



LA LETTRE DE L'OBSERVATION «SANTÉ / SOCIAL» RÉGIONALE

Lettre n°3 - novembre 2011

Sommaire

- **Edito**
- **Des nouvelles de l'OSSR**
- **Publications des membres de l'OSSR**
- **Publications nationales**
- **Zoom sur un membre de l'OSSR :
L'Observatoire Régional de la Santé
Haute-Normandie**



Edito

Dans un contexte administratif et budgétaire très contraint pour l'ensemble des partenaires, le dispositif d'Observation Santé Social Régional de Haute-Normandie doit poursuivre ses objectifs relatifs à la coordination et à la valorisation des études produites.

Le partage de l'information entre l'ensemble des partenaires régionaux reconnus dans les domaines sanitaire, social et médico-social est plus que jamais à l'ordre du jour.

Pour ce faire, une première approche du programme de travail 2012 de la plate forme d'observation a été abordée, en juin, lors de notre dernier comité de pilotage.

Vous avez été nombreux à y demander une sensibilisation des utilisateurs à l'outil MERIADE et un recensement actualisé des travaux en cours, chez chacun des partenaires, sur les domaines dévolus à l'OSSR. Ces souhaits seront pris en compte très prochainement.

Jacques MURAT

Directeur Régional de la Jeunesse, des Sport et de la
Cohésion Sociale de Haute-Normandie



Des nouvelles de l'OSSR

La première réunion du comité de pilotage du dispositif d'Observation Santé Social Régional (OSSR) de Haute-Normandie s'est tenue le jeudi 30 juin 2011 à la Maison des Jeunes et de la Culture de Rouen rive gauche. Animée par Maureen MAZAR et Cyrille TELLART (DRJSCS), cette réunion a rassemblé plus d'une vingtaine de membres partenaires de l'OSSR. Dans un premier temps, cette séance a permis de retracer un court historique du dispositif d'observation haut-normand puis de valider

la nouvelle convention trisannuelle de partenariat. Les résultats du questionnaire concernant les attentes, projets et questions de chacun des partenaires ont ensuite été abordés ainsi qu'une première approche du programme de travail de l'année 2012. Pour terminer, l'Observatoire Régional de la Santé a procédé à une présentation des potentialités de l'outil MERIADE. La prochaine réunion du comité de pilotage est prévue pour le début de l'année 2012.





Publications des membres de l'OSSR

■ ARS Haute-Normandie. **Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)**. Rouen : ARS Haute-Normandie, juin 2011, 26 p.

Examiné par la Conférence régionale de santé et de l'autonomie, le 6 mai, le Plan stratégique régional de santé (PSRS) est désormais accessible sous sa forme définitive. Expression des priorités régionales de santé, il constitue l'armature sur laquelle seront adossés les trois futurs schémas d'organisation....

Un diagnostic, trois axes, six thèmes

Après avoir dressé un diagnostic général (démographie et territoire, santé et morbidité, offre de santé), le PSRS s'articule autour de trois axes stratégiques, déclinés en priorités et objectifs généraux :

Maintenir et renforcer l'accès à la santé et à l'autonomie.

Réduire les inégalités sociales et les inégalités territoriales de santé.

Renforcer et garantir la qualité et l'efficacité des dispositifs et la performance des organisations.

Six thèmes spécifiques sont également définis : Périnatalité et enfance, Handicap et vieillissement, Santé mentale, Addictions, Maladies chroniques, Risques sanitaires.

En savoir plus sur le site de l'ARS Haute-Normandie

■ **L'ARS Haute-Normandie met en ligne sa seconde newsletter**

Voir la newsletter n°2 septembre 2011

Si vous n'êtes pas actuellement destinataire, et que vous souhaitez recevoir la newsletter, il suffit de communiquer votre adresse par simple mail à l'adresse suivante : ars-hnormandie-newsletter@ars.sante.fr

■ **La DRJSCS de Haute-Normandie a mis en ligne sur son site web le STATISS 2010**

Il présente des données départementales et régionales homogènes sur la démographie, l'équipement sanitaire et social, les professions de santé, la protection sociale et la formation.

<http://www.haute-normandie.drjscs.gouv.fr/Chiffres.html>

Bientôt disponible sur le même site : Le Panorama statistique Jeunesse, Sports et Cohésion sociale.

■ Caritg JP. **Conjoncture régionale 1er trimestre 2011. L'emploi progresse**. in : Aval, N°104, juin 2011, 4 p.

L'amélioration de l'emploi salarié semble se confirmer dans les secteurs principalement marchands. Après la stabilisation du 4e trimestre 2010, l'emploi dans ces secteurs progresse de 0,3 % en Haute-Normandie, hausse conforme à la moyenne métropolitaine. Dans la région, excepté dans l'industrie (- 0,1 %), l'emploi salarié progresse : + 1,0 % dans la construction, + 0,2 % dans le commerce et + 0,5 % dans les services. Sur un an aussi, l'amélioration prévaut. Néanmoins, la reprise en région est moins soutenue qu'au plan national (+ 0,4 % contre + 1,1 %). Sur cette période, en Haute-Normandie, si la progression est, vive dans les services principalement marchands (+ 4 500 postes nets), l'industrie en perd 2 500 nets.

Télécharger le document sur le site de l'INSEE

■ CIRE Haute-Normandie. **Suivi des indicateurs d'activité des services d'urgences et des Samu en Haute-Normandie**. Saint Maurice : INVS, septembre 2011, 4 p.

Télécharger le document sur le site de l'Invs

■ CIRE Haute-Normandie. **Surveillance épidémiologique de la rougeole en Haute-Normandie. Point du 21 septembre 2011**. in : Le point épidémiologique, 21 septembre 2011, 2 p.

Télécharger le document sur le site de l'Invs

■ Caritg JP. **Immigrés d'hier et d'aujourd'hui en Haute-Normandie**. in : Aval, N°103, mai 2011, 4 p.

En 2007, 4,1 % des Haut-Normands sont des immigrés soit deux fois moins qu'en France métropolitaine. Parmi eux, les immigrés récents, arrivés depuis moins de cinq ans en France, ne représentent que 0,5 % de la population totale. La Haute-Normandie est la région où cette part est la plus faible.

Télécharger le document sur le site de l'INSEE

■ **L'année économique et sociale 2010 en Haute-Normandie. Mai 2011 [en ligne]**

Au printemps de chaque année, l'Insee Haute-Normandie livre un bilan économique et social de l'année écoulée. À l'instar des années passées, les services statistiques ministériels (SSM) ont été associés à ce bilan qui, de fait, est une production de la statistique publique dans son ensemble. Les articles sont volontairement courts et synthétiques pour permettre au lecteur de se faire une opinion claire et directe des évolutions économiques et sociales en Haute-Normandie en 2010. Voir le dossier sur le site de l'INSEE



Publications des membres de l'OSSR



Yon A, Boudier C, Villet H. **Les substances psychoactives en Haute-Normandie. Etat des lieux des données disponibles.** Rouen : ORS Haute-Normandie, 2011, 107 p.

Afin d'aider à la définition des priorités et des objectifs dans le cadre de la déclinaison départementale du Plan national de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2008-2011 de la MILDT, la Préfecture de Haute-Normandie avait confié, en fin d'année 2009, à l'Observatoire régional de la santé de Haute-Normandie la réalisation d'un tableau de bord relatif aux consommations de substances psychoactives en région. Un an après la parution du premier tableau de bord, une actualisation de ce dernier a été commandée à l'ORS. Une dimension territoriale fine (infra-régionale) est intégrée au tableau de bord 2011.

L'objectif est ici de fournir aux décideurs régionaux et aux professionnels concernés par le problème, un éclairage synthétique sur les comportements et conséquences des usages de substances psychoactives en Haute-Normandie à travers un état des lieux des indicateurs actuellement mobilisables auprès de différentes sources de données, telles que les données d'activité des services répressifs et sanitaires, les résultats régionaux d'enquêtes nationales relatives aux comportements et les résultats d'enquêtes d'initiative régionale ou départementale
Télécharger le tableau de bord sur le site de l'ORS Haute-Normandie.

■ **Panorama des publications depuis 2006.** Rouen : ORS Haute-Normandie, 2011, 29 p.
Télécharger le panorama sur le site de l'ORS Haute-Normandie

■ **Département de l'Eure. Schéma départemental Enfance-famille 2011-2015 EURE.** Evreux : Département de l'Eure, septembre 2011, 43 p.
Télécharger le schéma sur le site du Département de l'Eure

■ **Programme régional de formation professionnelle. Programmation 2011-2012.** Rouen : Région Haute-Normandie, 2011, 589 p.

La Région Haute-Normandie vient de publier un Guide des formations en Haute-Normandie, élaboré avec le concours de l'ensemble des financeurs de formation: les OPCA (AGEFOS PME, UNIFAF, Uniformation, ANFH, FORMAHP, OPCALIA), le FONGECIF et Pole Emploi. La Région HN a d'ailleurs signé une convention avec ces deux derniers financeurs avant de coordonner leurs actions dans le secteur des formations sanitaires et sociales.
Voir le guide sur le site de la Région Haute-Normandie



■ **Plan Régional Santé-Travail 2011-2014.** Rouen : DIRECCTE Haute-Normandie, 2011, 62 p.

Le Plan Régional Santé Travail Haute-Normandie 2011-2014, s'appuyant sur les avancées et les limites du PRST 1 (2005-2009), engage une dynamique nouvelle pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, le développement de la santé et du bien-être au travail, l'amélioration des conditions de travail tout au long de la vie et la réduction de la pénibilité, l'usure prématurée des salariés.

Il a été élaboré sous le pilotage d'un comité désigné par le Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels, ouvert à tous les acteurs de la santé au travail dans la région.

Ce comité de pilotage a mis en place cinq groupes de travail, eux-mêmes ouverts à tous les acteurs volontaires (voir listes pages suivantes) qui se sont réunis à trois reprises :

objectifs de l'axe 1 du PRST2 (améliorer la connaissance en santé au travail),

- prévention du risque chimique,
- prévention des risques psychosociaux et des troubles musculo-squelettiques,
- prévention du risque routier professionnel,
- prévention des risques dans le BTP et l'agriculture.

Ces groupes ont élaboré des objectifs généraux autour de huit axes, les ont précisés en objectifs spécifiques et ont proposé des actions à mettre en oeuvre pour la période 2011-2014, le tout étant validé par le comité de pilotage.

Ce PRST2 est donc le résultat d'une démarche partenariale sans précédent sur ces questions, impliquant à tous les niveaux les acteurs de la santé au travail qui a permis d'approfondir les synergies avec les acteurs publics et privés de la prévention.

En savoir plus sur le site de la Préfecture de Seine-Maritime

Télécharger le PRST 2



Publications nationales

Caisse d'allocations familiales

■ Domingo P. **Les dispositifs d'action sociale des Caf : une enquête auprès des bénéficiaires.** in : Dossier d'étude, N°143, Aout 2011, 119 p.

Télécharger le document sur le site de la CAF

■ **Les allocataires du Rsa au 30 juin 2011.** in : L'e-ssentiel, N°114, septembre 2011, 4 p.

Au 30 juin 2011, le revenu de solidarité active (Rsa) est versé par les caisses d'Allocations familiales (Caf) à environ 2,02 millions d'allocataires résidant en France entière. En se limitant à la France métropolitaine, le nombre d'allocataires du Rsa s'élève à environ 1,83 million de foyers, soit une augmentation de près de 4 % entre juin 2010 et juin 2011. Cette évolution est comparable à celle observée au trimestre précédent, et ce quelle que soit la composante.

Télécharger le document sur le site de la CAF

■ **Les politiques de lutte contre la pauvreté.**

in : Politiques sociales et familiales, N°104, juin 2011
Ce numéro de Politiques sociales et familiales rend compte d'un colloque scientifique, organisé le 4 octobre 2010 par la direction des Statistiques, des Études et de la Recherche de la Caisse nationale des Allocations familiales, et intitulé : « Lutte contre la pauvreté : fondements de l'intervention publique et effets des politiques ». Cette journée a été organisée avec l'aide d'un comité scientifique composé de Jean-Claude Barbier (Centre d'études économiques de l'université Paris I Panthéon-Sorbonne), Nicolas Duvoix (Centre de recherche sur les liens sociaux de l'université Paris Descartes), Didier Gelot (secrétaire général de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale) et Michael Förster (division Politiques sociales de l'Organisation de coopération et de développement économiques). Les articles publiés dans ce numéro reprennent quelques-unes des communications.

Télécharger le document sur le site de la CAF

CREDOC



■ **Baromètre de la perception de l'alimentation. Baromètre N°6. Etude réalisée pour le Ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche.** Paris : CREDOC, septembre 2011, 51 p.

Depuis 6 ans, le ministère de l'agriculture et de l'alimentation commande chaque année au CREDOC une étude approfondie sur les habitudes alimentaires des Français, leurs perceptions de la qualité alimentaire et de la politique menée en la matière.

Télécharger le document sur le site du CREDOC

■ Blondel B, Kermarrec M. **Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Enquête nationale périnatale 2010.** Paris : INSERM, DGS, DREES, mai 2011, 117 p.

Télécharger le document sur le site de la DREES



■ Boisguérin B. **Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide.** in : Dossiers Solidarité et santé, N°19, 2011, 14 p.

cette étude se penche sur le soutien éventuellement mobilisable par cette population, selon la provenance de l'aide (familiale, amicale, associative, sociale) et sa nature (matérielle ou financière, pour trouver un logement, du travail, effectuer des démarches). Il s'agit également d'observer si ce réseau d'entraide a une influence sur les conditions de logement, l'insertion professionnelle et l'état de santé perçu.

Télécharger le document sur le site de la DREES

■ Vilain A. **Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. Enquête nationale périnatale 2010.** Paris : INSERM, DGS, DREES, juillet 2011, 77 p.

Télécharger le document sur le site de la DREES



Mainaud T. **L'hébergement social (hors urgence) : 70 000 personnes sans logement accueillies en établissements.** in : Études et résultats, n° 766, juin 2011, 8 p.

Plutôt jeunes et souvent en famille, 70 400 personnes, dont un tiers d'enfants accompagnant des adultes, sont hébergées fin 2008 dans les établissements pour adultes et familles en difficulté sociale en dehors de l'hébergement d'urgence. Elles font face à différentes situations : à des difficultés qui ne leur permettent pas d'accéder ou de se maintenir dans le logement (38 % des adultes), à une sortie d'institution (9 %), à une rupture familiale, à des violences ou une rupture conjugale (15 %) ou encore à une demande d'asile (27 %). La moitié des adultes sont « actifs », mais parmi ceux-ci un sur deux est au chômage. Un quart des adultes sont dans l'impossibilité administrative ou médicale d'exercer une activité professionnelle. Enfin, les autres ont renoncé à chercher un emploi, font des études ou sont à la retraite... Le séjour dans un établissement dure 9 mois en moyenne, variant de moins d'un mois à plus de deux ans selon les personnes. À son issue, 30 % des personnes accèdent à un logement en propre et 13 % sont logées par des proches. Cependant, 45 % restent dans l'hébergement social, retournent à la rue, dans un hébergement de fortune ou partent sans laisser d'adresse.

Voir le document sur le site du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

IRDES

Afrite A, Bourgueil Y, et al. **Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ?** in : Questions d'économie de la santé, n° 165, mai 2011, 8 p.

Le projet exploratoire Epidaure-CDS vise à analyser la spécificité de 21 centres de santé (CDS) polyvalents, principalement municipaux, dans l'offre de soins et à évaluer leur rôle dans la réduction des inégalités de santé, notamment dans l'accès aux soins primaires. Les premiers résultats montrent que les patients recourant à la médecine générale dans ces CDS sont socio économiquement plus défavorisés et déclarent un état de santé plus dégradé qu'en population générale. Le niveau de précarité est évalué à l'aide du score Epices, une mesure multidimensionnelle qui va au-delà des indicateurs socio administratifs habituellement utilisés. Ce score montre que plus de 60 % des patients en CDS sont précaires contre moins de 40 % en popula-

tion générale. Cette précarité est associée à une plus faible probabilité de se déclarer en bonne santé ainsi qu'à un recours à la médecine générale plus fréquent. De plus, cette précarité se concentre sur les bénéficiaires d'une assurance complémentaire autre que la CMU-C. Si ces résultats montrent que ces CDS prennent en charge une population plus vulnérable et contribuent ainsi à faciliter son accès aux soins, il reste à évaluer la qualité des services fournis dans ces structures, et plus généralement leur adéquation aux besoins spécifiques des populations précaires.

Voir le document sur le site de l'Irdes



Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. **Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine.** in : Questions d'économie de la santé, N° 164, avril 2011, 8 p.

La question de l'accès aux soins médicaux est devenue centrale dans le contexte actuel de fortes mutations du monde hospitalier et de réduction à venir des effectifs de médecins sur le territoire. Cette étude s'intéresse à l'accessibilité spatiale, mesurée au 1er janvier 2007, au regard des distances et temps d'accès aux soins les plus proches en ville et à l'hôpital. Pour les soins hospitaliers, une méthodologie novatrice est proposée pour le repérage et la géo localisation des principales spécialités. Le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant : 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes. De même, la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants sont accessibles en moyenne à moins de 20 minutes par la route. Concernant les soins hospitaliers courants, 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes. Cependant, des inégalités d'accès persistent tant pour les spécialités les plus courantes que les plus rares. Les régions rurales, à faible densité de population, cumulent l'éloignement des soins de proximité et de la plupart des soins spécialisés. Depuis 1990, la distance moyenne d'accès aux soins a diminué pour certains spécialistes, notamment les urologues, mais a augmenté pour d'autres, en particulier les pédiatres.

Voir le document sur le site de l'Irdes



Publications nationales

INSEE



Blainpain N. **L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent.** in : Insee Première, N° 1372, octobre 2011, 4 p.

En un quart de siècle, les hommes de 35 ans ont gagné cinq années d'espérance de vie et les femmes quatre années et demie. Toutes les catégories sociales ont profité de ce progrès, même si les écarts entre les cadres et les ouvriers se sont maintenus. Les hommes cadres vivent en moyenne 6,3 ans de plus que les hommes ouvriers, dans les conditions de mortalité de 2000-2008. Chez les femmes, les inégalités sociales sont moins marquées, seuls 3,0 ans séparent les cadres et les ouvrières.

Quelle que soit leur catégorie sociale, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Même l'espérance de vie des ouvrières est supérieure d'un an et demi à celle des hommes cadres.

Télécharger le document sur le site de l'Insee



Lombardo P, Seguin E et al. **Les niveaux de vie en 2009.** in : Insee Première, N° 1365, août 2011, 4 p.

En 2009, selon l'enquête Revenus fiscaux et sociaux, le niveau de vie médian s'élève à 19 080 euros annuels, soit une augmentation en euros constants de 0,4 % par rapport à 2008. Les 10 % des personnes les plus modestes ont un niveau de vie inférieur à 10 410 euros tandis que pour les 10 % les plus aisées, ce niveau est d'au moins 35 840 euros, soit 3,4 fois plus. Le seuil de pauvreté, qui correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population, s'établit à 954 euros mensuels en 2009. 13,5 % des personnes vivent en dessous de ce seuil, soit 8,2 millions de personnes. Le taux de pauvreté s'accroît de 0,5 point entre 2008 et 2009. L'augmentation du nombre de personnes pauvres peut être rapprochée de la hausse du chômage induite par la crise. Toutefois des mesures ponctuelles et la montée en charge progressive du revenu de solidarité active ont permis de limiter les effets de la crise. En 2009, 10,1 % des actifs ayant au moins 18 ans sont pauvres, soit une augmentation de 0,6 point par rapport à 2008. Parmi les personnes occupant un emploi, ce sont les non-salariés qui sont touchés par la hausse de la pauvreté : leur taux de pauvreté passe de 15,3 % à 16,9 %.

Télécharger le document sur le site de l'Insee

INVS

Aouba A, Eb M, Rey G et al. **Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000.** in : BEH, N°22, 7 juin 2011, pp 249-255

Cet article présente les caractéristiques de la mortalité en 2008 en France avec les principales causes de décès selon le sexe et l'âge et leurs évolutions depuis l'année 2000.

Voir le BEH sur le site de l'INVS

De Saint Pol T. **Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006.** in : BEH, n° 34, septembre 2011, pp 333-338.

Cette étude vise à décrire les disparités géographiques de santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle et à s'interroger sur le lien entre l'état de santé et les modes de vie des enfants.

Voir le document sur le site de l'INVS

UNCCAS

Panorama des domaines d'intervention des CCAS et CIAS. in : Enquêtes et observations sociales, mai 2011, N° 1, 20 p.

L'UNCCAS a publié ce 18 mai les résultats d'une enquête sur les champs d'intervention des CCAS et CIAS. Ces derniers interviennent principalement dans les champs suivants : la lutte contre l'exclusion, l'aide à domicile, la prévention et l'animation pour les personnes âgées, la gestion d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, le soutien au logement...
Télécharger l'enquête sur le site de l'UNCCASS

Enquête baromètre UNCCAS-Gazette Santé-Social 2011. L'impact de la crise sur les demandes d'aide adressées aux CCAS/CIAS. Paris : Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale, 2011, 5 p.

517 CCAS et CIAS (501 CCAS et 16 CIAS) adhérents à l'UNCCAS ont répondu à cette enquête menée du 31 mai au 24 juin 2011. En 2011, 83% des CCAS/CIAS interrogés ont constaté une hausse globale des demandes d'aides depuis le début de la crise financière et économique en France, soit 4 points de plus qu'en 2010 (79%) et 8 points de plus qu'en 2009 (75%), première année de réalisation du baromètre. Les demandes



Publications nationales

d'aides financières passent en tête, devant les demandes d'aides alimentaires. Les difficultés quotidiennes deviennent le principal facteur déclencheur des nouvelles sollicitations adressées aux CCAS/CIAS : factures et loyers sont de plus en plus difficiles à payer. Dégradation de la situation des publics déjà fragilisés : familles monoparentales, personnes isolées et population retraitée. En Ile de France, la problématique de l'accès aux soins encore plus présente

Télécharger le Baromètre sur le site de l'UNCCAS

Autres publications



Sass C. **Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : Enquête dans les CES de l'Assurance-maladie.** Saint-Etienne: Centre technique d'appui et de formation des

Centres d'exams de santé (CETAF), 2011, 46 p. Le Fonds CMU a demandé au CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé) d'effectuer une étude sur le renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C. Elle a été menée fin 2010 au sein de 20 centres d'exams de santé, auprès de 4 500 bénéficiaires de la CMU C de plus de 18 ans, par auto questionnaire. Plus d'un tiers des bénéficiaires de la CMU-C a renoncé à des soins pour des raisons financières, mais le bénéfice de la CMU-C fait objectivement reculer le renoncement aux soins. Le non recours pour raisons financières se produit le plus souvent avant même d'avoir consulté. Les soins ou produits non remboursés et la demande d'une participation financière constituent les principaux obstacles financiers. Le renoncement porte essentiellement sur les médicaments, le dentaire, et les consultations de spécialistes. Le renoncement aux soins peut avoir des raisons autres que financières : les délais de rendez-vous trop importants, le manque de temps, les soins pas jugés utiles et le refus de la part du professionnel. Voir le document sur le site du CETAF



Guye O, Imbert F, Clappier P. **Guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé.** Paris : FNORS, 2010, 16 p. A partir d'une analyse critique des diagnostics locaux de santé, la Fnors a réalisé un guide de recommandations pour mettre en œuvre un diagnostic local de santé : leur rôle dans la démarche de projet, leur champ, la rédaction du cahier des charges, la définition du protocole, la mobilisation des acteurs, la combinaison des méthodes, la suite du diagnostic. Voir le document sur le site de la FNORS



Livre des plans de santé publique. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé , 2011, 89 p.

L'objectif du livre des plans est d'offrir un panorama de l'ensemble des plans nationaux de santé. C'est un outil d'information, principalement à l'usage des acteurs de la politique de santé - départements ministériels, organismes d'assurance maladie, agences régionales de santé, professionnels de santé, usagers, collectivités territoriales... - pour qui il est souvent difficile de connaître l'ensemble de la programmation nationale. Il est divisé en cinq chapitres : Santé par populations ; Maladies chroniques ; Risques infectieux ; Santé environnementale ; Plans de préparation et de gestion des alertes sanitaires. Voir le document sur le site du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé



La dépendance des personnes âgées : quels défis pour la France ? - Dossier de la Documentation française. Paris : La documentation française, mai 2011, np. [en ligne] Un nouveau dossier d'actualité en ligne de la documentation française sur la thématique de la dépendance des personnes âgées. Voir le document sur le site de la documentation française



Zoom sur un membre de l'OSSR

ORS de Haute-Normandie

57 avenue de Bretagne
76100 Rouen

Tel : 02 32 18 07 50

Fax : 02 32 18 07 51

Email : accueil@orshn.fr

Site internet : www.orshn.fr

à partir du 19 décembre

Pôle Régional des Savoirs

115, Boulevard de l'Europe

76100 ROUEN

Tel : 02 32 18 07 50

Fax : 02 32 18 07 51

Email : accueil@orshn.fr

Site internet : www.orshn.fr

L'Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie est une association de loi 1901 qui a pour mission d'améliorer l'information sur l'état de santé et sur les besoins de la population régionale, en vue de guider la politique régionale de santé ou la mise en place de dispositif au niveau local.

■ **Ses champs d'activités**

Études épidémiologiques sur des pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires, sida...) ou sur des facteurs de risque (alcool, tabac, toxicomanie...), travaux sur l'offre et la consommation de soins, sur des populations spécifiques (enfants, personnes âgées, personnes handicapées, personnes en difficulté...), sur des évaluations d'actions, sur les relations santé-environnement...

■ **Il rassemble**

- des informations sanitaires et sociales à différents échelons géographiques, construit des indicateurs et les met à disposition des partenaires et du public,

■ **Il analyse**

- en toute indépendance des données socio-sanitaires,

■ **Il participe**

- à la création d'outils d'aide à la décision permettant la mise en oeuvre et du suivi des politiques de santé en région,

■ **Il enquête et étudie**

- dans des domaines ou à des échelons géographiques fins où l'information est insuffisante voire inexistante,

■ **Il évalue**

- des actions de prévention, des dispositifs, des programmes et des politiques publiques de santé

■ **Il offre**

- des possibilités d'aide méthodologique

■ Il fait partie de la **Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé** qui réalise des études multi-centriques et des synthèses sur les disparités régionales de santé menées au niveau national par les 26 ORS et coordonnées par la fédération. www.fnors.org

La FNORS alimente une base de données en santé publique, Score-Santé, où l'on peut trouver des Indicateurs régionaux et infra-régionaux, sous forme de tableaux, de graphiques et de cartographies accessibles gratuitement sur le site de la Fédération nationale des ORS www.score-sante.org



Directeur de publication : Jacques Murat DRJSCS
Réalisation : Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie
Document téléchargeable sur les sites :
www.orshn.fr / www.haute-normandie.drjscs.gouv.fr
/ www.ars.haute-normandie.sante.fr

