel L2S, l'ORS peut :

- Recueillir les résultats des examens infirmiers systématiques et potentiellement l'ensemble des examens infirmiers
- Traiter et analyser ces données à différents échelons géographiques (infrarégionaux).

En 2017 a été réalisé un rapport exploitant les données des années scolaires 2014-2015, 2015-2016 et 2016-2017 ; des résultats ont été produits par circonscription et permettent de mettre en évidence des différences.

Mots Clefs:

Santé scolaire, Informatisation, Examen de santé, élèves de 6^{ème}, collèges, Académie de Strasbourg, Infirmiers scolaires

D - Les commandes publiques spécifiques annuelles :

D-1 : Rapport annuel de la CRSA sur les droits des usagers du système de santé (Marie Anselm)

Problématique - contexte

L'arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la CRSA sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique fixe les quatre orientations suivantes :

- Promouvoir et faire respecter les droits des usagers,
- Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous,
- Conforter la représentation des usagers du système de santé,
- Renforcer la démocratie sanitaire.

Ces orientations sont déclinées en 15 objectifs et porte sur les secteurs ambulatoire, sanitaire et médicosocial.

L'année 2016 est une année de transition avec l'installation de la CRSA Grand Est en septembre 2016.

Objectif

L'ORS Grand Est est sollicité pour rédiger le rapport annuel 2016 de la CRSA portant sur le respect des droits des usagers du système de santé, conformément à l'arrêté du 5 avril 2012, en concertation avec l'ARS et la commission spécialisée des droits des usagers (CSDU) de la CRSA.

Méthode

Recueil et traitement de données

- Identification par l'ARS des référents par indicateurs ;
- Contacts et relances des référents
- Exploitations des données obtenues (indicateurs du cahier des charges national, compléments)
- Suivi de l'état des contacts et données obtenus à l'issue de la phase de recueil

Rédaction du rapport

- Rédaction du rapport suivant la trame du cahier des charges national,
- Contextualisation des indicateurs présentés, compléments au cahier des charges
- Intégration des modifications suite à la séance CSDU

Présentation du rapport

Présentation conjointe avec l'ARS en séance CSDU et en séance plénière de la CRSA

Mots-clés

Droits des usagers; Rapport annuel

D-2: Dépistage du diabète en officine (Fréderic Imbert, Corinne Assani, Sylvie Droesch-Clauss)

Problématique - contexte

Le diabète est une maladie fréquente en France et concernerait 8 % de la population en 2016.

Le diabète de type 2 qui représente 90 % des cas de diabète, est favorisé par une hérédité familiale et un surpoids associé à une mauvaise hygiène de vie.

En région Grand Est, où la prévalence de patients traités pharmacologiquement pour diabète est supérieure à celle de la France (en 2013 : 4,91% en Lorraine, 5,17 % en Champagne Ardenne, 5,34% en Alsace, 4,67% pour la France entière), la pertinence et la faisabilité d'un repérage du diabète de type 2 et des sujets à haut risque par les pharmaciens d'officine ont été démontrées en Lorraine lors de 3 campagnes menées en 2007, 2008 et 2010.

La présente expérimentation a pour objectif de tester une démarche de repérage des patients à risque de diabète en milieu officinal et de permettre aux personnes dépistées de bénéficier d'une prise en charge diagnostique, éducative et/ou thérapeutique après confirmation du diagnostic par leur médecin traitant.

Elle prévoit que le pharmacien propose une mesure de la glycémie capillaire aux personnes repérées à risque de diabète à partir d'un questionnaire validé (FINDRISC). Si la glycémie capillaire est jugée anormale, les personnes sont invitées à aller consulter leur médecin auquel il revient de prescrire un dosage de glycémie veineuse et d'assurer la prise en charge si le diagnostic de diabète est avéré.

Objectif

Saisir les questionnaires volet B que l'ARS a réceptionné et scanné puis envoyé à l'ORS. 87 questionnaires saisis.

L'objectif principal de l'expérimentation est d'optimiser le diagnostic précoce des patients diabétiques de type 2 dans le cadre d'une coopération pharmacien-médecin, à travers :

- Le repérage des patients à risque ;
- Le dépistage des patients à risque par mesure de glycémie capillaire ;
- La confirmation du diagnostic du diabète par glycémie veineuse ;
- La mesure de l'efficacité de la stratégie de dépistage mise en œuvre en officine dans le diagnostic de situation de diabète.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Déceler le pré -diabète et mettre en place des mesures de prévention ;
- Mesurer l'adhésion des patients ;
- Evaluer l'efficacité de la coopération interprofessionnelle.

Méthode

La participation des pharmacies est basée sur le volontariat. Le programme de dépistage a été proposé aux pharmacies de trois départements de la région Grand Est, sélectionnés en fonction du fort taux de prévalence de diabète, à l'exception du Bas -Rhin déjà concerné par une expérimentation nationale de l'Assurance Maladie dans la prévention du diabète.

Les départements concernés par le programme de dépistage sont les Ardennes, la Meurthe-et-Moselle et le Haut-Rhin. Ces départements permettent une représentativité rurale et urbaine.

L'ORS a saisi le volet B des questionnaires, constitué une base de données transmise ensuite à l'ARS.

Mots-clés

Diabète, officine, patients

D-3: Exploitations Complémentaires étude HBSC 2014 (Marie Anselm, Nicole Schauder, Frédéric Imbert, Clémence Risser, Michel Bonnefoy)

Problématique - contexte

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) est une enquête menée au niveau mondial sur la santé globale des élèves. Cette enquête est soutenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et a été pour la première fois réalisée en 1982 en Angleterre, Finlande et Norvège. Elle est renouvelée depuis tous les 4 ans. Depuis 1996 elle est menée en France et lors de l'enquête en 2014, 44 pays ou régions ont participé à cette étude.

HBSC a pour objectif de constituer un système d'information permettant d'établir un bilan global de la santé perçue des élèves, de leurs comportements de santé, de leur vécu et modes de vie au travers de leurs déclarations, d'en observer l'évolution et d'en rechercher les déterminants.

Une première extension alsacienne de l'HBSC a été réalisée en 2007 pour disposer d'un échantillon exploitable à l'échelon régional. Puis, le recueil régional a été renouvelé en 2012 et en 2014.

S'appuyant sur une méthodologie standardisée, l'étude permet de comparer la situation régionale aux situations internationale et nationale et de suivre l'évolution des indicateurs dans le temps.

Les résultats alsaciens1 présentés en 2014 sous forme de fascicules thématiques ont montré des différences de santé perçue et de comportements de santé entre les garçons et les filles, de même au niveau de l'évolution des comportements au cours du collège, de la 6ème à la 3ème. L'exploitation des données avait en outre permis de vérifier de façon systématique les liens éventuels entre la santé perçue et les comportements de santé et la situation socioéconomique des familles des élèves.

Objectif

Des méthodes d'exploitations complémentaires sont aujourd'hui mobilisées afin de rendre les résultats plus opérationnels et d'aider à l'orientation des politiques de prévention et des actions à mettre en œuvre auprès des collégiens dans et hors des établissements scolaires.

Méthode (Travail débuté en 2017 et en cours finalisation en 2018)

Comparaison internationale

L'un des principaux intérêts de la régionalisation de l'étude HBSC est qu'elle permet non seulement d'analyser au fil des éditions l'évolution de la situation régionale et de comparer cette situation à celle de l'ensemble de la France, mais également à celle de l'ensemble des pays participants.

La multiplication des points de comparaison permet d'appréhender avec plus de justesse la situation alsacienne. Elles peuvent amener selon le cas à la relativiser ou au contraire à mettre en exergue des points particulièrement positifs ou négatifs de la région.

Pour des questions de lisibilité, dans la suite de ce document les indicateurs alsaciens n'ont été comparés qu'à :

ceux des pays et régions de l'Union européenne (UE): Allemagne, Autriche, Belgique (flamande),
 Belgique (wallonne), Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Royaume-Uni (Angleterre), Royaume-Uni (Écosse), Royaume-Uni (Pays de Galles), Grèce, Hongrie, Irlande,

¹ Voir le Fascicule 1 : Anselm M., Polesi H., Imbert F., Schauder N., « Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Alsace 2014 : I. Méthodologie et environnement familial », ORS Alsace, décembre 2015, 8 p.

Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovénie et Suède²,

- ceux de pays proches de l'UE : Suisse, Islande et Norvège,
- la moyenne des pays participants à l'HBSC (moyenne des 42 pays et régions ayant participé en 2014 à l'enquête HBSC et transmis leurs données à temps pour le rapport international).

Qui plus est, pour des raisons méthodologiques, le choix a été fait d'analyser la situation des élèves âgés de 13 ans. En effet il n'est pas possible de strictement comparer la situation des élèves alsaciens de 11 et 15 ans à celles des élèves du même âge vivant dans l'ensemble de la France ou dans d'autres pays, dans la mesure où l'HBSC Alsace n'a couvert ni les classes de CM2 ni celles de Seconde.

Approche par déterminants

Ce fascicule présente une approche par déterminants sociaux des principaux indicateurs de santé perçue et de comportements de santé des collégiens alsaciens.

Afin de décrire la santé perçue et les comportements de santé des élèves, les indicateurs mobilisés sont ceux figurant dans le rapport international de l'HBSC 2014, complétés par des indicateurs disponibles au sein de l'enquête régionale et permettant d'aborder des aspects complémentaires (notamment : l'expérimentation et l'usage de produits psychoactifs, la prise de médicaments associés aux plaintes subjectives de santé, la santé mentale ou encore le vécu scolaire). Au total, 69 indicateurs viennent décrire la santé des collégiens alsaciens.

Un modèle de régression logistique a été réalisé afin de contrôler les effets de structure de l'échantillon et d'identifier les facteurs sociodémographiques associés aux différents indicateurs de santé perçue et de comportements de santé des élèves.

Les facteurs intégrés dans le modèle de régression sont les suivants :

- le sexe (distinguant deux modalités), la modalité de référence étant « Fille »,
- la classe (quatre modalités), avec pour référence « 6^{ème} »,
- le Fas (trois modalités), avec pour référence « Niveau bas »,
- la structure familiale (quatre modalités), avec pour référence « Famille traditionnelle »,
- et le département du collège (deux modalités), avec pour référence « Bas-Rhin ».

Chaque indicateur sur lequel est appliqué le modèle de régression est issu d'une variable qualitative à deux classes.

Facteurs liés à une moins bonne santé

Ce fascicule s'intéresse aux facteurs associés à la déclaration d'une moins bonne santé par les collégiens alsaciens.

Une première étape a consisté en **l'analyse bivariée** de chaque indicateur avec la bonne santé déclarée, pour mettre en évidence des différences significatives au seuil de 20 % à partir d'un test du Khi². Cette première étape permet de sélectionner les variables à inclure dans le modèle de régression logistique. Les indicateurs retenus sont principalement ceux exploités dans le rapport international de l'HBSC 2014, complétés par des indicateurs disponibles au sein de l'enquête régionale et permettant d'aborder des aspects complémentaires (notamment : l'expérimentation et l'usage de produits psychoactifs, la prise de médicaments associés aux symptômes somatiques, la santé mentale ou encore le vécu scolaire). L'analyse portant sur l'ensemble de l'échantillon, seuls les indicateurs disponibles sur l'ensemble des classes ont été inclus.

Pour la deuxième phase, des modèles thématiques de régression logistique intégrant les variables précédemment sélectionnées permettent de caractériser les liens entre une moins bonne santé déclarée et chacune des thématiques, à savoir : les habitudes alimentaires, les activités physiques et sédentaires,

² Les données ne sont ni disponibles pour Chypre, ni disponibles pour la Slovaquie.

la perception du corps, les plaintes somatiques, la qualité de vie et l'estime de soi, l'expérimentation et l'usage de substances psychoactives, les violences et brimades au collège et aux alentours, le réseau social (famille et amis), enfin le vécu scolaire. Ces modèles thématiques permettent de retenir les variables les plus structurantes (OR ajustés significatifs au seuil de 5 %) à inclure dans le modèle final.

Enfin, une approche globale de régression logistique est construite à partir des variables significatives identifiées au sein des deux étapes précédentes.

Précision: Pour chaque variable étudiée, la modalité de référence du modèle de régression est celle pour laquelle la proportion d'élèves en moins bonne santé est la plus faible. Cette méthode a été privilégiée, afin de considérer chaque indicateur présenté dans la régression comme un facteur potentiellement aggravant par rapport à une situation de référence.

Profils de jeunes (en cours)

Il semble pertinent pour l'action de vérifier si des jeunes cumulent des conduites à risques et quelles sont leurs principales caractéristiques ? Les conduites à risque sont-elles genrées ? À l'inverse, quelles sont les caractéristiques des élèves les plus éloignés des conduites à risque ?

L'objectif de cette démarche revient à identifier d'éventuels jeunes qui cumuleraient des comportements à risque ou au contraire des jeunes qui en seraient éloignés. La construction de profils de jeunes nécessite deux étapes dans l'analyse :

- Une analyse factorielle des correspondances multiples révèle des variables « synthétiques » (des facteurs) qui résument au mieux l'information issue de plusieurs variables liées entre elles ;
- Une classification ascendante hiérarchique définit des groupes d'individus en respectant deux principes : celui d'une homogénéité au sein de chaque groupe et celui d'une hétérogénéité entre les groupes.

Les groupes ainsi définis sont décrits selon des caractéristiques surreprésentées ou sousreprésentées par rapport à la situation moyenne (de tous les jeunes).

Dans la mesure où l'âge des collégiens est déjà identifié comme facteur discriminant de nombreux comportements de santé, nous proposons de restreindre cette analyse à la population des 4e-3e.

Mots-clés

Santé des jeunes ; Enquête ; Comparaisons internationales

D-4 : Extension de l'enquête HBSC à la région Grand Est (Nicole Schauder, Marie Anselm)

Problématique - contexte

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) est une enquête menée au niveau mondial sur la santé globale des élèves. Cette enquête est soutenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et a été pour la première fois réalisée en 1982 en Angleterre, Finlande et Norvège. Elle est renouvelée depuis tous les 4 ans. Depuis 1996 elle est menée en France et lors de l'enquête en 2014, 44 pays ou régions ont participé à cette étude.

HBSC a pour objectif de constituer un système d'information permettant d'établir un bilan global de la santé perçue des élèves, de leurs comportements de santé, de leur vécu et modes de vie au travers de leurs déclarations, d'en observer l'évolution et d'en rechercher les déterminants.

Une première extension alsacienne de l'HBSC a été réalisée en 2007 pour disposer d'un échantillon exploitable à l'échelon régional. Puis, le recueil régional a été renouvelé en 2012 et en 2014.

S'appuyant sur une méthodologie standardisée, l'étude permet de comparer la situation régionale aux situations internationale et nationale et de suivre l'évolution des indicateurs dans le temps.

Objectif

Menée en 2017, une étude portant sur la faisabilité de l'étude HBSC en Grand Est doit permettre de réunir les conditions nécessaires à la réalisation d'une enquête au cours de l'année 2018, c'est-à-dire selon le même calendrier que l'enquête nationale.

Des premiers contacts ont été menés en 2017 mais n'ont pu aboutir c'est pourquoi ce travail est encore en cours et réengagé en 2018 ; la prochaine enquête devrait donc être réalisée en 2019.

Méthode

Recherche de l'accord de principe des Rectorats

- Rencontre des équipes santé-social des Recteurs des trois Académies en vue d'un accord de principe sur la mise en œuvre de l'enquête et la participation des équipes rectorales à la réalisation du travail d'enquête
- Demande officielle auprès des trois Recteurs

Travaux préparatoires à la mise en œuvre en 2018 de l'enquête

Ces tâches mises en œuvre sous réserve de l'accord des Recteurs

Contact avec le national

- Échanges sur :
 - calendrier prévisionnel,
 - o déclinaisons éventuelles d'autres régions,
 - modalités de collaboration (dont coût demandé par le national pour une adhésion à la méthodologie, etc.),
 - o questionnaire 2018 (choix des thématiques optionnelles en particulier),
 - o détermination de la taille de l'échantillon (pour représentativité au niveau départemental).

Comité de pilotage, contact avec les équipes des IA (*10) et les établissements privés

- Mise en place d'un comité de pilotage, pré-validation des éléments méthodologiques
- Contact avec des représentants d'établissements privés
- Élaboration de l'organisation du recueil auprès des établissements publics : travail avec chacun des 10 départements pour modalité de mise en œuvre de l'enquête
- Élaboration de l'organisation du recueil auprès des établissements privés et publics ne pouvant être couverts par des personnels EN (avec appel éventuel à partenaires en Champagne-Ardenne)

Méthodologie HBSC 2018 Grand Est

 Rédaction finale des éléments de méthodologie de l'enquête: partenariat, échantillonnage, questionnaire, COPIL, communication / mise en œuvre de l'enquête, logistique, traitement, analyse, livrables/PAO, processus de validation, diffusion, calendrier, budget

Mots-clés

Santé des jeunes ; Enquête ; Comparaisons internationales

D-5: Synthèse PRS 2 (Simon Giovanini, Laurent Chamagne, Emilie Gardeur)

Contexte:

Le projet régional de santé (PRS) constitue l'outil stratégique de la politique régionale de santé des agences régionales de santé (ARS). Il définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financements de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Le nouveau PRS (PRS2) doit être établi pour la période 2018-2027 pour la région Grand Est. Il est constitué de différents dispositifs dont un schéma régional de santé (SRS) à 5 ans qui doit être basé sur une évaluation des besoins.

A fin 2016 l'ARS Grand Est avait sollicité l'ORS d'Alsace et l'ORSAS-Lorraine afin de participer à la réalisation d'un état des lieux régional sur l'état de santé de la population et de l'offre de santé, visant à d'apprécier la situation démographique et socio-économique, l'état de santé de la population, les déterminants de santé et les risques sanitaires, l'état de l'offre en santé et enfin la démographie des professionnels de santé

Objectif:

En début d'année 2017, suite à la fourniture d'un ensemble de données sous forme de fiche thématiques pour l'état des lieux PRS2, une synthèse a été proposée.

Méthode:

Il s'est agi sur la base de la trentaine de fiches réalisées, d'identifier les principaux faits marquants et de fournir un document de quelques pages.

D-6 : Exploitation des certificats de santé du 8ème jour, du 9ème mois et du 24ème mois en Lorraine et dans Le Grand Est (Laurent Chamagne, Emilie Gardeur)

Problématique - contexte

L'ARS de Lorraine a fait appel à l'ORSAS-Lorraine en 2011 afin de recueillir et traiter les données des trois premiers certificats de santé de l'enfant (8ème jour, 9ème mois et 24ème mois) saisis par les 4 services de PMI de Lorraine. Chaque année depuis 2012 un rapport a été produit.

En 2017, l'ARS du Grand Est a souhaité étendre cette observation à l'ensemble des 10 départements de la région.

Objectifs

Les objectifs sont divers :

- Suivre des indicateurs de déroulement/suivi des grossesses et de l'état de santé des enfants jusqu'à 24 mois dans la région et en infrarégional.
- Identifier les populations ayant des problèmes de santé ou ne bénéficiant pas d'un bon suivi (déroulement de la grossesse, vaccination,...) afin d'orienter les actions de santé sur les populations les plus à risque.
- L'étude permet également de repérer les insuffisances en matière de recueil des données (faibles taux de retour des certificats de santé, faible taux de remplissage de certaines variables) afin d'en améliorer la qualité et l'homogénéité.
- En 2017, l'objectif de l'extension du recueil des données pour les 6 départements hors de la Lorraine était également de vérifier la faisabilité de l'exploitation des certificats de santé sur l'ensemble de la région.

Des variables qui n'étaient pas traitées les années précédentes ont par ailleurs été demandées dans les 4 départements lorrains afin de tester la faisabilité de généraliser ces nouvelles exploitations.

Des fiches départementales ont été produites afin de permettre une communication auprès de différents publics (politiques, professionnels de santé, ...).

Méthode

Après avoir reçu les certificats de santé, les services de PMI les saisissent à l'aide de logiciels permettant un suivi des enfants. Ces logiciels permettent également d'extraire les données dans un fichier comportant une ligne par enfant et une colonne par variable.

L'ORS recueille et apure ces fichiers et constitue trois bases de données régionales (une par certificat de santé).

Des tableaux croisés dynamiques permettent, ensuite, de traiter les données :

- calcul d'indicateurs divers (par ex taux de prématurité, d'allaitement, de couverture vaccinale, etc.) pour la région, par département et en infra-départemental (cette année : secteurs d'action des PMI en Lorraine et arrondissements à l'échelle du Grand Est),
- évaluation des évolutions dans le temps (depuis 2010 en Lorraine),
- croisement de variables (en particulier entre variables d'état de santé et catégories socio professionnelles des mères).

Des tests statistiques sont appliqués afin d'évaluer la significativité des différences géographiques des indicateurs, de leur variabilité dans le temps ou selon les catégories CSP.

Plusieurs livrables ont été produits :

- un rapport à l'échelle de la Lorraine présentant des fiches thématisées,
- une annexe à ce rapport fournissant l'ensemble des résultats,
- des fiches départementales 54, 55, 57 et 88 (en 6 pages),
- un rapport de faisabilité d'exploitation à l'échelle du Grand Est,
- divers diaporamas.

Mots-clés

PMI, enfance, grossesse, périnatalité, Grand Est, certificat de santé

D-7 : Elaboration d'une base morbidité/mortalité (Simon Giovanini, Laurent Chamagne, Emilie Gardeur)

Problématique - contexte

La mortalité et la morbidité sont les principaux indicateurs disponibles pour mesurer l'état de santé de la population. La mortalité dans le Grand Est dépasse la mortalité nationale de 7 %. L'écart entre ces deux niveaux géographiques existe depuis de nombreuses années et ne se réduit pas. La morbidité est principalement mesurée à partir du nombre d'admissions en ALD (incidence) ou de personnes en ALD (prévalence).

Objectifs

L'ARS souhaitait disposer de tableaux permettant de connaître les niveaux de mortalité et de morbidité dans le Grand Est déclinés selon plusieurs échelles géographiques.

Méthode

Les taux de mortalité et de morbidité ont été calculés par l'ORS. Il s'agit de taux comparatifs standardisés sur la pyramide des âges de la population de la France entière de 2006.

La mortalité est obtenue à partir des fichiers issus du CépiDC de l'Inserm.

La morbidité est obtenue à partir des affections de longue durée recensées par la CnamTS, la MSA et le RSI.

Le fichier se présente sous la forme de tableaux les indicateurs sont en colonne et les territoires sont en ligne. Il comporte 7 onglets

- 6 découpages géographiques : (départements, territoires de santé, Groupements hospitaliers de territoire, zones d'emploi, EPCI et bassins de vie)
- 1 onglet méthodologique

Les indicateurs sont les suivants :

- Espérance de vie à la naissance par sexe
- Mortalité (mortalité générale, prématurée et mortalité selon 11 pathologies ou groupes de pathologies)
- Incidence des ALD (6 pathologies)
- Prévalence des ALD (6 pathologies)

Chaque indicateur est décliné pour les deux sexes ensemble, par sexe, à deux périodes. Le nombre de cas, le taux standardisé, l'écart par rapport à la France, l'écart à la valeur maximum et minimum et l'évolution annuelle sont renseignés. Les différences et évolutions significatives sont renseignées.

La base a été transmise sous forme de fichier Excel.

Mots-clés

Grand Est, infra-régional, synthèse, mortalité, morbidité

D-8 : Réflexions sur une filière périnatale pour le GHT 5 (Simon Giovanini, Laurent Chamagne, Emilie Gardeur, Michel Bonnefoy)

Problématique – contexte

Dans le cadre du développement du groupement hospitalier de territoire numéro 5 (GHT5) dans le Grand Est, afin d'atteindre un seuil d'activité permettant de consolider une maternité de niveau 2B, une réflexion a été engagée sur la structuration en une filière périnatale unique de l'activité d'obstétrique du territoire rassemblant les bassins de Vitry-le-François, Saint-Dizier et Bar-le-Duc.

Actuellement, deux maternités et un centre périnatal de proximité existent sur ce territoire. Selon les derniers bilans démographiques et les projections de populations réalisés par l'Insee, le territoire pourrait être marqué par une diminution des naissances dans les prochaines années. Cette évolution pourrait rendre difficile le maintien d'une activité d'accouchement sur deux sites.

Objectif

Les objectifs poursuivis par cette étude étaient les suivants :

- Préciser la projection démographique et la projection du nombre de naissances sur le bassin regroupant les territoires de Vitry-le-François, Saint-Dizier et Bar-le-Duc.
- Pour la population de ce bassin, comparer l'accessibilité d'un plateau d'accouchement unique en termes de temps de trajet selon qu'il serait situé à Saint-Dizier ou à Bar-le-Duc.
- Déterminer pour chacun des trois sous territoires : Vitry-le-François, Saint-Dizier et Bar-le-Duc les fuites vers les plateaux d'accouchement voisins.

Méthode

Une analyse de la situation démographique et des projections selon le modèle Omphale de l'Insee a été présentée, de même qu'une analyse des naissances (caractéristiques, lieu de résidence, lieux d'accouchement) sur la base des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO) permettant d'objectiver le contexte des territoires.

Ensuite, des calculs des temps d'accès à la maternité ont été effectués avec le distancier METRIC (MEsure des Trajets Inter- Communes / Carreaux), logiciel créé par une équipe de l'Insee en 2015. Trois scénarios d'accessibilité ont ainsi été présentés sous forme de cartographies commentées.

Mots-clés

Filière périnatale, temps d'accès maternité, projections démographiques

D-9 : Finalisation analyse offre de soins Vs Besoins de soins en Santé Mentale sur le territoire de Metz Métropole (Simon Giovanini, Michel Bonnefoy, Laurent Chamagne)

Problématique – contexte

Depuis 2009, la ville de Metz fait partie du réseau des Villes santé OMS visant « une meilleure prise en compte de la thématique santé dans l'ensemble des politiques menées par la ville ». Un Diagnostic Santé de la Ville de Metz réalisé en vue de cette adhésion préconisait en particulier la création d'un réseau local de santé mentale sur le territoire. Depuis, l'intérêt porté par la Ville de Metz sur les questions de santé s'est formalisé par l'intégration de la démarche Atelier Santé Ville en 2011, la création d'une mission « ville pour tous : séniors, santé, handicap » en 2014 et le lancement d'une démarche de Contrat Local de Santé en 2015.

Parallèlement, sur la thématique de la santé mentale, la création d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) à Metz a été initiée par l'Agence Régionale de Santé, le Centre Hospitalier Spécialisé de Jury, la Ville de Metz et le Conseil Départemental de Moselle en 2015. Cette démarche a vu dès le départ une forte mobilisation des associations et des ressources institutionnelles et la création des groupes de travail thématiques sans que ces échanges n'aboutissent à la formalisation d'actions. Au second semestre 2016, un coordinateur CLSM a été nommé afin d'accompagner les acteurs du territoire vers la construction d'un programme d'actions.

Dans ce contexte, il a paru indispensable à l'Agence Régionale de Santé Grand Est d'améliorer la connaissance locale sur le champ de la santé mentale afin de fournir au CLSM des éléments d'appui complémentaires.

Objectifs

L'objectif était de réaliser une étude sur l'adéquation de l'offre aux besoins de la population en santé mentale sur le territoire de Metz et ainsi

- d'accompagner la redynamisation du CLSM de Metz,
- mettre en évidence les grands enjeux du territoire en matière de santé mentale et identifier des besoins en termes d'actions, de dispositifs et de partenariats à développer, notamment dans le cadre du CLSM.

Méthode

Diverses bases de données ont été mobilisées et traitées mais il s'est aussi agi de procéder à une analyse de la littérature et surtout de conduire une démarche de diagnostic partagé afin de participer à l'émergence d'une vision commune sur le territoire. Une enquête de santé ressentie auprès de 550 élèves de 2^{nde} du Lycée Georges de la Tour à Metz dans le but de questionner la santé mentale perçue à l'adolescence a également été menée.

La santé mentale a été considérée dans sa définition large, à savoir selon ces trois dimensions :

- les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques,
- la souffrance ou détresse psychologique, réactionnelle, qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles,
- la santé mentale positive, qui elle s'intéresse à l'ensemble de déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel.

Mots-clés

Santé mentale, CLSM, diagnostic partagé

D-10 : Participation et animations du dispositif de prévention « Faites la Fête » de l'Université de Lorraine (Michel Bonnefoy)-

Depuis 8 ans l'ORS collabore avec le Service Santé Social de l'Université de Lorraine au développement d'actions de prévention à l'intention des étudiants lorrains en particulier sur les conduites à risques. Depuis l'an passé ce dispositif spécifique de prévention a étoffé son action en développant une action sur le site de Metz en complément du site de Nancy.

Les journées « Faites la fête » s'adressent aux associations d'étudiants et participe d'une offre élargie d'étayage à la perception, la prévention et l'intervention face aux conduites à risques.

L'ORS GE participe depuis l'année dernière, en plus des animations au programme d'enseignement des modules optionnels en addictologie pour les étudiants du site de Metz de l'Université Lorraine, en particulier sur l'épidémiologie des consommations de produits psychoactifs.

D-11 : Cahier des charges pour la création d'un Observatoire pérenne de la santé mentale en région Grand Est (Simon Giovanini, Michel Bonnefoy, Emilie Gardeur, Eléonore Monnier)

Problématique - contexte

Dans le contexte de la réforme territoriale et de la nécessité de produire de l'observation à l'échelle du Grand Est mais aussi, de l'intérêt porté à la santé mentale avec l'élargissement des champs investigués à d'autres domaines que les pathologies psychiatriques uniquement (souffrance psychologique, santé mentale positive) et bien sûr, dans le contexte de la loi de modernisation de notre système de santé qui a institué l'élaboration de projet territoriaux de santé mentale, il est apparu important de développer une observation et une analyse de la santé mentale dans toutes les dimensions qui la compose à l'échelle de Grand Est afin de fournir aux décideurs des éléments d'aide à la décision couvrant ces nouveaux champs.

Objectif

L'objectif principal de cette étude est le développement d'un outil d'observation pérenne de la santé mentale dans le Grand Est, les objectifs secondaires étant les suivants :

- Analyser la littérature en matière de méthodes d'observation de la santé mentale, et dispositifs déjà mis en place,
- Construire et valider un corpus d'indicateurs de suivi présentant l'état de santé mentale de la population du Grand Est et l'offre de santé permettant de répondre aux besoins,
- Concevoir (cahier des charges) d'un dispositif d'observation de la santé mentale dans le Grand Est.

Méthode

Une première étape de revue de la littérature a permis de formuler du cadre pour ce qui concerne la définition de la santé mentale et des champs à observer et, de préciser quelques recommandations pour observer la santé mentale.

Un premier listing d'indicateurs quantitatifs nombreux a été opéré. Ces indicateurs ont été catégorisés selon les renseignements qu'ils peuvent apporter. Ont été décrits leurs disponibilités mais aussi leurs éventuels biais et limites. Afin de conserver une liste d'indicateurs qui apparaissent pertinents, une étape de présentation de ce travail doit maintenant intervenir auprès d'un comité de pilotage en cours de constitution et devant selon les souhaits de l'ARS, représenter l'ensemble de la région Grand Est, différents professionnels, différentes institutions... En troisième lieu, des propositions de modalités de mises en œuvre, organisation et gestion d'un observatoire pérenne de la santé mentale seront discutées.

Mots-clés

Santé mentale, observation, Grand Est, indicateurs pertinents

D-12: Evaluation de la collation matinale (Marie Anselm)

Problématique - contexte

L'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est s'est engagée dans une campagne de communication sur l'inutilité de la collation matinale, conduite pour la 2^e édition lors de l'année scolaire 2016/2017. Cette campagne s'adresse aussi bien aux enseignants et directeurs d'établissement du premier degré (écoles maternelles et élémentaires du public et du privé sous contrat au sein de l'Académie de Strasbourg) qu'aux parents.

L'Observatoire régional de la santé (ORS) Alsace a été mandaté pour conduire la première enquête auprès des enseignants et directeurs des établissements du premier degré. Il s'agit d'obtenir une estimation de la proportion d'écoles maternelles et primaires et de classes pratiquant encore une collation matinale sur le temps scolaire, de la composition de ces collations, de la proportion de celles ayant vu la pratique évoluer ou prévoyant de la faire évoluer.

Afin d'en mesurer l'impact dans quelques années, il est prévu de compléter l'enquête 2017 par une enquête qui sera menée à un horizon de 2 à 3 ans.

Objectif

Cette enquête s'inscrit dans le cadre de l'évaluation du plan de conviction sur l'inutilité de la collation matinale. Son objectif principal est d'estimer, au sein des établissements publics de l'Académie de Strasbourg :

- la proportion d'<u>écoles</u> maternelles et primaires et de <u>classes</u> ayant encore une collation matinale sur le temps scolaire,
- la composition de ces collations,
- la proportion d'écoles et de classes ayant vu la pratique évoluer ou prévoyant de la faire évoluer,
- la réception de la campagne de communication.

Cet objectif se décline en deux objectifs opérationnels :

• la réalisation d'une étude un an après le début de la sensibilisation (menée en septembre 2015) en Alsace, correspondant à un état des lieux des pratiques.

• la reconduction de cette étude à un horizon de 2 à 3 ans, afin d'analyser l'évolution des pratiques.

Méthode

Un courrier signé par Madame la Rectrice a été adressé par mail à l'ensemble des directeurs d'établissements publics du premier degré via leur adresse mail académique.

Le directeur était invité à répondre à un questionnaire et chargé de transmettre le courriel à son équipe pédagogique pour lui permettre de répondre également. Il était donc attendu, pour un établissement, une réponse individuelle de la part de chaque enseignant ayant la charge d'une classe et une réponse de son directeur.

Le courriel contenait un lien URL vers un questionnaire en ligne, mis en forme sur l'application Limesurvey et hébergé sur un serveur du Rectorat, permettant d'assurer la sécurité informatique et la confidentialité des réponses recueillies.

Le questionnaire à destination des enseignants se décline en quatre parties et 14 questions principales :

- identification (2 questions);
- partie 1 : petit-déjeuner organisé et collation matinale (9 questions) ;
- partie 2 : goûter d'anniversaire (1 question) ;
- dernière partie : démarches pédagogiques sur l'équilibre alimentaire (2 questions).

La version adressée aux directeurs d'établissement est une version allégée et comporte 9 questions (identification, collation matinale, démarches pédagogiques).

L'enquête s'est déroulée au cours du 2^e trimestre 2017. Un rapport d'analyse a été produit et présente des annexes incluant un traitement des principaux résultats à l'échelle des circonscriptions. Des diaporamas ont également été élaborés pour une réunion de bilan à l'ARS, une présentation aux conseillers techniques santé du Recteur et des Inspecteurs d'Académie et une présentation au service de santé scolaire et de PMI de la ville de Strasbourg.

Mots-clés

Evaluation; Collation matinale; Elèves; Pratiques pédagogiques; Accompagnement

III - PROGRAMME DE TRAVAIL SUR CREDIT D'ETUDES SPECIFIQUES

E – Programmes pluriannuels

E-1 : Maladies à caractère professionnel 2016 et 2017 (Laurence Moine, Nadia Honoré, Nicole Schauder)

Problématique - contexte

Le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), mis en œuvre par Santé publique France (ex Institut de veille sanitaire InVS) et l'Inspection médicale du travail (IMT) de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Directe), est en place en région Alsace depuis 2007.

Les maladies à caractère professionnel (MCP) sont à déclaration obligatoire mais les signalements sont rares. L'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Inspection médicale du travail (IMT) ont mis en place un programme de surveillance des MCP basé sur un réseau de médecins du travail (MT) volontaires.

Chaque MT signale toute MCP vue pendant deux semaines chaque semestre. Des données sociodémographiques sont recueillies afin de calculer les taux de prévalence des MCP selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité.

Objectifs

- Estimer la prévalence des MCP dans la population salariée de la région, par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité ;
- Décrire les agents d'exposition professionnelle associés aux différentes pathologies ;
- Le programme de surveillance des MCP vise également à stimuler la déclaration de ces pathologies par les médecins du travail en dehors des périodes de recueil propres au programme.

Méthode

Le programme MCP repose sur un réseau de médecins du travail volontaires. Deux semaines consécutives de recueil sont organisées tous les semestres. Ce sont les quinzaines MCP, au cours desquelles les médecins renseignent un tableau de bord avec les caractéristiques de l'ensemble des salariés vus en visite, qu'ils présentent ou non une MCP. Pour chaque salarié présentant une ou plusieurs MCP, une fiche de signalement est renseignée.

Les données recueillies sont retournées à l'ORS, qui vérifie la qualité de l'information transmise. L'ORS procède à la saisie de l'ensemble des données Alsace, aux traitements statistiques et rédige une synthèse d'analyse, amendée et validée par l'IMT et Santé publique France.

L'ORS participe également à l'analyse et la rédaction des rapports nationaux.

Mots-clés

Maladies à caractère professionnel ; Santé-travail.

E-2 : REIN : Réseau Epidémiologie et information en Néphrologie (Nadia Honoré, Sabrina Boime, Nicole Schauder)

Problématique - contexte

Le réseau vise à l'élaboration de stratégies sanitaires visant à améliorer la prévention et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Ainsi le registre REIN (Réseau épidémiologie et information en néphrologie) géré par l'Agence de la biomédecine repose sur l'enregistrement continu et exhaustif d'informations sur l'ensemble des patients en insuffisance rénale chronique terminale traités par dialyse ou par greffe.

Objectifs

L'objectif de REIN (Réseau épidémiologie et information en néphrologie) est de mesurer et décrire la prévalence et l'incidence des patients en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) dialysés dans les régions françaises.

En Alsace, l'ORS est en charge d'alimenter ce registre. Le fonctionnement de ce réseau repose sur le recueil des données administratives et médicales des patients dialysés dans les quatorze unités de prise en charge en Alsace. Les missions de l'ORS sont d'organiser ce recueil selon un protocole prédéfini, d'exploiter et de valoriser ces résultats au niveau régional et de transférer les données à l'Agence de biomédecine.

Méthode

La procédure de recueil et d'informatisation se déroule en trois étapes : la recherche directe dans les centres (recherches administratives et médicales dans les centres, saisie papier, informatisation des données par la cellule épidémiologique), la validation des données médicales par les néphrologues et enfin, la consolidation des trajectoires.

Sont notamment constitués des tableaux de bord régionaux confidentiels pour chaque centre de dialyse (Alsace). L'ORS participe également au rapport national.

Mots-clés

IRCT; Registre; Epidémiologie; Dialyse; Greffe.

E-3 : Réseau REIN : Etude syndrome métabolique II (Nadia Honoré, Sabrina Boime, Nicole Schauder)

Problématique - contexte

Les maladies cardio-vasculaires restent la première cause de mortalité en dialyse, la mort subite représentant à elle seule environ 33 % des causes de décès. Les maladies cardio-vasculaires en dialyse sont mal expliquées par les facteurs de risque traditionnels. L'obésité, par exemple, est associée à la mortalité cardio-vasculaire dans la population générale mais elle est corrélée à une meilleure survie chez les patients dialysés.

Dans l'étude INTERHEART en population générale, la relation entre la mortalité cardio-vasculaire et l'augmentation de l'index de masse corporelle (IMC) est relativement faible et disparaît après ajustement pour les différents facteurs confondants (hypertension, hypercholestérolémie). En revanche

la relation entre la mortalité cardio-vasculaire et périmètre abdominal est robuste et persiste après ajustement.

Dans la population générale, la concentration plasmatique d'acides gras libres est corrélée avec certains composants du syndrome métabolique (périmètre abdominal, triglycérides, HDL cholestérol) et associée au risque de mort subite par un effet arythmogène direct.

Dans une petite cohorte de patients dialysés en Calabre, région avec une faible prévalence de syndrome métabolique, la mortalité cardio-vasculaire est mieux corrélée à la présence du syndrome métabolique qu'à l'augmentation de l'IMC.

Nous avons montré dans l'étude de faisabilité SMET1 la possibilité d'enregistrer les paramètres définissant le syndrome métabolique, les données étant obtenues chez environ 90 % des patients hémodialysés.

Objectifs

Le projet actuel SMET2 consiste à examiner prospectivement la relation entre la morbi-mortalité totale et cardiovasculaire selon la présence ou non du syndrome métabolique ou de ses composants, isolément ou en association, chez des patients incidents dans les centres de dialyse alsaciens et bretons, débutant un tout premier traitement de suppléance par hémodialyse entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2017. Un suivi annuel à n+1 et n+2 sera également organisé. La phase de recueil s'entend ainsi jusqu'en 2020. L'analyse suivra.

Le projet est porté par les cellules épidémiologiques REIN Alsace et Bretagne (signataires du projet : T. Hannedouche, F. Chantrel, C. Vigneau, E.-A. Sauleau, F. Imbert).

Les résultats attendus sont la mise en évidence de nouveaux facteurs prédictifs de morbi-mortalité cardio-vasculaire chez les patients dialysés permettant de s'affranchir du paradoxe obésité-malnutrition-mortalité dans cette population.

Méthode

Il s'agit de :

- Colliger lors de la mise en dialyse puis une fois par an les données du syndrome métabolique (périmètre abdominal, glycémie et lipides à jeun, pression artérielle) chez des patients hémodialysés, incidents;
- Comparer la morbi-mortalité totale et cardio-vasculaire à 2 ans chez ces patients en fonction de la présence ou non du syndrome métabolique ou de ses composants, isolément ou en association, après ajustement pour les facteurs confondants disponibles dans le registre.

Le recueil de données dans les centres alsaciens a été organisé par les chargées d'études de l'ORS à partir du mois de janvier 2016. Une présentation du protocole et une formation des infirmiers et/ou cadres de santé aux données à recueillir a été effectuée dans chaque unité de dialyse après accord de chaque établissement à participer à l'étude. Des visites régulières sont effectuées dans les centres afin de coordonner le travail : s'assurer du bon déroulement du recueil de données, de répondre aux questionnements et de former éventuellement de nouvelles personnes au protocole (en raison d'un turn-over du personnel infirmier pouvant être important).

Mots-clés

IRCT; Registre; Epidémiologie; Dialyse; Greffe; Syndrome métabolique; Périmètre abdominal.

E-4 : Plateforme régionale ressource spécialisée en matière de radicalisations violentes - Maison des adolescents de Strasbourg (Marie Anselm, Eléonore Monnier, Michel Bonnefoy)

Problématique - contexte

Dans le cadre d'un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est, il est convenu que le GIP Maison des Adolescents de Strasbourg mette en œuvre à l'échelle de l'ensemble de la région Grand Est, une expérimentation sur trois années d'une « plateforme régionale ressource spécialisée en matière de radicalisations violentes ».

L'enjeu de cette plateforme sera de « construire une réflexion et une pratique régionale cohérente et respectueuse des enjeux institutionnels, légaux, éthiques, sanitaires et médico-sociaux de la problématique ».

L'expérimentation de la plateforme, lancée sous le nom de Réseau VIRAGE, s'étend de 2017 à 2019. Ses principales missions portent sur la prévention, l'accompagnement et la formation pour faire face aux radicalisations religieuses, idéologiques et politiques.

La MDA Strasbourg s'adjoint l'expertise de l'ORS Alsace pour un accompagnement à la réalisation d'un diagnostic et à l'auto-évaluation de la plateforme ressource. Le diagnostic portera sur les activités des Maisons des adolescents du Grand Est dans le domaine de la prévention des radicalisations et sur l'état de connaissance des phénomènes de radicalisation dans ce territoire.

Objectif

La prestation confiée à l'ORS consiste en un accompagnement à la structuration et la remontée d'informations. Celle-ci se décline progressivement en lien avec la montée en charge de l'activité de la plateforme, à savoir :

- le diagnostic et l'élaboration de la démarche d'évaluation (phase 1),
- le suivi et l'évaluation intermédiaire des activités de la plateforme (phase 2),
- l'évaluation finale des activités de la plateforme (phase 3).

Méthode

L'accompagnement méthodologique de l'ORS se décline en deux volets :

- le diagnostic relatif aux dispositifs en place en Grand Est en matière de lutte contre la radicalisation ainsi qu'à la connaissance globale du phénomène (entretiens auprès des équipes des MDA et revue de la littérature ; analyse et rédaction ; accompagnement à la rédaction de recommandations) ;
- l'auto-évaluation du réseau (principes généraux de l'évaluation; construction de l'arbre des objectifs; déclinaison des indicateurs de processus et de résultats et construction des questions évaluatives; aide à la coordination du recueil de données et conception des outils de recueil nécessaires; aide à l'analyse et à la rédaction)

F – Programmes renouvelables annuellement – programme 2017

F-1 : Accompagnement SIAO phase 1 - DRDJSCS(Frédéric Bauer, Eléonore Monnier, Michel Bonnefoy, Frédéric Imbert)

Contexte et objectifs

La création des Services Intégrées de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) est fondée sur le constat d'une segmentation très importante et du manque de coopération entre les multiples acteurs de l'hébergement et du logement. Les partenaires ont identifiés que le premier accueil, l'évaluation du besoin et l'orientation sont les bases d'un bon accompagnement des personnes. Un dispositif de prise en charge des personnes doit donc être organisé de manière cohérente et coordonnée dans les départements.

Suite à cette réflexion, le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) est pensé, par une circulaire du 8 avril 2010³, comme un véritable « service public de l'hébergement et de l'accès au logement ». La mise en réseau des différents dispositifs d'accueil, d'hébergement, d'insertion et d'accès au logement doit favoriser la transition de l'urgence vers l'insertion et garantir la nécessaire fluidité vers le logement. Les SIAO doivent permettre de mieux répondre aux besoins des personnes en difficulté, mieux réguler les places sur un territoire donné et en améliorer le diagnostic.

A la lumière des constats portés par l'IGAS, la circulaire du 29 mars 2012⁴, ré-invoque les principes d'actions inhérents au SIAO sur trois axes : la gouvernance de l'Etat, l'opérationnalité du SIAO, les outils de connaissance des publics et de leurs besoins pour adapter l'offre.

La mise en place des SIAO a modifié profondément l'organisation et les pratiques du secteur de l'hébergement et de l'accès au logement.

La DGCS mène une seconde enquête en 2016⁵. Les 101 DDCS(PP) ont participé à cette enquête. Cette enquête identifie les avancées relatives à la mise en œuvre du SIAO unique, ainsi que les facteurs de réussites et les difficultés rencontrées. Elle répertorie les bonnes pratiques des territoires et dégage des enseignements pour faciliter la mise en œuvre du SIAO unique et son pilotage pérenne aux niveaux national et local.

⁵ Enquête DGCS 1^{er} semestre 2016

Ce rapport fait part de l'application de la circulaire du 17 décembre 2015 sur la mise en œuvre du SIAO unique, du pilotage par l'Etat du SIAO, de la coordination des acteurs locaux par le SIAO, du rôle du SIAO dans l'accès au logement et la généralisation du SI-SIAO.

Une première démarche d'animation nationale des SIAO repose sur une modalité principale, le Club des SIAO. Les fédérations associatives et notamment la FNARS assurent également une animation nationale qui prend la forme de lettre d'informations, de guide de bonnes pratiques, de réunions et d'évènements nationaux.

L'animation par les DR sous la forme d'une conférence régionale des SIAO est variable selon les régions. Les fédérations régionales de la FNARS assurent également une animation des SIAO, qui peut prendre des formes différentes : comités, clubs, lettres d'informations...

L'animation nationale et régionale est à construire, et un pilotage départemental est à renforcer. Le rapport recommande de prévenir d'éventuels « retour en arrière » et d'assurer l'amélioration continue des SIAO. Il préconise une animation nationale permettant d'échanger les bonnes pratiques dans une logique d'amélioration continue du dispositif.

La DGCS recommande de clarifier le rôle des services de l'Etat dans le pilotage et le suivi des SIAO. Au niveau régional, les DRDJSCS ont un rôle clé à jouer en matière de recensement et de partage des bonnes pratiques, de mise à disposition d'outils et de suivi de la mise en œuvre du SIAO unique.

Pour assurer une véritable implication du SIAO dans ce dispositif, des conférences ou des clubs des SIAO au niveau régional réunissant l'ensemble des parties prenantes d'une région au sein d'un groupe de suivi pourraient être mise en place.

Méthode

La DRDJSCS Grand-Est a donc sollicité les équipes de l'ORS d'Alsace et de Lorraine pour construire un état des lieux relatif à la constitution du SIAO unique sur la base de l'étude diligentée par la DGCS au 1^{er} semestre 2016. L'objectif pour les ORS étant d'accompagner le DRDJSCS Grand-Est dans la mise en place des dispositions de la loi ALUR en région Grand-Est afin d'identifier les leviers d'action.

I. Recueil de données Grand Est de l'enquête DGCS

Sur la base de l'étude diligentée par la DGCS en 2016, les ORS ont fait un état des lieux relatif à la construction du SIAO unique en Grand-Est. Les ORS ont analysé les modalités de description des organisations des départements constituants la région Grand-Est. Cette première partie a permis de dresser un état des lieux des différents modes organisationnels, de fonctionnement, juridique, économiques

II. Grilles d'entretien

Après exploitation des données recueillies, les ORS ont construit deux grilles d'entretien ,une destinée aux DDCSPP et une destinée aux SIAO.

Les grilles sont articulées autour de 3 grands thèmes :

- La mise en œuvre et le statut du SIAO,
- Les missions du SIAO,
- Les partenariats et réseaux à différents niveaux.

Ces thèmes sont ceux identifiés dans l'étude de la DGCS. Les entretiens avec les SIAO et DDCSPP du Grand-Est ont été réalisé afin d'identifier les freins et les leviers à la mise en œuvre d'un SIAO unique un an après l'étude de la DGCS.

Le choix de deux grilles distinctes a permis d'orienter l'entretien avec les SIAO sur la réalisation de leurs missions et d'orienter l'entretien avec les DDCSPP sur leur pilotage et leur appréciation sur la réalisation des missions du SIAO. Personnes rencontrées : l'ensemble des SIAO et des DDCSPP du Grand-Est ont été interrogé pour cette enquête.

Mots-clés

Loi ALUR, SIAO unique, hébergement, logement, 115, coordination, DRJSCS

F-2 : Accompagnement SIAO phase 2 chantiers 1 et 2 – DRDJSCS (Frédéric Imbert, Eléonore Monnier, Michel Bonnefoy)

Suite au chantier 1 de la commande de la DRJSCS, une attention particulière a été commandité concernant les Systèmes d'Information des SIAO (SI –SIAO) et la pertinence de construction d'une grille d'indicateurs raisonnés de suivi, partageable et médiatisable.

Ce travail est actuellement en cours.

Contexte

Une mise en cohérence sur l'observation réalisée par les SIAO est attendue et ce pour dégager un périmètre d'actions tant départemental que régional. La DRDJSCS a pour mission le pilotage et l'animation de l'observation régionale et doit disposer d'éléments de cadrage pour définir des principes généraux et des modalités d'organisation à privilégier sur les territoires dans un souci d'harmonisation :

- disposer des éléments liés à l'activité des siao et des modalités d'articulation avec le secteur hébergement insertion et le logement adapté et ordinaire.
- s'assurer que l'organisation des SIAO permet la visibilité totale des places disponibles dans les champs qu'ils couvrent.
- disposer des modalités de traitement de l'accompagnement social des familles orientées par le SIAO;
- s'assurer de la gestion des relations partenariales des SIAO particulièrement pour les dispositifs spécifiques : (sortants de prison, femmes victimes de violence.
- dégager des pistes de mutualisation sur les territoires.

Méthodologie

Il conviendra dans ce cadre de construire une grille d'indicateurs basée sur une démarche participative, axée sur les données existantes et partagées par tous les départements. (la DRDJSCS transmettra en amont les indicateurs existants. Les SIAO et DDCS(PP) ne seront interrogées que sur les données non disponibles). Cette grille sera testée. Il faudra veiller à l'exhaustivité des réponses et réaliser les relances nécessaires Un accompagnement téléphonique et une guide de remplissage des items sont à envisager.

Son adoption définitive étant participative pour le socle, elle sera soumise en réunion technique de la coordination régionale à installer.

La méthodologie devra faire l'objet d'une validation par le pôle Cohésion Sociale.

Livrables:

- Proposition de grille d'indicateurs stabilisés commun aux 10 départements dédiés à l'activité des SIAO, avec une situation arrêtée au 31/12/2016 avec guide de remplissage en amont de la réunion de coordination
- Analyse des premières données
- Base de données brutes exploitable et modifiable sous Excel à communiquer au pôle Cohésion Sociale à l'issue de la mission
- Cartographie actuelle et prospective (selon éléments disponibles)
- Maquette support de communication exploitable et modifiable : pour un édito, clef de voute, élément de cadrage et des fiches résultats d'une part pour l'urgence d'autre part pour l'insertion

F-3 : Etat des lieux santé-environnement Grand Est en vue de l'élaboration du 3ème plan régional santé environnement - DREAL, ARS (Emilie Gardeur, Nadia Honoré, Florence Schwarz, Laurent Chamagne)

Problématique – contexte

Depuis 2005, la santé environnement est devenue une problématique centrale et bénéficie de plans nationaux visant à déterminer les actions prioritaires à mener. Depuis le 2ème plan national, une déclinaison régionale est également réalisée afin de prioriser les actions et sujets au regard des contextes régionaux/locaux. En 2015 a été signé le 3ème plan national qui devait être décliné au niveau régional pour la période 2017-2021.

Ce troisième plan régional santé environnement (PRSE) Grand Est, est co-piloté par l'Etat, l'ARS et le Conseil Régional.

Objectif

L'objectif était de mieux appréhender les enjeux de la région Grand Est en matière de santé environnement, au travers un état des lieux, dans le cadre de la préparation du PRSE3 Grand Est.

Ainsi, le travail mené et confié à l'Observatoire régional de santé et des affaires sociales de Lorraine (ORSAS Lorraine) et à l'Observatoire régional de santé d'Alsace (ORS Alsace) avait pour objectif de présenter des indicateurs sur les thèmes de la santé et de l'environnement, à l'échelle du Grand Est, à une résolution infrarégionale et ainsi de rendre compte des spécificités et inégalités au sein du territoire.

Méthode

Ce travail réalisé majoritairement de septembre 2016 à avril 2017 a d'abord nécessité une collecte importante de données très diverses (contacts de producteurs de données, utilisation, exploitation de bases de données, utilisation de nombreux rapports/sites d'organismes experts).

Les indicateurs traités sont issus de retours d'expérience dans d'autres régions et notamment dans trois régions expérimentatrices d'une méthode partagée d'état des lieux territorial santé-environnement (à

savoir les régions (Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur) mais aussi des contacts pris avec les différents producteurs de données et de la disponibilité des indicateurs en région.

Afin de rendre lisibles les différents enjeux environnementaux et sanitaires du Grand Est et les éventuelles disparités territoriales, les indicateurs ont été, dans la mesure du possible, présentés sous forme de cartographies.

Lorsque cela était possible, les indicateurs ont été exploités à l'échelle de la zone d'emploi (ZE). Celle-ci correspond à un découpage géographique de l'Institut national des statistiques et des études économiques (Insee) basé sur les trajets domicile-travail. « Une zone d'emploi est [effectivement] un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent [...] » et représentait un bon compromis pour cet état des lieux Grand Est.

L'état des lieux santé-environnement du Grand Est se décline en quatre chapitres :

- Le premier décrit différents éléments de Contexte de la région au travers de ses caractéristiques géographiques, climatologiques, écologiques, et celles de sa population (caractéristiques sociodémographiques et économiques);
- Le deuxième chapitre traite des différentes **Pressions** exercées sur l'environnement d'origines diverses (agriculture, industries, transports, etc.);
- Le troisième fait état des données d'Expositions disponibles, c'est-à-dire de résultats de mesures renseignant sur la présence et le niveau de concentration d'agents dans les différents milieux environnementaux (air, eau, sol et niveaux de bruit) pouvant impacter les écosystèmes et la santé des populations;
- Enfin, le quatrième chapitre dresse un **Etat sanitaire** des populations du Grand Est au travers d'indicateurs traitant de pathologies pouvant être en lien avec des expositions environnementales.

Il est consultable sur le site du PRSE3 Grand Est: http://www.grand-est.prse.fr/etat-des-lieux-sante-environnement-a60.html

Mots-clés

Santé-environnement, état des lieux, Grand Est

F-4 : Suite état des lieux PRSE3 -Typologies des territoires - DREAL (Emilie Gardeur, Nadia Honoré, Florence Schwarz)

Problématique – contexte

Dans le cadre de l'état des lieux mené en amont du PRSE 3 Grand Est (et publié en octobre 2017), de nombreuses données ont été collectées et divers indicateurs ont été cartographiés à un échelon infrarégional (à la zone d'emploi lorsque cela était possible). Ces différents indicateurs ont été présentés par thématique et permettent d'identifier des inégalités territoriales en matière sanitaire, environnementale et sociale.

A la suite de ce premier travail et afin de constituer un véritable outil d'aide à la décision pour les pouvoirs publics et acteurs dans le champ de la santé-environnement, un croisement des différents enjeux identifiés doit être mené en vue de proposer des priorités d'actions et/ou de territoires.

Objectifs

L'objectif est d'évaluer les cumuls de pressions/expositions qui pourraient s'exercer sur un territoire, croisés avec les enjeux en termes de population potentiellement exposée, les données sanitaires, voire les enjeux liés à la protection des milieux naturels, et ainsi, fournir des éléments d'aide à la décision pour éventuellement prioriser des territoires ou des thématiques sur/pour lesquels agir.

Méthode

Dans le cadre de ce travail, il est proposé d'explorer parallèlement deux types de méthodes complémentaires tant sur le plan des analyses menées, des indicateurs mobilisés que des échelons géographiques :

- Une méthode de scoring afin de synthétiser à la zone d'emploi les données collectées et traitées dans l'état des lieux préalable. Cette méthode a pour objectif d'identifier les zones cumulant les pressions/expositions (1^{er} score) croisées avec les enjeux en matière de protection des populations voire des milieux environnementaux (second score). Les résultats seront présentés sous forme cartographique, de fiche ou tableau permettant de rendre compte de la hiérarchisation des territoires selon les niveaux de scores et de visualiser les facteurs impactants pour chaque zone d'emploi.
- Une méthode de démarche typologique reposant sur des analyses multifactorielles (par analyses en composantes principales ACP) et de classification (ascendante hiérarchique CAH). Cette méthode permet de travailler à une résolution géographique plus fine (la commune a priori ou l'EPCI) et, d'étudier au moyen de méthodes statistiques, les interrelations entre les différents indicateurs, d'identifier les principaux facteurs explicatifs pour construire in fine une typologie faisant apparaître les profils de territoires les plus marquants.

Le travail a débuté fin 2017 et est toujours en cours.

Mots-clés

Santé-environnement, cumuls pressions, enjeux, typologie de territoire, hiérarchisation

F-5 : La santé des 15-29 ans – Région Grand Est (Claire Vesque, Emilie Gardeur, Michel Bonnefoy)

Problématique - contexte

Le groupe populationnel constitué des jeunes âgés de 15 à 29 ans est un groupe très diversifié. Il s'agit d'un groupe qui intéresse particulièrement les acteurs politiques du fait de leur diversité et du manque de données existantes et construites. Ainsi, l'ORS Grand Est a été sollicité par le Conseil Régional pour qui les 15-29 ans constituent un public cible, afin de construire un tableau de bord regroupant des indicateurs socio-sanitaires permettant d'avoir à disposition un outil d'observation de la jeunesse pour mieux orienter les actions envers elle.

Objectif

Améliorer la connaissance de l'état de santé des jeunes de 15 à 29 ans en Grand Est.

Méthode

Un recueil des différents indicateurs existants et disponibles est mené dans un premier temps. Les sources de ces indicateurs sont principalement le recensement de 2014 (INSEE), la CCMSA-CNAF, la DARES, la CNAMTS, CCMSA, RSI, l'ATIH (PMSI-MCO), l'INSERM (CépiDC) et diverses sources de littératures telles que les baromètres santé, ESCAPAD, INCA 3, etc...

Ces indicateurs sont déclinés à l'échelle départementale, régionale et française afin de mieux apprécier les différences ou les similitudes entre ces territoires. Plusieurs catégories d'indicateurs ont été dégagées de cette liste :

- Démographie;
- Education et formation;
- Maternité;
- Socio-économie;
- Etat de santé, décliné en sous-catégories :
 - i. ALD : prévalence et incidence
 - ii. Hospitalisations (patients)
 - iii. Mortalité.
- Comportements.

Dans un second temps, le tableau de bord est construit sous format Excel.

Certains indicateurs sont proposés également par sexe et/ou par tranche d'âge (15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans).

Pour les causes de morbidité et de mortalité, une comparaison entre les niveaux régionaux et ceux de la France métropolitaine est réalisée à un seuil de significativité de 5 %. De même, les départements sont comparés à la région Grand Est.

Chaque catégorie d'indicateurs est identifiée par une couleur spécifique (jaune pour la démographie, vert pour l'éducation-formation, rose pour la maternité, orange pour la socio-économie, bleu pour l'état de santé, violet pour les comportements).

Suite à ce tableau de bord, une proposition de fiches thématiques a été faite et validée afin d'apporter des informations complémentaires et de mettre en perspective certaines données issues du tableau de bord grâce à la connaissance du territoire du Grand Est et la littérature.

Des tableaux, des graphiques et des cartes à l'échelon EPCI seront présentées dans ces fiches.

Les thématiques retenues sont :

- Démographie et socio-économie
- Education-formation
- Santé sexuelle
- Principales causes de morbidité et de mortalité
- Santé mentale
- Consommation de produits psychoactifs
- Comportements et habitudes de vie.

Des indicateurs pourront aussi être rassemblés par département.

Ce travail a débuté en 2017 et est toujours en cours. Les perspectives seraient ensuite de développer un observatoire.

Mots-clés

Santé des jeunes ; tableau de bord ; Comparaisons infrarégionale.

F-6 : Etude de la santé mentale 52 - ORS Bourgogne-Franche-Comté (Simon Giovanini, Emilie Gardeur, Michel Bonnefoy)

Problématique – contexte

Dans le cadre de travaux précédant l'organisation des GHT sur la psychiatrie, adultes, enfants pour un territoire Côte d'Or, « Sud Marnay », l'ORS Bourgogne Franche-Comté (ORS BFC) a été sollicité pour produire des indicateurs en lien avec la problématique.

Une partie du territoire étant situé dans la région Grand Est, l'ORS BFC sollicite l'ORSAS-Lorraine pour compléter l'extraction des données.

Objectif

Ainsi l'objectif de l'étude porte sur l'extraction d'indicateurs définis (*cf.* liste en annexe) à la taille des cantons 2014 pour la partie du territoire d'étude retenu située dans le Grand Est.

Méthode

Ce travail a compris:

- un temps de coordination avec l'ORS Bourgogne Franche Comté (format des rendus, années d'extraction, méthode de standardisation, territoire de comparaison, calcul de significativité, codes CIM 10, précision sur certains indicateurs, etc),
- la mobilisation des sources de données adéquates,
- la fourniture des données sous forme de tableaux (effectifs, taux standardisés y compris pour le territoire de comparaison choisi, mention de l'appartenance au GHT et département, précision de la significativité, etc) : production de fichiers Excel,
- le contrôle de cohérence des données extraites,
- la production d'un fichier spécifique des données en vue de la réalisation de cartographies par l'ORS BFC (dans le présent devis, il n'est pas prévu que l'ORSAS-Lorraine produise de cartographies).

Mots-clés

Extraction données, filière psychiatrie

F-7 : Etude sur les orientations de la politique de prévention du Régime Local d'Assurance Maladie – RLAM (Frédéric Imbert, Florence Schwarz, Sabrina Boime)

Problématique - contexte

Le Régime local d'Assurance Maladie (RLAM) est un régime obligatoire d'assurance maladie complémentaire au Régime Général et solidaire. Le Régime local assure un complément sur les prestations remboursées par le Régime Général pour les soins de ville et une prise en charge à 100 % des frais d'hospitalisation (forfait journalier compris), dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

Depuis 1998, les administrateurs du Régime local d'Assurance Maladie ont la possibilité d'affecter des crédits pour le financement de programmes de santé publique. Sur la base d'un bilan de sa politique de prévention menée depuis 1998, le Régime local a lancé en 2017 un appel d'offres pour la réalisation d'une étude sur les orientations de sa politique de prévention afin de répondre aux enjeux suivants :

- Améliorer effectivement l'état de santé de la population
- Optimiser l'investissement du Régime local dans la prévention : investir davantage (l'enveloppe que peut allouer le Régime local est actuellement sous utilisée, faute de projets porteurs) et à meilleur escient (projets démontrant l'impact réel pour la population)
- Renforcer la visibilité de l'action du Régime local
- Contribuer à la maîtrise des dépenses de santé

Suite à cet appel d'offres, le travail a été confié aux Observatoires régionaux de la santé (ORS) d'Alsace et de Lorraine, et aux Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) d'Alsace et de Lorraine.

Objectif

Cette étude visait à élaborer des préconisations opérationnelles sur deux points, les thématiques et les projets porteurs.

L'ORS avait en charge principalement l'identification des problématiques de santé majeures en Alsace-Moselle et, l'IREPS l'identification d'actions probantes et transférables même si les équipes des deux institutions ont participé aux deux phases.

Méthodes

Afin d'analyser l'état de santé des populations domiciliées en Alsace et en Moselle, une étude des données de mortalité de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), des données d'Affections de longue durée (ALD) de l'Assurance maladie et des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été prioritairement⁶ menée et ce, à l'échelon de l'ensemble du territoire de l'Alsace et de la Moselle, des trois départements et, pour la mortalité par BPCO, diabète et cancers, des cantons. Un certain nombre de critères (effectifs, part de personnes jeunes, poids de la cause, taux comparatifs, significativité statistique, écarts, évolution) a été pris en compte afin de caractériser la situation de l'Alsace Moselle et ses départements au regard de la région et de la France métropolitaine.

⁶ D'autres données ont également être prises en compte, une revue synthétique de la littérature sur certains focus a été réalisée.

L'analyse de résultats a ensuite permis de proposer des sujets d'attention sur lesquels axer la recherche d'actions de promotion de la santé probantes et de pratiques prometteuses pouvant être mises en œuvre, puis à une analyse de ces actions selon des critères de qualité et enfin à une proposition de recommandations sur les orientations de la politique de prévention du Régime Local d'Assurance Maladie.

Mots-clés

Actions probantes prometteuses, politique promotion et prévention, problématiques de santé préoccupantes

F-8: Réalisation d'un diagnostic transfrontalier sur l'offre de soins et les potentiels de coopération dans le secteur de la santé sur le territoire de l'Euro district PAMINA - TRISAN (Frédéric Imbert, Florence Schwarz, Simon Giovanini)

Problématique - contexte

Le 28 avril 2017, TRISAN a lancé un appel d'offres pour la réalisation d'un diagnostic transfrontalier sur l'offre de soins et les potentiels de coopération dans le secteur de la santé sur le territoire de l'Eurodistrict PAMINA. L'offre présentée par l'Observatoire régional de la santé (ORS) Grand Est a été retenue pour la réalisation de ce diagnostic.

Objectif

L'objectif est de donner une vision d'ensemble comparative sur l'offre de soins dans le territoire de l'Eurodistrict PAMINA, mettant en particulier en lumière les déficits et les éventuelles complémentarités du territoire transfrontalier. Il a été suivie d'une analyse plus approfondie d'un champ de coopération (les maternités) dont l'objet est de confirmer ou d'infirmer par les données, l'existence d'un besoin potentiel d'action transfrontalière sur le champ analysé.

Méthode

L'analyse comprend notamment un rapide portrait démographique du territoire d'analyse, des éléments sur les dynamiques transfrontalières du territoire, ainsi qu'une analyse de l'offre de soins libéraux et hospitalière.

L'offre présente au-delà du périmètre d'étude a également été prise en compte pour l'analyse de l'offre de soins.

Mots-clés

Transfrontalier, TRISAN, PAMINA, accessibilité

F-9 : Evaluation des ateliers de prévention des Personnes Âgées - Carsat (Laurence Moine, Sabrina Boime Florence Schwarz, Nicole Schauder)

Contexte

En cohérence avec la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, les caisses de retraite des régimes général, agricole et des indépendants se sont associées pour développer une politique de prévention et de préservation de l'autonomie des personnes âgées s'inscrivant en complémentarité de l'action des départements.

L'Association interrégimes Atout Âge Alsace qui regroupe les caisses de retraite suivantes, la Carsat Alsace-Moselle (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail), la MSA Alsace (Mutualité sociale agricole) et le RSI Alsace (Régime social des indépendants) et différents partenaires, propose aux personnes retraitées des actions diversifiées en faveur de la prévention du vieillissement sur l'ensemble du territoire alsacien.

Des forums, des conférences et des ateliers de prévention pour rester en forme sont organisés par l'association Atout Âge sur différentes thématiques : Activité physique adaptée (APA), Nutrition, Habitat et sécurité, Nouvelles technologies, Bien vivre sa retraite...

Ces rencontres ont pour objectif de contribuer à la prévention de la perte d'autonomie dès le début de la retraite dans un objectif de maintien à domicile et du maintien du lien social en faveur des retraités autonomes (GIR 5 et 6), en agissant sur les comportements des personnes et sur leur environnement. Une attention particulière est apportée aux retraités socialement fragilisés, notamment en raison de leur âge, de leur isolement social et de leurs conditions de vie en leur proposant une offre de services diversifiée basée sur un accompagnement pour bien vivre sa retraite.

Objectif

La Carsat a sollicité l'ORS Alsace pour réaliser une évaluation des ateliers de prévention portant sur deux thématiques : Activité physique adaptée et Habitat et sécurité.

Cette évaluation doit permettre de vérifier l'atteinte des objectifs des ateliers de préventions décrits cidessus et répondre notamment aux questions évaluatives suivantes :

- Les ateliers proposés correspondent-ils aux besoins? Est-ce qu'il existe des besoins non couverts?
- Quel est le profil des bénéficiaires ?
- Existe-t-il des freins et des leviers à la participation aux ateliers ?
- Les actions proposées répondent-elles aux besoins et aux attentes des participants ?
- Les participants suivent-ils l'ensemble des séances d'un atelier ? Plusieurs ateliers ?
- Les actions menées ont-elles permis d'atteindre les objectifs fixés (utilisation des acquis dans la vie quotidienne des bénéficiaires, maintien ou construction d'un lien social...) ?
- Existe-t-il des effets non attendus à la mise en œuvre de ces ateliers, que ce soit au niveau des bénéficiaires des ateliers ou à un niveau plus large (acteurs, structures et institutions...) ?

Méthode

Pour répondre aux questions évaluatives présentées ci-dessus, plusieurs méthodes d'analyse et d'outils de recueil ont été mises en œuvre :

- Une analyse documentaire permettant d'évaluer la mise en œuvre effective de ce qui a été prévu ;
- Une analyse des méthodes de communication mise en œuvre pour informer le public de la possibilité de participer à ces ateliers ;

- Une analyse des profils des personnes touchées à partir des questionnaires d'évaluation des ateliers (sexe, âge, lieu de domicile, autres variables disponibles...);
- Des entretiens individuels et/ou collectifs auprès des différents publics concernés (bénéficiaires, personnes ressources et professionnels intervenants lors des ateliers).

Mots-clés

Habitat, Personnes âgées, Atelier de prévention, Evaluation

F-10 : Observatoire local de la Santé - Eurométropole de Strasbourg (Florence Schwarz, Sabrina Boime, Frédéric Imbert)

Problématique - contexte

L'EmS a propoé une convention pluriannuelle sur trois ans (2015-2017) dans le cadre de travaux visant à misant à mettre en évidence les inégalités sociales et territoriales de santé de la ville et l'Eurométropole de Strasbourg, avec programme de travail propre à chaque année.

Objectif

Pour l'année 2017, les axes de travail arrêtés avec le groupe de travail « Observation locale en santé sur l'Eurométropole » sont de :

- participer à l'analyse des données recueillies dans le cadre du dispositif PRECCOSS;
- contribuer à l'analyse des données d'activité du service Promotion de la santé de la personne via le logiciel MAIDIS : en particulier en ce qui concerne les bilans de santé réalisés en petite section de maternelle ;
- développer une analyse des données de recours aux urgences générales et pédiatriques,
- développer une analyse des données d'hospitalisation psychiatriques « à la demande d'un tiers » et « péril imminent »;
- approfondir l'exploitation des données d'exposition de la population à la pollution atmosphérique ;
- contribuer, sous réserve d'accès aux données, à l'analyse des informations relatives à la petite enfance (Certificats de santé du huitième jour, bilans de santé de petite section maternelle, bilan de santé de grande section de maternelle);
- améliorer l'appropriation des résultats et leur communication.

Méthode

Une analyse d'indicateurs par thématiques/milieux selon un échelon géographique défini (quartiers et communes de l'Eurométropole) est réalisée, avec rédaction de fiches par thématiques/milieux.

Un document regroupant l'ensembles des fiches thématiques réalisées sur la période 2015-2017 (Mortalité, ALD, Diabète traité et suivis du diabète, Consommation de psychotropes, Recours aux soins libéraux, offre de soins, santé scolaire, pollution atmosphérique, pollution sonore) a été fourni.

Mots-clés

Eurométropole, Strasbourg, quartiers, infra-communal