



**OBSERVATOIRE REGIONAL
DE LA SANTE DU CENTRE**

**RAPPORT D'ACTIVITE
2007**



[PREAMBULE]

LA LETTRE DU PRESIDENT

L'année 2007 a été très satisfaisante pour l'ORS Centre.

Un des événements marquants a été la célébration du 10^{ème} anniversaire de sa création. Nous avons tenu à marquer cette date festive en organisant une manifestation dans la salle de réunion du Muséum d'Histoires Naturelles à Orléans, et le public nous a témoigné son attachement.

L'équipe, sous l'impulsion de sa dynamique directrice, a poursuivi son travail avec foi et efficacité, dans la continuité mais aussi avec quelques changements.



Nous sommes toujours reconnaissants aux autorités régionales, et en particulier au GRSP, qui nous soutiennent efficacement.

Nous commençons à nous sentir à l'étroit, mais Monsieur le Directeur Général du CHRO a bien voulu nous attribuer une pièce supplémentaire jouxtant celles que nous avons déjà. Cela nous a permis de respirer.

Beaucoup de sujets de nos travaux sont constitués par la poursuite de ce qui précédait, mais le "webmapping" est un domaine nouveau qui va faire parler de lui.

Bref, il y a dix ans qu'à la demande de la FNORS j'ai ranimé l'ORS dont je n'ose dire qu'il couvait sous la cendre. Grâce à l'équipe, aux autorités, au Bureau qui se réunit régulièrement pour ouvrir le travail du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale, le nouveau-né s'est développé harmonieusement. Je peux dire que je suis un Président heureux.

[L'ASSOCIATION]

HISTORIQUE

Les ORS sont nés d'une dynamique régionale au début des années 80.

Aujourd'hui, ils représentent un réseau de 26 structures : 22 en métropole et 4 en outre-mer. La plupart ayant un statut d'associations régies par la loi de 1901.

Depuis 1988, ils sont regroupés au sein d'une fédération : la FNORS (Fédération Nationale des ORS).

C'est le 17 décembre 1997 que s'est tenue l'assemblée générale constitutive de l'ORS Centre, au terme d'une année de transition pendant laquelle a fonctionné, en région Centre, une antenne provisoire dépendant de l'ORS Poitou-Charentes.

Depuis plus de 10 ans maintenant, l'ORS du Centre, avec de nouveaux statuts et une équipe renouvelée, est présent dans le champ de l'expertise régionale en santé publique.

Un président et deux directrices se sont succédées.

MISSIONS

L'objectif de base des ORS est d'améliorer l'information sur l'état de santé et les besoins de la population, dans le cadre d'une mission d'aide à la décision.

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 de données disponibles, réalisation d'enquêtes spécifiques, recherche documentaire, conseil, participation à des formations et à des groupes de travail...

Il réalise des études pour améliorer la connaissance de l'état de santé de la population et contribue à la construction de la politique sanitaire et sociale régionale, participe à l'élaboration et à la conception de programmes locaux de promotion de la santé, contribue à la sensibilisation et à la formation en santé publique et en épidémiologie.

L'ORS apporte son concours à la définition des priorités de santé publique régionales et d'une façon générale, participe à toutes études, recherches ou informations sur la santé et toutes actions susceptibles d'accroître la concertation entre partenaires et de diffuser l'information.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration de l'ORS Centre est composé de la manière suivante :

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

21 membres de droit

- Conseil Régional, M. Jean GERMAIN
- Conseil Économique et Social du Centre, M. Jean-François CIMETIERE
- Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Mme Anne-Marie ABALLEA
- Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, Mme Monique DAMOISEAU
- Agence Régionale d'Hospitalisation, M. Patrice LEGRAND
- Faculté de Médecine de Tours, M. Gérard LASFARGUES
- Centre Hospitalier Universitaire de Tours, M. Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD
- Centre Hospitalier Régional d'Orléans,
- Union Hospitalière Régionale du Centre, Mme Anne OULES
- Syndicat de l'Hospitalisation Privée du Centre, M. Jean-Paul SCHOULEUR
- INSEE Centre, M. Gilles PELLATI
- Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins du Centre, M. François LUTHIER
- Conseil de l'Ordre des Pharmaciens du Centre, Mlle Élisabeth CANTONE
- Centre Départementaux des Professions de Santé du Centre, M. Bernard PEDRETTI
- Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux, M. Serge de METZ
- Conseil Général du Cher, M. Alain RAFESTHAIN
- Conseil Général d'Eure-et-Loir, M. Albéric de MONTGOLFIER
- Conseil Général d'Indre, Mme Anne LANSADE
- Conseil Général d'Indre-et-Loire, M. Marc POMMEREAU
- Conseil Général du Loir et Cher, M. Maurice LEROY
- Conseil Général du Loiret, M. Éric DOLIGE

M. Pierre-Marie DETOUR, Directeur de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Centre est invité à l'assemblée générale et aux conseils d'administration à titre consultatif.

20 membres élus

- URAF Centre (élue en 2004), représentée par Mme Marie-Françoise AUBOURG, représentante familiale
- Résidence La Salamandre AGGEVIE (élue en 2004), représentée par Mme Marjorie AVENIERE, Directrice
- SPHERIA Val de France (élue en 2006), représentée par Mme Noëlle LHUILLIER, Directrice
- M. le Dr Philippe BERTRAND (élu en 2006), laboratoire de biostatistique épidémiologique à la Faculté de Médecine de Tours
- RSI (élue en 2004), représentée par M. Jean-Claude BURGAUD, Directeur de la Branche Santé
- Direction du Service Médical (élue en 2004), représentée par M. le Dr Glenn LIMIDO, Directeur
- M. le Dr Philippe DUPRAT (élu en 2004)
- AROMSA du CENTRE (élue en 2006), représentée par M. Claude GROSSIER, Directeur
- M. le Pr Jacques LANSAC (élu en 2006), Directeur du Réseau Périnatalité au CHRU de Tours
- M. le Dr Jean-Yves LE FOURN (élu en 2006), Pédopsychiatre à la clinique de l'Adolescence à Tours
- M. le Dr Patrick LEPINAY (élu en 2004), Médecin chef au Centre d'examens de Santé de la CPAM du Loiret
- M. le Dr Éric LESPESSAILLES (élu en 2004), Médecin au service Rhumatologie au CHR d'Orléans
- URIOPSS Centre (élue en 2006), représentée par M. Johan PRIOU, Directeur
- Coordination Régionale ANPAA du Centre et du CICAT 28, représentée Mme Christelle QUESNEY-PONVERT, Directrice de l'ANPAA 45 (élue en 2006)
- M. le Pr Emmanuel RUSCH, Directeur du SIMEES au CHRU de Tours (élu en 2006)
- M. le Pr Jacques WEILL, Président du CDES à Tours (élu en 2004)
- Mme Isabelle WOLFF (coopté en 2007)

A noter qu'au 31 décembre 2007, 3 postes d'administrateurs sont vacants.

LE BUREAU

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

- le Président, M. le Pr Jacques WEILL
- le 1er Vice-président, M. Jean-Claude BURGAUD
- le 2ème Vice-président, M. Glenn LIMIDO
- le 3ème Vice-président, M. Éric LESPESSAILLES
- le Trésorier, M. Gérard ROY
- le Trésorier-adjoint, M. Philippe DUPRAT
- la Secrétaire, M. Patrick LEPINAY
- la Secrétaire-adjointe, Mme WOLFF

Avec la participation de M. Jacques LANSAC et M. Emmanuel RUSCH.

Par ailleurs, le Bureau s'est entouré de Mme Isabelle BAUDU, Expert-comptable au Cabinet FIDUCIAL, pour toute la comptabilité, qui est ensuite transmise à M. Alain REICH, Commissaire aux Comptes à KPMG, qui contrôle les résultats de l'exercice 2007.

Pour l'année 2007, la répartition des réunions fut homogène avec une réunion trimestrielle du Bureau, un conseil d'administration courant mars et une assemblée générale en avril 2007.

L'ORS Centre compte 9 adhérents, une diminution de participation est notée pour cette année.

Le montant de la cotisation annuelle est de 10 euros minimum et toute personne physique ou morale peut y adhérer.

L'ORS Centre est membre de la FNORS (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé) ainsi que du Conseil d'administration de LIG'AIR (Association de surveillance de la qualité de l'air en région Centre).

L'ÉQUIPE

En 2007, 7 personnes permanentes ont assurées le fonctionnement de l'ORS Centre :



Céline LECLERC
Directrice, sociologue (100% équivalent temps plein)
Titulaire d'un DESS de démographie



Nathalie de COURCEL
Chargée d'études (100% équivalent temps plein)
Titulaire d'un DESS de démographie



Céline COHONNER
Chargée d'études (100% équivalent temps plein)
Titulaire d'un Master en Statistique



Noémie HILMOINE
Chargée d'études (100% équivalent temps plein)
Titulaire d'un DESS Sciences Sociales appliquées à l'alimentation



Sophie DUPONT
Chargée d'études (100% équivalent temps plein)
Titulaire d'un DEA de Géographe de la Santé



Guillaume AFFRINGUE
Informaticien (100% équivalent temps plein)
Diplôme d'Ingénieur en traitement de l'information



Amel FELTANE
Secrétaire de Direction (100% équivalent temps plein)
Titulaire d'un BTS Assistante de direction

Afin de compléter les compétences en épidémiologie de l'équipe de l'ORS Centre, une collaboration a été développée et reconduite avec le SIMEES de Tours (Service d'Information Médicale d'Épidémiologie et d'Économie de la Santé) dirigé par le Professeur Emmanuel RUSCH.

Une convention avec le CHRU de Tours et l'ORS Centre a été signée en décembre 2006. Cette convention prévoit une coopération pour une quotité de temps de 0.20 équivalent temps plein moyennant un remboursement des frais en personnel (salaires et charges).

Pour compléter cette équipe, l'ORS a accueilli :

- Mme Agnès CAILLE, stagiaire en médecine interne de mai à octobre 2007
- Mlle Émilie DAIMANT, stagiaire en Master II Promotion de la santé à l'Université de Tours puis en CDD d'un mois en septembre 2007
- Mlle Charbelle ADIHOU, technicienne d'études de mi-octobre à novembre 2007.

MOYENS TECHNIQUES

Depuis le mois de juillet, M. GUSHING, Directeur général du CHR d'Orléans, a accordé une salle de réunion à l'ORS Centre, en contrepartie d'une augmentation du loyer annuel de 10%.

L'ORS Centre a procédé au renouvellement de deux ordinateurs portables et dispose du pack office 2007 en version multipostes.

Un réseau commun a été mis en place pour un échange d'informations et une sauvegarde régulière des données.

L'équipement de deux bureaux a également été substitué.

[Aspect Financier 2007]

RAPPORT FINANCIER 2007

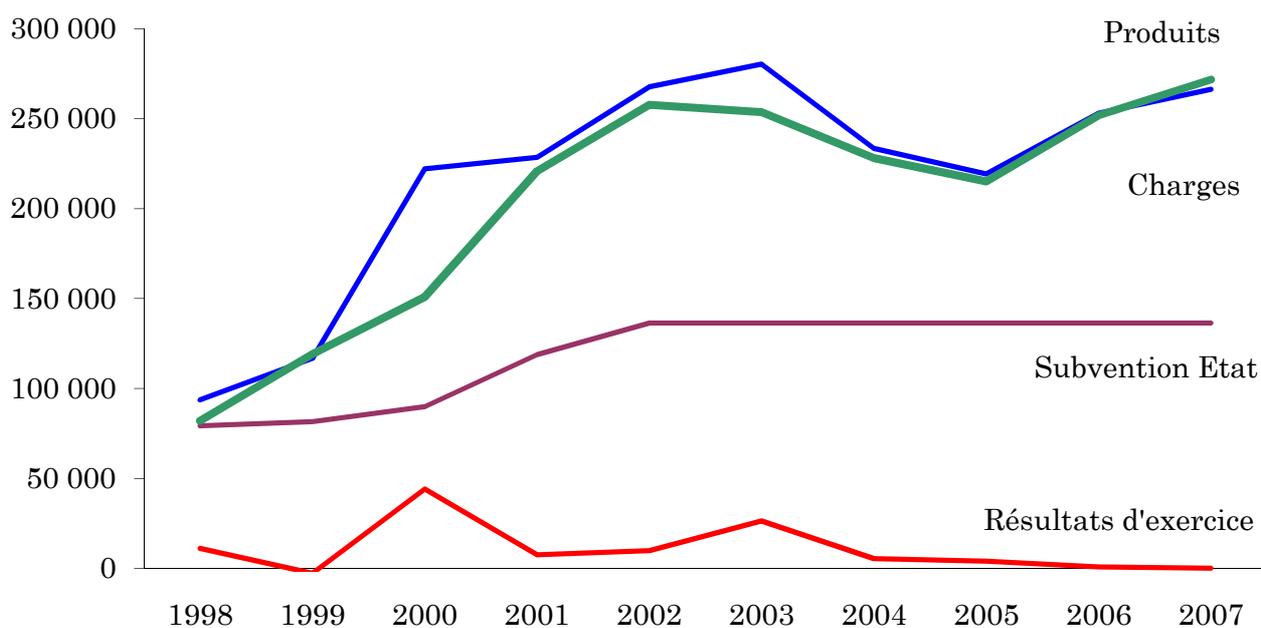
L'année 2007 fait apparaître une augmentation des recettes de +6,79% par rapport à 2006 et de + 190% par rapport à 1998.

L'année 2007 est le reflet d'une année équilibrée avec 313,05 euros d'excédent.

La part de la subvention de l'État représente 51% du total des produits. Cette part tend à diminuer car en 2006, la part État représentait 54% du total des produits. Nous notons donc une baisse depuis ces deux dernières années.

Cette diminution s'explique par l'augmentation des prestations vendues soient 122 201 euros en 2007 contre 97 653 euros en 2006 soit une augmentation de 25%. Notons que depuis 2002, la part État se maintient à 136 500 euros.

Évolution du budget de l'ORS depuis 1998

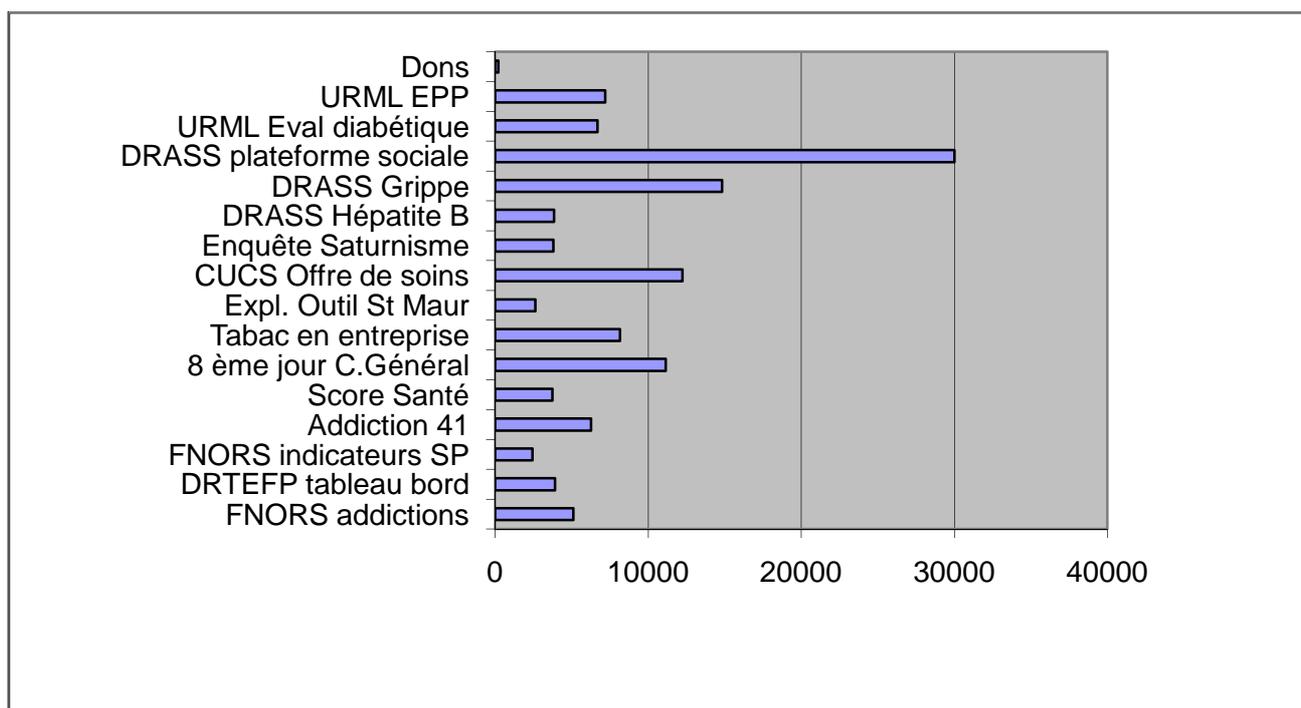


EN EUROS	1998	2000	2005	2006	2007
PRODUITS	93 606	221 968	219 129	252 851	266 117
DONT SUBVENTION ÉTAT	79 273	89 945	118 910	136 479	136 500
CHARGES	82 146	150 963	220 701	257 605	271 628
RÉSULTATS D'EXERCICE	11 327	44 272	4 079	1 010	313

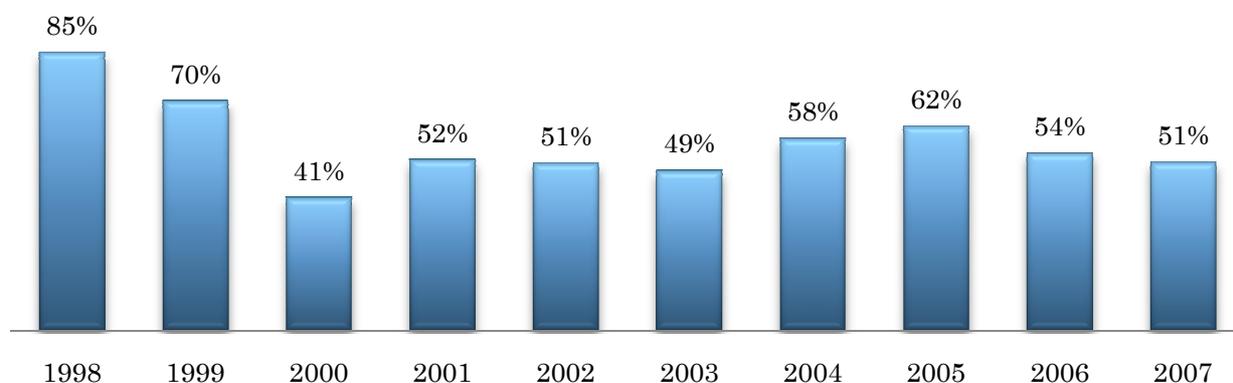
Depuis deux ans, les prestations vendues par l'ORS sont en augmentation. Afin de maintenir cette qualité de travail, il a été nécessaire de passer d'un effectif de 5 ETP en 2006 à 6 ETP en 2007.

Les autres produits représentent la subvention de la région (CAP'ASSO) pour l'aide à l'embauche, les transferts de charges et les cotisations des adhérents.

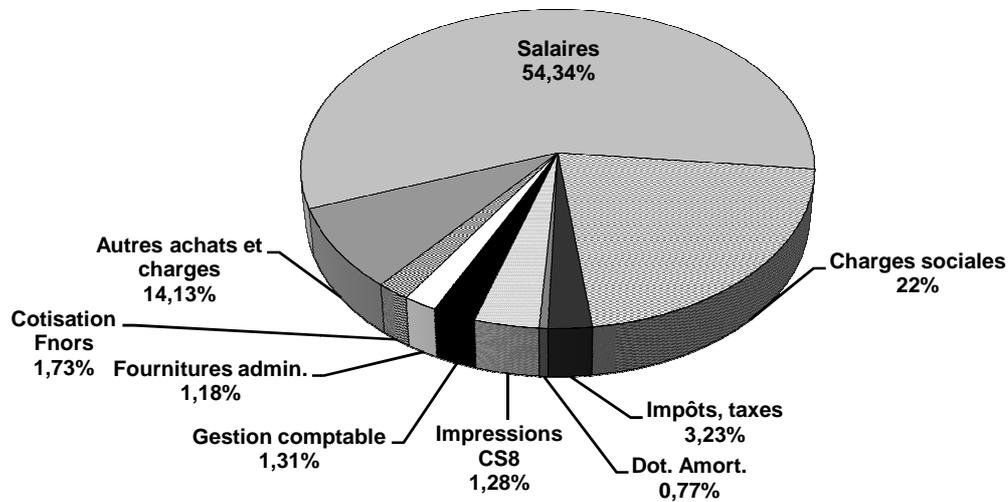
Les prestations vendues en 2007 (en euros)



Évolution de la part de la subvention de l'État dans le total des produits de l'ORS depuis 1998



Les charges 2007



En 2007, comme les années précédentes, la majorité des charges est représentée par la masse salariale qui représente 79% de la totalité des charges contre 81% en 2006. Cette diminution par rapport à 2006 s'explique par le fait que les charges courantes ont augmenté de plus de 15%. Ceci est dû principalement au poste personnel extérieur (vacataires).

Les autres charges par ordre décroissant : Impôts et taxes (3%), la gestion comptable (expert et commissaire aux comptes) (2%), les dépenses inhérentes aux exploitations des certificats de santé du 8^{ème} jour (2%), les fournitures administratives (2%), les dotations aux amortissements(1%).

La cotisation d'adhésion à la FNORS est identique à celle de l'année 2006. Les autres postes de dépenses représentent 14% du total des charges.

RAPPORT FINANCIER – BILAN ACTIF

	Brut	Amortissements et dépréciations	Net au 31/12/2007	Net au 31/12/2006
ACTIF IMMOBILISE				
Immobilisations incorporelles				
Frais d'établissement				
Frais de recherche et développement				
Concessions, brevets, licences, marques ...	3 281	1 624	1 658	
Fonds Commercial (1)				
Autres				
Immobilisations incorporelles en cours				
Avances et acomptes				
Immobilisations corporelles				
Terrains				
Constructions				
Installations tech., matériels, outillage				
218300 MAT.BUREAU & INFO	11 939		11 939	10 917
218400 MOBILIER	2 288		2 288	
281830 AMORTISSEMENT MM BUREAU		8 647	-8 647	-8 326
Autres	14 227	8 647	5 580	2 592
Immobilisations grevées de droits				
Immobilisations corporelles en cours				
Avances et acomptes				
Immobilisations financières (2)				
Participations				
Créances rattachées à des participation				
Titres immo. de l'activité de portefeuille				
Autres titres immobilisés				
Prêts				
Autres				
Total	17 508	10 271	7 237	2 592
ACTIF CIRCULANT				
Stocks et en-cours				
Matières premières, approvisionnement				
En cours de production (biens et services)				
Produits intermédiaires et finis				
Marchandises				

	Brut	Amortissements et dépréciations	Net au 31/12/2007	Net au 31/12/2006
Avances & acomptes versés sur commande				
Créances (3)				
Créances usagers et comptes rattachés				
441000 SUBVENTION A RECEVOIR	25 382		25 382	39 686
401000 FRS BIENS OU PRESTAT.	36		36	
409800 FOURN.RRR AUT.AVOIRS A OB	43		43	
Autres	25 460		25 460	39 686
503000 VALEUR MOB DE PLACEMENT	120 201		120 201	162 763
503001 CC MON ASSOCIATION	77 898		77 898	17 991
Valeurs mobilières de placement	198 099		198 099	180 754
Instruments de trésorerie				
511000 CHEQUE A ENCAISSER	63		63	
512110 BANQUE B.F.C.C.	5 771		5 771	27 112
Disponibilités	5 833		5 833	27 112
486000 CHARGES CSTES D'AVANCE	825		825	181
Charges constatées d'avance (3)	825		825	181
Total	230 217		230 217	247 733
Frais d'émission d'emprunts à étaler				
Primes de remb. des obligations				
Ecart de conversion actif				
TOTAL ACTIF	247 725	10 271	237 454	250 325
(1) Don: droit au bail				
(2) Don: à moins d'un an (brut)				
(3) Don: à plus d'un an (brut)				
ENGAGEMENTS RECUS				
Legs nets à réaliser :				
- acceptés par les organes statutairement compétents				
- autorisés par l'organisme de tutelle				
Dons en nature restant à vendre				

RAPPORT FINANCIER – BILAN PASSIF

	Net au 31/12/2007	Net au 31/12/2006
FONDS ASSOCIATIFS		
Fonds propres		
102600 SUBV D'INV AFFECTEE BIENS RENO	1 220	1 220
Fonds associatif sans droit de reprise	1 220	1 220
Ecart de réévaluation sur des biens sans droit de reprise		
106880 RESERVES DIVERSES	143 145	142 136
Réserves	143 145	142 136
Report à nouveau		
Résultat de l'exercice (excédent ou déficit)	313	1 010
Autres fonds associatifs		
- Fonds associatif avec droit de reprise		
. apports		
. legs et donations avec contrepartie d'actifs immobilisés		
. résultats sous contrôle de tiers financeurs		
- Ecart de réévaluation sur des biens avec droit de reprise		
- Subv. d'investis. sur des biens non renouvelables par l'organisme		
- Provisions réglementées		
- Droits des propriétaires (Commodat)		
Total	144 678	144 365
PROVISIONS		
Provisions pour risques		
Provisions pour charges		
Total		
FONDS DEDIES		
Sur subventions de fonctionnement		
Sur autres ressources		
Total		
DETTES (1)		
Emprunts obligataires		
Emprunts et dettes auprès des établissements de crédit (2)		
Emprunts et dettes financières divers (3)		
Avances et acomptes reçus sur commandes en cours		

	Net au 31/12/2007	Net au 31/12/2006
<i>401000 FRS BIENS OU PRESTAT.</i>		2 081
<i>403100 FRS ORDIN NON PARVENU.</i>	17 047	8 882
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	17 047	10 963
<i>431000 SECURITE SOCIALE</i>	21 463	14 622
<i>437100 CAISSE RETR. NON CADRE</i>	4 553	
<i>437200 CAISSE RETRAITE CADRE</i>	760	453
<i>437350 CIRCIA</i>	1 452	4 442
<i>437400 ASSEDIC</i>	3 289	2 334
<i>447100 TAXE SUR SALAIRE</i>	2 736	564
<i>428200 DETTES SUR CONGES PAYES</i>	12 297	11 620
<i>438200 AUTRES CHARGES SUR CONGES PAYE</i>	4 919	4 648
<i>438600 AUTRES ORG SOCIAUX</i>	928	804
<i>443200 CHARGES FISC./ CONGES A PAYER</i>	707	540
Dettes fiscales et sociales	53 104	40 026
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés		
<i>463600 DIVERS CHARGES A PAYER</i>		39
Autres dettes		39
Instruments de trésorerie		
<i>487000 PRODUITS CTES D'AVANCE</i>	22 625	54 932
Produits constatés d'avance (1)	22 625	54 932
Total	92 776	105 960
Ecart de conversion passif		
TOTAL PASSIF	237 454	250 325
(1) Dont à plus d'un an		
(1) Dont à moins d'un an	92 776	105 960
(2) Dont concours bancaires courants et soldes créditeurs de banque		
(3) Dont emprunts participatifs		
ENGAGEMENTS DONNES		

COMPTE DE RESULTAT

	du 01/01/2007	%	du 01/01/2006	%	Var. en val. annuelle	
	au 31/12/2007	PE	au 31/12/2006	PE	en euros	%
PRODUITS D'EXPLOITATION (1) :						
Ventes de marchandises						
704201 FNORS			8 656	3,47	-8 656	-100,00
704202 FNORS ADDICTIONS	5 100	1,92			5 100	#####
704204 DRTEFF-TABLO DE BORD	3 906	1,47			3 906	#####
704205 FNORS INDICATEUR SP	2 438	0,92			2 438	#####
704206 ADDICTO41	6 258	2,35			6 258	#####
704220 SCORE SANTE	3 750	1,41			3 750	#####
704230 8EME JOUR/CONSEIL GENE	11 150	4,19	11 150	4,47		
704255 PLAN CANCER	8 161	3,07	9 314	3,74	-1 153	-12,38
704264 EXPLOITATION OUTILS ST	2 630	0,99	2 630	1,06		
704265 ETAT LIEUX ST MAUR			1 754	0,70	-1 754	-100,00
704266 GREAT OUTIL ST MAUR			3 075	1,23	-3 075	-100,00
704267 ETAT SANITAIRE CHATEAU			3 434	1,38	-3 434	-100,00
704268 HAD PITHIVIERS			10 899	4,37	-10 899	-100,00
704271 GUCS OFFRE SOIN ETAT 45	12 240	4,60			12 240	#####
704272 HAD GIEN			2 158	0,87	-2 158	-100,00
704273 HAD 3 ZONES			7 119	2,86	-7 119	-100,00
704276 ENQUETE SATURNISME	3 800	1,43	21 852	8,77	-18 052	-82,61
704320 EVALUATION RESEAU DIAB			15 514	6,23	-15 514	-100,00
704330 DRASS HEPATITE B	3 839	1,44			3 839	#####
704331 DRASS GRIPPE	14 829	5,57			14 829	#####
704332 DRASS PLATEFORME SOCI	30 000	11,27			30 000	#####
704400 URML EVAL DIABETIQUE	6 695	2,52			6 695	#####
704410 URML EPP	7 199	2,71			7 199	#####
706100 DONS AUX OEUVRES	206	0,08	97	0,04	109	112,70
Production vendue (biens et services)	122 201	45,92	97 653	39,19	24 548	25,14
Montant net du chiffre d'affaires	122 201	45,92	97 653	39,19	24 548	25,14
Production stockée						
Production immobilisée						
740000 SUBVENTION ETAT	136 500	51,29	136 500	54,78		
740100 C REGIONAL CAP ASSO	6 666	2,50	2 222	0,89	4 444	200,00
Subventions d'exploitation	143 166	53,80	138 722	55,67	4 444	3,20
781500 REP.PROV.PARISQU.& CHAR			447	0,18	-447	-100,00
791000 TRANSFERT CHARGES EXP	400	0,15	5 917	2,37	-5 517	-93,24
791110 CNASEA			4 218	1,69	-4 218	-100,00
791130 UNIFAF			1 922	0,77	-1 922	-100,00
Reprises sur prov. et amort, transfer	400	0,15	12 505	5,02	-12 105	-96,80
756000 COTISATIONS CRS	250	0,09	310	0,12	-60	-19,35
Cotisations	250	0,09	310	0,12	-60	-19,35
758000 PRODUITS DE GESTION CO	1	0,00	0	0,00	1	#####
758100 ADHESIONS ORS	100	0,04			100	#####
Autres produits	101	0,04	0	0,00	101	#####
Total	266 118	100,00	249 189	100,00	16 929	6,79

	du	01/01/2007	%	du	01/01/2006	%	Var. en val. annuelle	
	au	31/12/2007	PE	au	31/12/2006	PE	en euros	%
CHARGES D'EXPLOITATION (2) :								
Achats de marchandises								
Variation des stocks								
Achats de matière pre. et autres approv.								
Variation des stocks								
604105 PRESTATIONS ROUTEUR		1 208	0,45				1 208	#####
605000 ACHATS DONNEES		996	0,37	1 596	0,64		-600	-37,60
606150 CARBURANT		473	0,18				473	#####
606200 FOURN. NETTOYAGE/ENTRE		343	0,13	12	0,00		332	#####
606300 FOURN.ENTRET.PT EQUIP.		1 120	0,42	2 796	1,12		-1 676	-59,95
606400 FOURNITURES ADMINISTR.		3 224	1,21	4 832	1,94		1 608	33,28
606405 ABONT PHOTOCOPIES		708	0,27				708	#####
606406 ABNT PHOTOCOPIES				1 594	0,64		-1 594	-100,00
606411 IMPRIMERIE PERINATALITE		1 396	0,52	2 030	1,14		-1 434	-50,60
606431 MAQUETTISTE PERINATALI		781	0,29	1 473	0,59		-692	-46,99
611000 TRAITANCE INFORM FIDUCI		2 318	0,87	1 244	0,50		1 074	86,38
612500 C BAIL PHOTOCOPIEUR				533	0,21		-533	-100,00
613200 LOCATIONS IMMOBILIERES		798	0,30				798	#####
613500 LOCATIONS MATERIELL		49	0,02	324	0,13		-275	-84,86
613510 LOCATION VEHICULES		1 535	0,58				1 535	#####
614000 CHARGES LOCATIVES		4 855	1,82	4 295	1,72		560	13,04
615600 MAINTENANCE		202	0,08	512	0,21		-309	-60,44
616000 PRIMES D'ASSURANCE		351	0,13	333	0,13		18	5,50
618100 DOCUMENTATION ABONNE		755	0,28	585	0,23		170	29,07
618500 FRAIS COLLOQUES SEMINA				100	0,04		-100	-100,00
618800 AUTRES FRAIS FORMATION				1 794	0,72		-1 794	-100,00
621000 PERSONNEL EXT CHRU		0 371	3,15				0 371	#####
621100 PERSONNEL DOMICILE SER		949	0,36				949	#####
622600 AUTRES HONORAIRES FIDU		2 372	0,89	4 937	1,93		-2 565	-51,96
622610 HONORAIRES C A C		1 193	0,45				1 193	#####
623000 PUBLICITE, PUBLICATIONS		2 029	0,76	442	0,18		1 587	359,41
623400 PERSONNEL CADRIIOC		1 665	0,63				1 665	#####
625000 FRAIS DE REPAS		1 200	0,45	2 053	0,82		-853	-41,54
625100 DEPEI LCFMETS		2 387	0,90				2 387	#####
625105 HEPATITE-FRAIS DES IDE		584	0,22				584	#####
625110 DEPLACT CHRU		263	0,10				263	#####
625700 RECEPTION CA AG BUREAU		1 314	0,49	945	0,38		369	39,03
626100 FRAIS POSTAUX		2 403	0,90	1 464	0,59		941	64,26
626105 FRAIS POSTAUX ROUTEUR		1 304	0,49	5 028	2,02		-3 724	-74,06
626200 FRAIS TELECOMMUNICAT.		059	0,32	1 109	0,43		-329	-27,72
626210 ABONNEMENT ADSL ORAN		398	0,15	437	0,18		-39	-8,99
626220 SITE INTERNET ORS		112	0,04	76	0,03		36	16,96
627000 SERVICES BANCAIRES		141	0,05	102	0,04		39	37,99
627500 ABONT COOPATEL				29	0,01		-29	-100,00
628100 CCTISATION FNORS		4 700	1,77	4 710	1,89		-10	-0,21
628200 ADHESION ADHERENTS		10	0,00				10	#####
Autres achats et charges externes		53 369	20,05	46 262	18,57		7 106	15,36

	du 01/01/2007	%	du 01/01/2006	%	Var. en val. annuelle	
	au 31/12/2007	PE	au 31/12/2006	PE	en euros	%
631100 TAXE SUR LES SALAIRES	7 853	2,95	5 486	2,20	2 367	43,14
631300 FORMATION PROF CONTIN	932	0,35	803	0,32	129	16,04
Impôts, taxes et versements assimilés	8 785	3,30	6 289	2,52	2 495	39,68
641100 SALAIRES APPOINT COMMIS	146 930	55,21	134 368	53,92	12 562	9,35
641200 CONGES PAYES	677	0,25	-109	-0,03	666	459,11
641400 INDEMNITE AVANTAGE			9 543	3,83	-9 543	-100,00
Salaires et traitements	147 608	55,47	143 723	57,68	3 885	2,70
645100 COTISATION URSSAF	38 654	14,53	36 051	14,47	2 603	7,22
645200 COTISATIONS PREVOYANC	2 169	0,82	1 760	0,71	410	23,29
645300 COT.RETRAITE NON CADRE	1 421	0,53	1 179	0,47	242	20,52
645400 COT. RETRAITE CADRE	9 952	3,74	9 129	3,65	824	9,02
645500 COTISATION ASSEDIC	6 097	2,29	5 694	2,29	402	7,07
645600 CH CP	271	0,10	-136	-0,05	407	299,70
647500 MEDECINE DU TRAVAIL	244	0,09	187	0,08	57	30,52
648000 INDEMNITES DE STAGE	959	0,36			959	#####
Charges sociales	59 768	22,46	53 864	21,62	5 904	10,56
Dotations aux amort. et aux prov.						
651110 DOT.AMORT.IMMO.INCORP	631	0,24	651	0,26	-19	-2,93
651120 DOT.AMORT.IMMO.CORFOR	1 468	0,55	608	0,24	860	141,48
- Sur immobilisations : dot. aux amort.	2 100	0,79	1 259	0,51	841	66,83
- Sur immobilisations : dot. aux dép.						
- Sur actif circulant : dot. aux dép.						
- pour risques et charges : dot. aux prov						
Subventions accordées par l'association						
Autres charges						
Total	271 628	102,07	251 396	100,89	20 232	8,05
Résultat d'exploitation	-5 510	-2,07	-2 207	-0,89	-3 303	-149,68
Quote-parts de résultat sur op. en commun						
Excédent ou déficit transféré						
Déficit ou excédent transféré						
Produits financiers						
751000 PV CESSIION SICAV	1 350	0,51	214	0,09	1 136	531,46
De participation	1 350	0,51	214	0,09	1 136	531,46
D'autres valeurs mobilières et créances						
754000 REVENUS DE VMP	4 474	1,68	3 448	1,38	1 025	29,74
Autres intérêts et produits assimilés	4 474	1,68	3 448	1,38	1 025	29,74
Reprises sur prov. et dép. transf de charges						
Différences positives de change						
Produits nets sur cessions de V.M.P						

	du	01/01/2007	%	du	01/01/2006	%	Var. en val. annuelle	
	au	31/12/2007	PE	au	31/12/2006	PE	en euros	%
Total		5 824	2,19		3 662	1,47	2 161	59,02
Charges financières								
Dotations aux amort. et dép. et prov.								
661600 PRÉLÈVEMENT AGIOS DÉBI					0	0,00	-0	-100,00
Intérêts et charges assimilées					0	0,00	-0	-100,00
Différence négatives de change								
Charges nettes sur cession de V.M.P.								
Total					0	0,00	-0	-100,00
Résultat financier		5 824	2,19		3 662	1,47	2 162	59,04
Y compris :								
Redevances de crédit-bail mobilier					533		-533	-100,00
Redevances de crédit-bail immobilier								
(1) Dont produits afférents à des exercices antérieurs								
(2) Dont charges afférentes à des exercices antérieurs								
(3) Dont produits concernant les entités liées.								
(4) Dont intérêts concernant les entités liées.								

[Budget Prévisionnel 2008]

BUDGET PREVISIONNEL 2008

En 2008, la subvention de l'État passera de 136 500 euros à 140 000 euros soit une augmentation de 2,6%.

Par rapport à 2007, on enregistre une augmentation des produits de 27% passant de 242 632 euros à 308 460 euros. Ceci s'explique par un accroissement significatif (63%) des productions vendues, passant de 99 166 euros à 161 494 euros. L'ensemble des études de l'année 2008 est déterminé ainsi que le poste « Études diverses ».

Pour ce qui concerne les charges salariales sur l'année 2008, on enregistre une hausse de 27% dans la perspective de recruter des CDD courant de l'année pour pallier à l'augmentation de l'activité. De plus, pour remplacer le congé maternité de la direction, il est prévu une charge exceptionnelle de prestation de services d'un montant de 6 399 euros.

Budget prévisionnel 2008-Compte de résultat

En euros

PRODUITS	
Productions vendues	161 494
Subventions d'exploitations et autres	146 966
Total	308 460
CHARGES	
Achats et charges extérieurs	72 100
Impôts, taxes	7 249
Salaires, traitements, charges sociales	227 111
Amortissements	2 000
Total	308 460
RESULTAT DE L'EXERCICE	0

Détail du budget prévisionnel 2008

	En euros
Productions vendues	161 494
Tabac en entreprise	14 375
8e jour Conseils généraux	11 150
Cri de l'oreille	5 324
Polyarthrite rhumatoïde	14 753
Réseau périnat36	2 045
Tableau de bord santé travail	18 804
Plateforme sociale	40 000
Score santé	3 750
Synthèse nationale santé travail	2 500
ADAEL	9 539
Report Plateforme sociale 2007	15 000
Études diverses	24 254
Subventions et autres produits	146 966
GRSP	140 000
Cap'Asso	6 666
Adhésions	300
TOTAL PRODUITS	308 460
Charges externes	72 100
Achats données	800
Fournitures entretien petit équipement	2 033
Fournitures administratives	2 500
Maquettiste	4 760
Imprimeur	2 200
Sous-traitance générale	1 300
Charges locatives	4 600
Entretien réparation matériel	200
Prime d'assurance	400
Documentation générale	800
Frais colloques et séminaires	2 500
Autres frais de formation	1 000
Autres honoraires	4 900
Prestation de services (CHU)	20 750
Déplacements, missions	4 000
Réception	1 500
Frais postaux	4 578
Frais de télécommunication	1 400
Abonnement internet	600
Services bancaires	180
Prestation de services (ANPAA)	6 399
Cotisation FNORS	4 700
Charges	236 360
Impôts taxes	7 249
Salaires et charges sociales	227 111
Dotations aux amortissements	2 000
TOTAL CHARGES	308 460

(Les Etudes)

ANALYSE SYNTHÉTIQUE DU TEMPS DE TRAVAIL

Une partie de l'activité de l'ORS Centre est celle des tâches courantes de gestion : l'assistantat, la comptabilité, la gestion du personnel, les différentes réunions, les transmissions internes ainsi que le temps consacré aux appels d'offres.

Est pareillement comptabilisé, la participation de l'équipe à des réunions, colloques aussi bien à titre consultatif, de représentant ou de groupe de travail.

Participation : Conférence Régionale de Santé du centre : les états généraux de la prévention en région centre : Quelles formations pour quels acteurs ?

Participation : Inauguration de la RSI Centre

Audition : 1^{ère} Commission du Conseil Economique et Social Régional du Centre

Audition : Préfecture du Loiret : mise en place des ateliers de santé ville (ASV) dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS)

Audition : Journée régionale : Contraception et IVG – accès et informations aux mineurs et en milieu scolaire, organisée par la Commission Régionale de la Naissance (CRN)

Participation : Journée nationale : jeunes chercheurs en géographie de la santé, organisée par le Comité National Français de Géographie

Participation : Journée régionale technique nutrition : Obésité – De la prévention à la prise en charge, organisée par le GRSP dans le cadre des états généraux de la prévention

Participation : Assises régionales de l'emploi des séniors en région centre

Audition : 5^{ème} journée du réseau périnatal centre

Participation : Journées de Veille Sanitaire, organisées par l'Institut de veille sanitaire

Participation : Journée régionale de la Commission Régionale de la Naissance : Santé périnatale et précarité

Participation : Réseau prévention suicide : le suicide de l'adulte – Quelle prévention ?

Participation : Programme national nutrition santé : la situation nutritionnelle en France en 2007

Membre du comité de pilotage : SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins)

Membre de la Commission Régionale de la Naissance

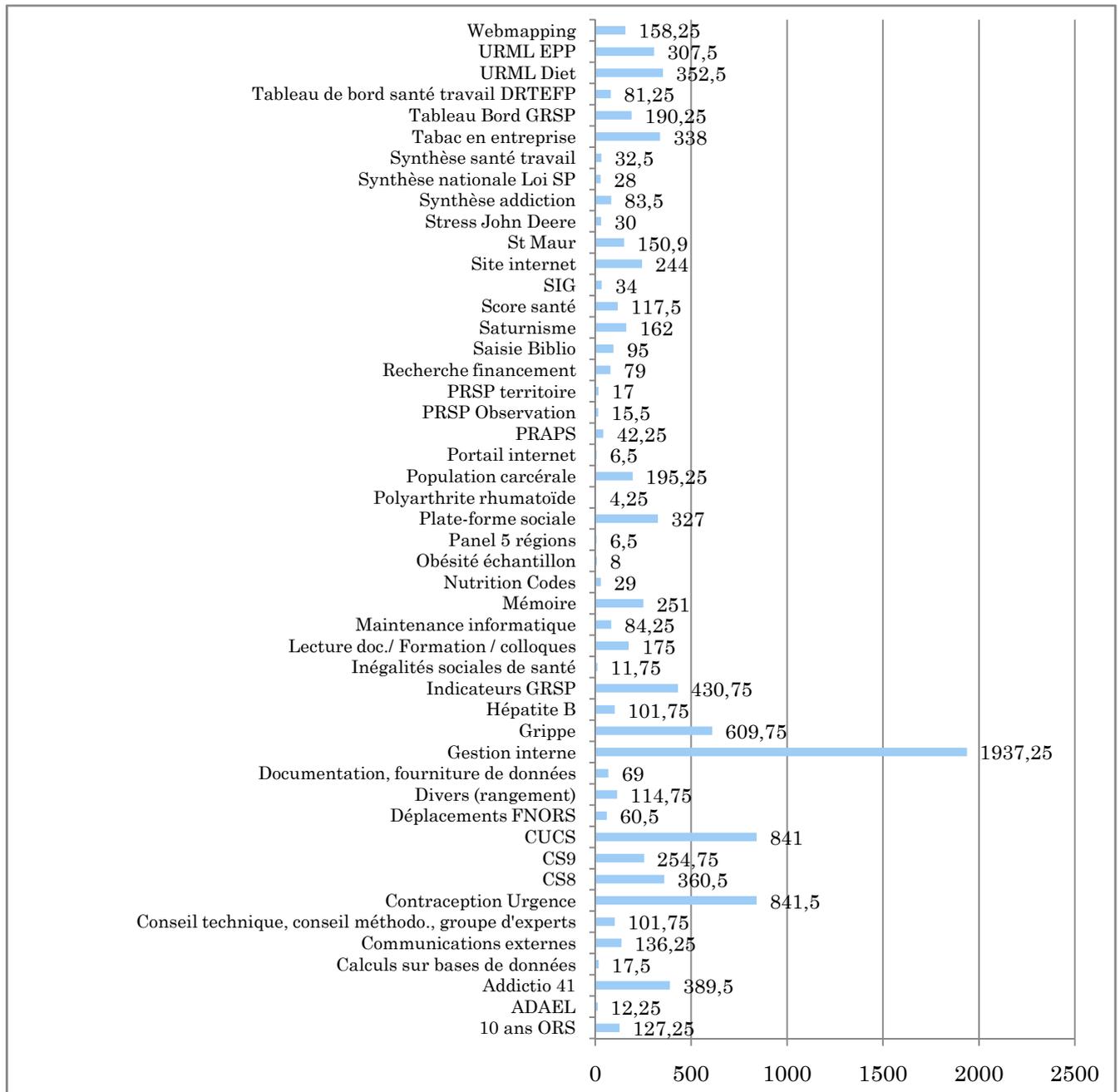
Membre du Conseil d'administration de Lig'Air

Membre du comité de pilotage du PRSP Territoire (Programme Régional de Santé Publique) et du PRSP Observation/Evaluation.

L'ORS Centre est également sollicité afin de donner des cours à la Faculté de médecine de Tours, l'Institut de Formation des Soins Infirmiers à Orléans et d'intégrer un jury de Master.

Mais la partie principale de l'association est bien évidemment consacrée aux études.

RÉPARTITION DU TEMPS DE TRAVAIL DES SALARIES DE L'ORS CENTRE EN 2007



EXPLOITATION DES CS8 DES ENFANTS DOMICILIES EN REGION CENTRE ET NES EN 2006

A l'initiative de la Commission régionale de la naissance, l'ORS réalise depuis 2000 l'analyse des certificats de santé du 8e jour des enfants domiciliés en région Centre. Les objectifs de ce travail sont d'analyser et de suivre les évolutions des principaux indicateurs relatifs à la périnatalité dans la région.

2006 est une année un peu particulière pour cette analyse, puisqu'elle a été marquée par la mise en place du nouveau modèle de certificat. Certains des anciens items ne sont plus exploitables et les nouveaux items ne le sont pas encore, mais offriront cependant de nouvelles perspectives pour les prochaines analyses, sous réserve toutefois d'une bonne qualité de remplissage.

Le taux de mères de plus de 37 ans a augmenté d'1 point en 5 ans. Le taux de mineures, quant à lui n'a pas évolué depuis 2000, restant stable à 0,5%. Ce taux, basé sur l'âge des mères au moment de la naissance, occulte le fait que 0,6% des mères ont atteint la majorité en cours de grossesse : au total ce sont donc 1,1% des mères qui étaient mineures au moment de la conception.

Concernant le suivi des grossesses, les seules informations disponibles sont celles relatives aux échographies. En 2006, 0,9% des femmes ont réalisé moins de 2 échographies, une part qui diminue légèrement mais régulièrement depuis 2000 où elle atteignait 1,3%.

Le taux de préparation à l'accouchement enregistre une hausse : il s'élève en 2006 à 32,3% parmi toutes les femmes (primipares et multipares, la distinction étant impossible à faire en raison du changement de certificat), soit 4 points de plus que les autres années. On observe toujours des variations importantes selon les établissements : la préparation à l'accouchement est moins fréquente dans les maternités publiques (29% contre 44%) et dans les maternités de niveau III (25% contre 35% dans les autres). En revanche, l'écart observé les années précédentes entre type I et type II s'est estompé.

Le taux d'hospitalisation a diminué de près de 2 points par rapport à 2005, il est de 10% alors qu'il avoisine habituellement 12% depuis 2000. La fiabilité de cet indicateur est à mettre en doute pour 2006 car cette diminution paraît peu probable, tout comme les écarts incompréhensibles observés entre départements (15% dans le Loiret et 7% en Indre-et-Loire, par exemple).

En ce qui concerne le déroulement de l'accouchement, le taux de travail spontané poursuit sa diminution (-1,4 point depuis 2003). Cette baisse se fait essentiellement au profit du taux de césariennes programmées, qui gagne 1,2 point sur la même période, la part des déclenchements ne progressant que de 0,2 point. Malgré des césariennes programmées plus fréquentes, on observe une diminution surprenante de 1,2 point du taux de césariennes. Il est possible que la modification du certificat pour cet item ait posé des problèmes de remplissage ou de saisie.

Concernant l'analgésie péridurale, le taux est relativement stable oscillant entre 63 et 64% en moyenne dans la région. On note cependant qu'une analgésie péridurale est fréquemment indiquée pour des accouchements par césarienne. A l'avenir, les rachianesthésies, qui font désormais l'objet d'une catégorie spécifique dans le nouveau certificat, pourront être identifiées de façon plus précise.

Le taux de prématurité est de 5,8% ce qui diffère très peu des trois années précédentes. Les taux de petits poids sont eux aussi très stables depuis 2000, tandis que la proportion de poids de naissance supérieurs à 4 000 g augmente légèrement : de 5,8% en 2000 à 6,4% en 2006.

Le taux d'allaitement régional de 59% en 2006 est comparable à celui observé en 2005. Les taux départementaux restent toujours très hétérogènes avec un écart de 15 points entre les deux départements extrêmes : en 2006, 48% des femmes de l'Indre allaitent à la sortie de la maternité contre 63% des femmes du Loiret.

La typologie des naissances qui a été menée distingue différents profils de naissances :

Tout d'abord, celles qui sont marquées par la survenue de problèmes mettant en jeu la santé de la mère ou de l'enfant (hospitalisation en cours de grossesse, enfant prématuré ou de petit poids, transfert, réanimation ou pathologie de la première semaine). Il s'agit plus souvent de naissances multiples et par césarienne.

Parmi les naissances, qui ne présentent pas un risque aussi prononcé, on peut dégager les profils suivants :

- les naissances par césarienne, d'enfants en bonne santé, mais moins souvent allaités,
- celles où la mère présente des conditions socio-économiques moins favorables (très jeune, isolée, sans activité professionnelle), avec un déficit de suivi de la grossesse, une préparation à la naissance et un allaitement moins fréquents,
- celui de femmes de 38 ans ou plus, avec un accouchement plus souvent déclenché et allaitant plus souvent.

Reste enfin la plus grande partie des naissances : des accouchements par voie basse, de mères entre 20 et 37 ans, parmi lesquelles on peut tout de même distinguer 2 profils différents :

- celui de femmes plutôt jeunes et primipares, qui préparent plus la naissance et bénéficient le plus souvent d'une péridurale,
- celui de femmes plus âgées qui suivent moins souvent une préparation et accouchent plus souvent sans analgésie.

Chaque année, les conseils généraux financent une brochure synthétisant les résultats de l'exploitation : « La périnatalité en région Centre en 2006 » a été diffusée aux professionnels de santé de la région concernés par le thème de la périnatalité.

VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B, LA ROUGEOLE, LES OREILLONS ET LA RUBEOLE. QUELLE COUVERTURE POUR LES ENFANTS DE 6ÈME EN REGION CENTRE ?

Cette étude a été réalisée par le Dr Hippolyte Kouadio, assistant hospitalier, SIMEES Tours.

Afin de mettre en place une politique locale ciblée et argumentée en région Centre, la DRASS souhaite connaître le taux de couverture des enfants vaccinés contre l'hépatite B. Les infirmiers du service de la promotion de la santé des élèves effectuant de façon systématique ce recueil dans les classes de 6e, il a été décidé de s'appuyer sur ces bilans infirmiers. Le recueil a donc été effectué auprès des enfants scolarisés en classe de 6e dans les établissements publics. Par ailleurs, cette étude est l'occasion de connaître également le taux de couverture de la vaccination contre le ROR de cette même population, du fait de la disposition du carnet de santé de ces enfants pour la recherche de la vaccination contre l'hépatite B.

Le recueil des informations a été fait à l'aide d'un questionnaire lors des bilans infirmiers, au cours desquels les infirmières pouvaient consulter le carnet de santé des enfants ou de sa photocopie. La période du recueil des données, variable selon les établissements, s'étendait de septembre 2006 à juin 2007.

La primo vaccination (pendant la petite enfance) de la majorité des élèves s'est faite dans le contexte de la première campagne nationale (1994-1995) de vaccination collective en milieu scolaire des enfants en classe de 6e. Les élèves de notre enquête avaient en moyenne 26,9 mois à la première dose. Ils appartiennent donc à une cohorte de naissance superposable à cette période de vaccination massive. La campagne de vaccination en milieu scolaire débutée en 1994, faisait suite à une stratégie vaccinale française visant préférentiellement les nourrissons et les préadolescents, et complétant la vaccination des groupes à risque. Au cours de cette campagne, la couverture vaccinale des nourrissons est restée inférieure à 30 % tandis que celle des enfants de 6e atteignait les 80 %. Dans notre échantillon d'étude, 806 enfants ont reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite B. Ce qui équivaut à une couverture vaccinale par au moins une injection à 55 %. La couverture vaccinale complète était de 49,6 %. Ce taux est nettement plus important que celui observé (soit 23,3 % de vaccinations complètes) chez les moins de 13 ans lors d'une enquête SOFRES en 2002. La représentativité de notre taux de couverture vaccinale devrait cependant, être interprétée en tenant compte de l'effet grappe (effet du plan de sondage) obtenu qui est plus élevé (3,24 versus 2,15) que celui considéré pour l'évaluation de la campagne de vaccination de 1994. Cette augmentation de l'effet grappe traduirait une taille peu élevée de l'échantillon sur lequel a porté notre analyse avec une moindre hétérogénéité du statut vaccinal des élèves dans une même classe. La couverture vaccinale dans notre étude reste toutefois basse et confirme les tendances observées dans toutes enquêtes antérieures. Selon une étude menée en 2000-2001 au niveau national auprès de générations d'enfants de la campagne vaccinale de 1994, la couverture est passée de 62,4 % pour trois ou quatre doses (donnée InVS non publiée, enquête Drees/Desco en 3ème 2000-2001) à 42,4 % en 2003-2004.

La couverture est de 33,1 % pour les élèves en CM2 en 2001-2002. On observe dans notre étude que 10 % des 806 enfants ayant eu un contact vaccinal vis-à-vis de l'hépatite B, n'ont reçu qu'une ou deux doses de vaccins.

Ce défaut de complétude du schéma vaccinal recommandé s'expliquerait par l'une et/ou l'autre des deux situations suivantes :

- D'une part, la vaccination s'est fait tardivement. Elle serait donc en cours au moment de la réalisation de l'enquête.
 - D'autre part, il s'agit d'une interruption réelle du calendrier vaccinal tel que recommandé.
- L'impact de l'introduction dans les recommandations de la vaccination contre l'hépatite B, des nourrissons et des adolescents ne semble pas probant. Cette vaccination souffre encore d'allégations selon lesquelles elle serait responsable d'affections démyélinisantes centrales. Les études épidémiologiques faites sur ce sujet n'ont permis ni d'affirmer ni d'exclure totalement un lien de causalité même si l'hypothèse d'une association fortuite est la plus probable.

Le délai entre la 1ère et la 2ème dose était inférieur à 1 mois pour 177 enfants sur les 779 qui ont reçu au moins deux doses (22,7 %). L'intervalle entre la 2ème et la 3ème dose était inférieur à 5 mois pour 344 enfants, et supérieur à 12 mois pour 40, sur les 726 qui ont reçu au moins trois doses (soit respectivement 47,4 % et 5,5 %). Ce qui témoigne d'un écart entre le schéma vaccinal et les recommandations. Par ailleurs, Il n'y avait pas de différences de couverture vaccinale complète entre les filles et les garçons. Pour ce qui concerne le vaccin trivalent ROR, l'âge moyen à la première dose dans notre échantillon était de 18,8 mois. Ce qui constitue un léger retard par rapport aux recommandations vaccinales actuelles qui conseillent la primo vaccination à l'âge de 12 mois. Par contre, l'âge d'un mois (tableau 10) à la première injection est plus difficile à interpréter. Il pourrait s'agir du reflet d'une pratique non conforme au calendrier vaccinal d'autant plus que 10,7 % (155/1445) des enfants vaccinés ont reçu leur première dose avant l'âge de 12 mois et 3 % (42/ 1445) avant 9 mois. La vaccination par le vaccin trivalent ROR peut être recommandée dès l'âge de 9 mois (en cas d'entrée en collectivité ou de voyage en zone de forte endémicité), mais reste non justifiée (et non documentée) avant l'âge de 9 mois même dans le cadre d'une vaccination autour de cas groupés. Seul le vaccin monovalent contre la rougeole peut être administré entre 6 et 8 mois dans ces cas. La couverture vaccinale pour au moins une dose apparaît satisfaisante (97,8 %). De plus, l'effet grappe faible (1,62) traduirait le peu de biais enregistré lors de l'échantillonnage et donc dans la précision de l'estimation de la couverture. Cette couverture vaccinale est du même ordre que celle observée dans la plupart des enquêtes. L'enquête menée en milieu scolaire (2001-2004) par ANTONA D. et Al montre une couverture à 6 ans pour la première dose à 93 % en France métropolitaine. Le délai moyen entre la première et la deuxième dose était de 58,8 mois. Il correspondait à une deuxième dose autour de l'âge de 6 - 7 ans comme recommandé dès 1998. La couverture pour deux doses a été estimée à 87,7 % (IC à 95 % = [86-90]). Elle reste pourtant insuffisante pour atteindre l'objectif d'élimination de la rubéole congénitale et de la rougeole en France. La seconde dose, dite dose de rattrapage se justifie par le fait que la très grande majorité des sujets n'ayant pas séroconverti après la première dose répondent à une seconde vaccination. Il n'y avait pas de différence significative de couverture vaccinale complète entre les filles et les garçons. Ceci s'expliquerait par le fait que la triple vaccination ROR est recommandée de façon indifférenciée chez les garçons et les filles.

MISE EN FORME D'INDICATEURS POUR LE PORTAIL INTERNET DU GRSP

L'ORS a été sollicité dans le cadre de la mise en place du portail internet du Groupement régional de santé publique de la région Centre. Entre autres fonctionnalités, cet outil propose notamment une rubrique Observation, regroupant :

- ↳ des fiches-étude synthétisant les principaux travaux produits par les différents acteurs de santé régionaux,
- ↳ des indicateurs relatifs à la population et aux thématiques de santé retenues comme prioritaires sur la région.

La mission de l'ORS était de recueillir ces données et d'en valoriser la présentation. Ainsi, pour chaque indicateur, les données :

- ↳ sont présentées, d'une part sous forme d'un « média » (carte ou graphique) et d'autre part sous forme d'un tableau,
- ↳ sont accompagnées d'une définition et une note de lecture.

Indices comparatifs de mortalité prématurée

Définition :

L'indice comparatif de mortalité (ICM) d'une zone géographique est le rapport en base 100 entre le nombre de décès observés dans une zone et le nombre de décès attendus. Le nombre de décès attendus est le nombre de décès que l'on observerait si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques aux taux de la population de référence (ici, la population française). Les calculs sont effectués à partir d'effectifs lissés sur 3 ans. La mortalité prématurée représente l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans. Les ICM des hommes et des femmes ne sont pas comparables.

	FEMMES	HOMMES
FRANCE METROPOLITAINE	100,0	100,0
CENTRE	102,9	99,7
CHER	110,8*	112,7*
EURE-ET-LOIR	105,0	101,2
INDRE	105,7	109,4*
INDRE-ET-LOIRE	92,2*	93,3*
LOIR-ET-CHER	107,1	99,9
LOIRET	103,8	93,6*

* : Significativement différent de 100,0

SOURCE : Inserm CepiDC, INSEE

Exploitation ORS Centre

Exploitation ORS Centre

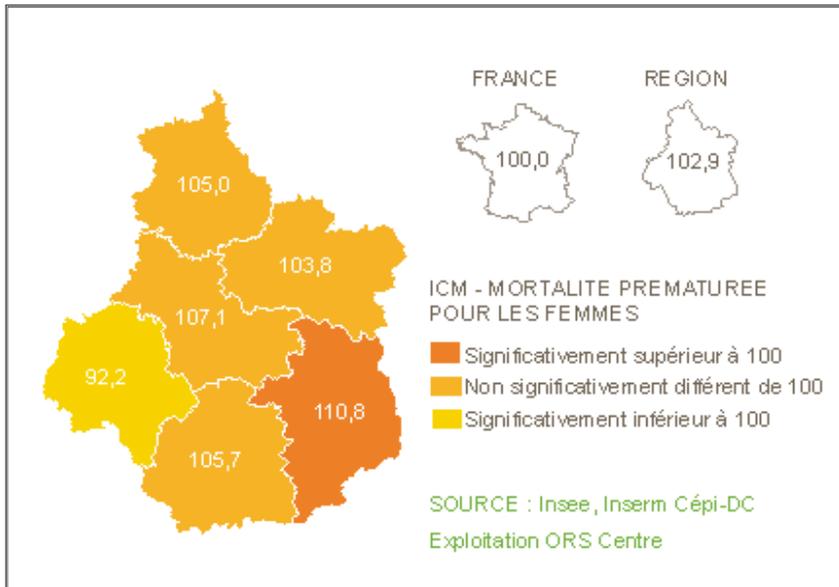
SOURCE : Inserm CepiDC, INSEE

* : Significativement différent de 100,0

CHER

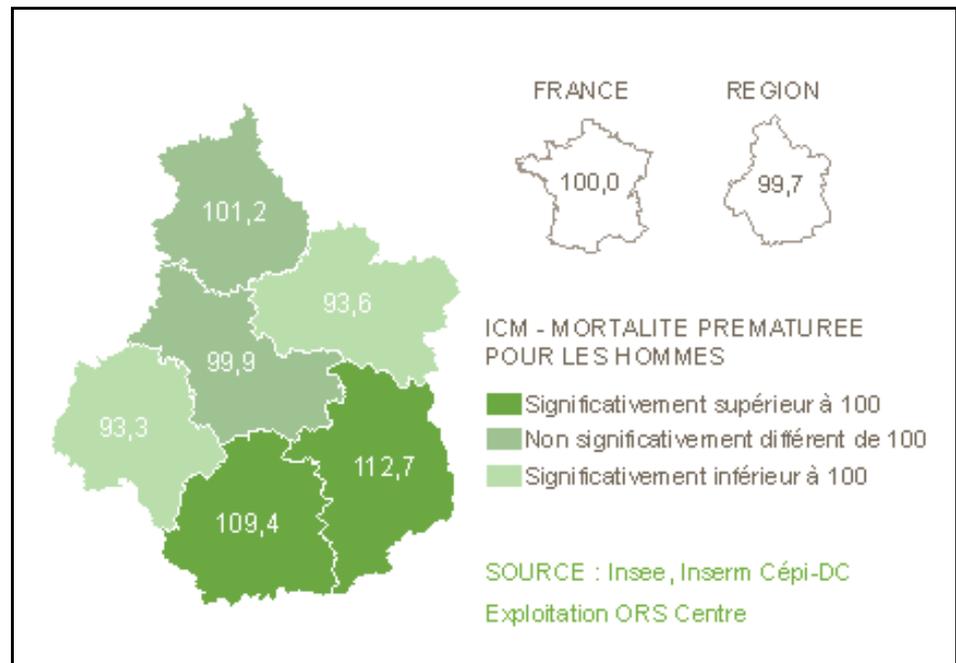
110,8

112,7



Note de lecture :

L'ICM de la France métropolitaine a pour valeur 100. Un ICM significativement supérieur (respectivement inférieur) à cette valeur indique que la zone présente une surmortalité (sous-mortalité) par rapport à la France, indépendamment de la structure par âge de sa population.



MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF COORDONNE REGIONAL D'OBSERVATION SOCIALE

La circulaire des ministères de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement d'une part, de la Santé et des Solidarités d'autre part, N° DREES / DGAS/MAREL/2006/317 du 11 juillet 2006 relative à l'organisation régionale de l'observation sociale prévoit de développer les plates-formes de l'observation sociale dans l'ensemble des régions et de consolider les plates-formes existantes. En région Centre, une démarche partenariale a été initiée par la DRASS afin d'aboutir à la mise en place d'une plate forme, dont l'objectif est de mettre à la disposition des décideurs les informations nécessaires à la conduite des politiques sociales et médico-sociale. L'ORS a été retenu pour être l'opérateur de la mise en œuvre de cette plate-forme.

Afin de dresser un premier état des lieux de l'existant et de mesurer les besoins, les attentes et l'implication des partenaires, l'ORS a tout d'abord mené des entretiens auprès de structures susceptibles de s'impliquer dans le projet. Tous les partenaires rencontrés ont adhéré au projet. Les raisons avancées sont diverses une valorisation des champs de compétences de tous les partenaires, une meilleure lisibilité des études publiées par chaque partenaire, la réalisation de travaux communs avec les partenaires, pour une contribution à la réalisation d'études, une mise à disposition des données sur des échelons différents de ceux traités habituellement.

Les souhaits en terme d'informations sont hétérogènes. Les grands axes qui se dégagent sont :

- Les données démographiques
- Les populations très fragilisées
- Les personnes âgées
- Les personnes handicapées
- Enfance et famille
- Les professionnels de santé et médico-sociaux
- La discrimination

Concernant l'outil de mise à disposition des informations, la proposition la plus largement sollicitée par les personnes rencontrées est celle d'un outil internet, accessible aux seuls partenaires de la plateforme (du moins dans un premier temps). La conception de cet outil a commencé en 2007. La page d'accueil mentionnera les partenaires de la plateforme, avec un lien vers leurs sites respectifs.

Cet outil permettra la consultation des « fiches partenaires ». Il s'agit de fiches créées pour chaque partenaire de la plateforme, avec pour objectif de synthétiser ses compétences réglementaires, les informations dont il dispose (données, indicateurs, publications), ses attentes vis-à-vis de la plate-forme (en terme de thématique et en terme de support).

Après validation par la structure concernée, chaque fiche sera mise en ligne sur l'outil internet de la plateforme et accessible à tous les partenaires, pour une meilleure connaissance de chacun.

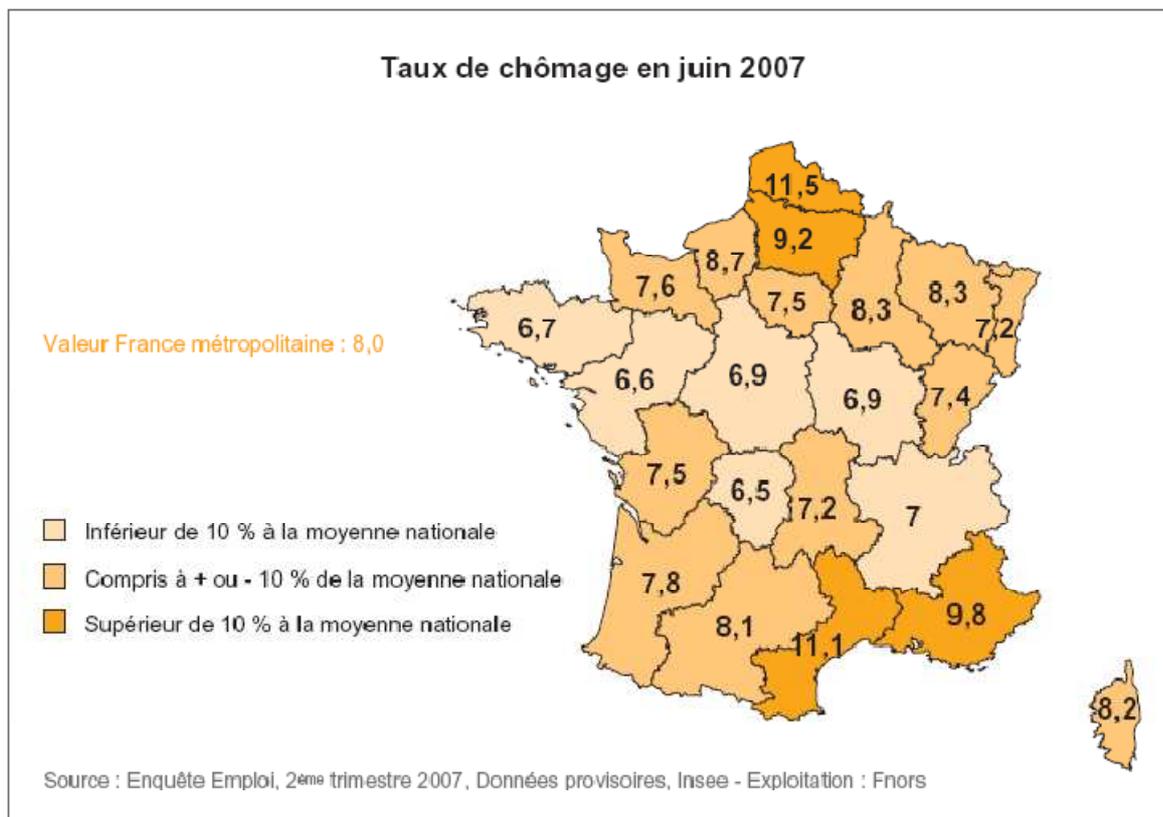
Un portail sur les études existantes que les partenaires souhaitent mettre en commun sera également intégré, incluant un moteur de recherche par auteur, mot-clé ou index thématique. Cet outil internet a également pour objectif de présenter une base d'indicateurs sociaux infra-départementaux qui permette de disposer rapidement d'indicateurs pré-calculés. Dans un premier temps, il est nécessaire de se limiter à des indicateurs relatifs à une seule thématique. Au vu des entretiens réalisés, le choix s'est porté sur des indicateurs permettant de caractériser et connaître les populations fragilisées.

SYNTHÈSE NATIONALE SANTE-TRAVAIL

Cette synthèse est un travail inter-ORS (Centre, Haute-Normandie, Languedoc Roussillon, PACA, Picardie et FNORS), réalisé dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre la FNORS et le Ministère chargé de la Santé. La démarche retenue dans le cadre de ce document vise à faire un état des lieux des connaissances disponibles à une période donnée et à analyser les évolutions en faisant apparaître les particularités régionales.

L'ORS Centre avait en charge la rédaction du chapitre «Contexte socio-économique». Les autres thèmes abordés dans cette synthèse sont :

- Répartition de l'offre de médecine du travail en France
- Evolution des conditions de travail en France
- Accidents de travail
- Maladies professionnelles (MP) reconnues
- Souffrance morale au travail, problème émergent
- Conclusion et préconisations



RÉALISATION D'UN TABLEAU DE BORD SUR LA SANTE, LA SÉCURITÉ ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES SALARIÉS EN REGION CENTRE

La Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle a sollicité l'ORS pour la réalisation d'un tableau de bord régional sur le thème de la santé au travail. Elaboré en partenariat avec plusieurs acteurs régionaux travaillant dans ce domaine (CRAM, MSA, AGEFIPH), ce document est destiné aux partenaires sociaux, aux préventeurs, à la conférence régionale de santé, aux CHSCT. Il portera sur :

- les caractéristiques socio-économiques de la région,
- les conditions de travail et les expositions professionnelles,
- les accidents du travail et les maladies professionnelles,
- la santé mentale au travail,
- la gestion des âges,
- le handicap et l'emploi.

Le tableau de bord sera complété par des conclusions et des préconisations apportées par le comité de pilotage.

FICHE DE TABLEAU DE BORD SUR LA SANTÉ DES DÉTENUS EN RÉGION CENTRE

Il existe très peu de données épidémiologiques disponibles concernant la santé des populations carcérales. Dans ce contexte la DRASS a confié à l'ORS la réalisation d'un état des lieux sociodémographique et épidémiologique des populations détenues en région Centre.

Afin de compléter les informations obtenues auprès des instances pénitentiaires nationales et régionales, un recueil de données complémentaires a donc été lancé fin 2007 grâce à une enquête déclarative réalisée par l'ORS auprès des 9 UCSA (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires) des 9 établissements pénitentiaires de la région.

Un questionnaire complet portant notamment sur l'offre de soins en milieu fermé, les pathologies somatiques et psychologiques recensées, les réglementations pénitentiaires, la prévention, les conditions de vie en détention...a été soumis aux médecins responsables des UCSA

Il en ressort que si les conditions de prises en charge sanitaire des détenus ont évolué positivement depuis la loi de 1994, de grosses carences mentionnées par les UCSA entachent toujours l'accès et la qualité des soins prodigués aux personnes incarcérées.

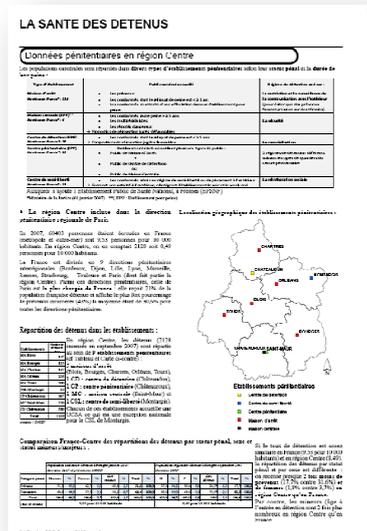
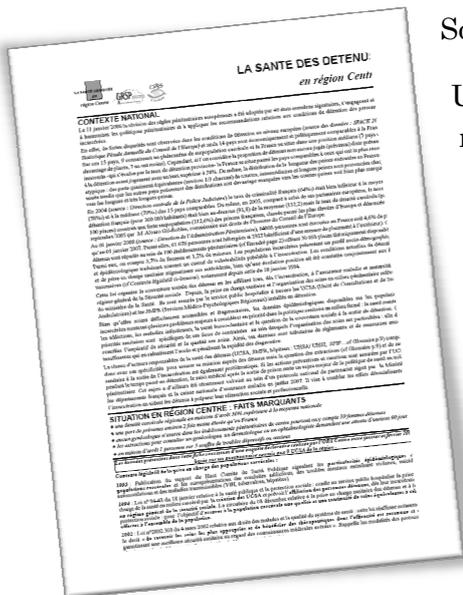
En effet, l'incarcération et le mode de vie en milieu fermé sont fréquemment accompagnés de maux spécifiques pour lesquelles une prise en charge adaptée doit être

proposée.

Or, les conditions d'exercice de la médecine sont alourdies par les réglementations pénitentiaires et les impératifs de sécurité qui peuvent ralentir le diagnostic. De plus, les ressources médicales humaines et matérielles restent insuffisantes pour garantir un niveau de qualité des soins équivalent à celui proposé à l'extérieur.

Les axes majeurs sur lesquels il semble primordial de travailler pour améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont les suivants :

- ↳ l'appui et le suivi psychologique des détenus
- ↳ Assurer une continuité de la couverture sociale dès la sortie de détention et éviter toute rupture de droits en travaillant en partenariat avec les acteurs sanitaires et sociaux pendant le temps d'incarcération
- ↳ Favoriser la réinsertion professionnelle en agissant avant la fin de mise sous écrou
- ↳ Proposer davantage d'actions de prévention et d'éducation à la santé pour encourager les patients détenus à être davantage acteurs de leur propre santé.



TABAC ET MILIEU DU TRAVAIL EN REGION CENTRE

Cette étude inscrite dans le cadre du « **Plan Cancer** » de l'INPES lancé en juin 2003, pilotée par les six Comités d'Education pour la Santé de la région Centre (CODES 18, CESEL, CODES 36, CODES 37, ADES, CODES 45) a débuté en 2004. Elle se poursuivra jusqu'en 2008 car fin 2006 le comité de pilotage du projet régional qui a répondu à l'appel à projet de l'INPES pour une année supplémentaire a reçu une réponse favorable.

Rappelons que ce projet « Tabac et milieu du travail en région Centre » est financé par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et le GRSP, anciennement le FNPEIS (Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire).

L'ORS Centre a été sollicité pour évaluer l'ensemble du projet. L'objectif majeur visé par le projet « Tabac et milieu du travail en région Centre » financé par l'INPES dans le cadre du Plan Cancer était le suivant : **contribuer au développement des démarches de prévention concernant le tabagisme en milieu du travail dans la région Centre**. Ce but principal a été décliné en 3 sous-objectifs (1, 2 et 3), respectivement consacrés à des publics de professionnels de la santé au travail, de membres des CHSCT et de salariés d'entreprises variées.

Les actions de prévention et d'éducation sur cette thématique ont engendré 4 ans de programmes de sensibilisation et d'information auprès des publics ciblés, encouragés à participer à

2 phases distinctes. La première, déployée sur les années 2003-2006 concrétisait la mise en œuvre du projet déclinée en 3 objectifs initiaux.

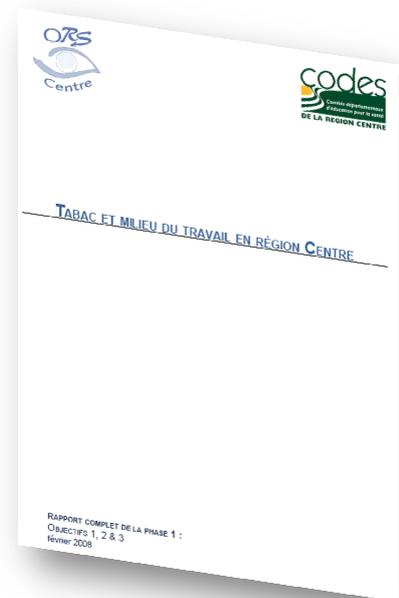
En 2007, il a été demandé à l'ORS de présenter les résultats actualisés des 3 objectifs visés par cette étude et de les regrouper en un document unique synthétisant les travaux des 3 premières années du projet. Et l'année 2007, consacrée à la mise en place de la seconde phase a davantage permis de renforcer et confirmer les résultats positifs retirés de la phase précédente et d'établir les modalités de renforcement des 3 objectifs initiaux.

Bilan de la première phase :

Les objectifs initiaux ont-ils été atteints ?

Objectif 1 : Evaluation de la formation auprès des professionnels de la médecine du travail.

Initialement prévu pour former 200 **professionnels de la médecine du travail** (médecins et infirmiers) de la région à la prévention du tabagisme entre janvier 2004 et décembre 2006, ce volet de l'étude a finalement permis de valider la formation de 135 professionnels entre septembre 2004 et septembre 2005.



Quels sont les retours des professionnels de la santé au travail ?

↳ Une satisfaction générale et globale d'avoir bénéficié de la formation a été rapportée, que ce soit :

- au niveau de **l'actualisation des connaissances** : en tabacologie (tabagisme actif et passif), des acteurs, ressources humaines et de la documentation en matière de tabacologie,

- au niveau de **l'apport de clefs méthodologiques** : apports pratiques et théoriques, des outils apportés pour aider à mener à bien une campagne de prévention en entreprise.

↳ Les retours mettent en avant une **meilleure efficacité dans l'accompagnement des salariés en démarche d'arrêt**, une hausse de la pratique du conseil minimal et de l'évaluation de la dépendance.

↳ Et les professionnels sont motivés pour poursuivre leur formation continue en tabacologie ainsi que pour l'élargir à d'autres thèmes (stress au travail, nutrition, diabète...)

↳ Enfin, il ressort que les sessions de formation mises en place dans ce premier volet de l'étude a favorisé le partenariat entre professionnels.

Objectif 2 : Evaluation de la sensibilisation auprès du personnel de direction et des membres de CHSCT de 30 entreprises de la région.

Initialement prévu pour sensibiliser le **personnel de direction et les membres des CHSCT** (Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail) de 30 établissements de la région sur les 6 départements, ce volet de l'étude a finalement permis de réaliser des **sessions de sensibilisations au tabagisme auprès de 28 entreprises** (dont 2 comptant double au vue de leurs effectifs) entre juin 2005 et décembre 2006.

Quels sont les retours des personnels encadrant et membres des CHSCT ?

Une satisfaction générale des interventions avec notification du professionnalisme des intervenants extérieurs et de leur crédibilité. 98% des personnes affirment que le contenu était conforme à ce qui était programmé.

↳ Une mise en avant :

1) des connaissances apportées :

- tabagisme passif,
- phénomène de dépendance
- sur les représentations
- sur la loi Evin et son application dans l'entreprise

2) de l'impact fort des testeurs de CO : les gens ont été impressionnés de voir les effets du tabac y compris sur les non fumeurs

- d'une réelle prise de conscience et d'une meilleure compréhension du processus de dépendance qui favorisent le respect mutuel entre fumeurs et non-fumeurs et engendrent une évolution positive des comportements

- Les personnels des CHSCT ont tout spécialement notifié la légèreté administrative et l'adaptabilité du projet à d'autres thématiques.

De même, le renforcement d'une dynamique de prévention interne à l'entreprise a été salué :

- la direction est impliquée dans les problèmes de santé publique et des réflexions sur la place et le rôle de chacun dans l'entreprise ont été entamées, favorisant ainsi la coordination et le travail en équipe.

Ainsi ont été mis en place des comités «Tabac», nourris par les interactions entre les personnes ressources, la médecine du travail, la direction et les salariés.

Enfin, ce projet a été très positivement perçu car abordé et accepté comme une aide à l'application de la loi Evin et de la préparation du décret Bertrand qui imposait une interdiction totale de fumer dans les lieux de travail à partir du 1er février 2007.

Objectif 3 : Evaluation des actions auprès des salariés de 30 entreprises de la région Centre

Initialement prévu pour faire bénéficier d'actions d'éducation pour la santé, au moins 30% (3750) des 12500 **salariés de 30 établissements de la région Centre**, ce volet de l'étude a finalement permis de réaliser des sessions de sensibilisations au tabagisme auprès de 28 entreprises (dont 2 comptant double au vue de leurs effectifs) entre juin 2005 et décembre 2006.

L'appréciation chiffrée exacte des salariés ayant reçu directement ou non des informations concernant ce sujet est difficile compte-tenu des différentes formes qu'ont revêtu les actions effectuées dans les entreprises : en effet, certaines d'entre elles (expositions, conférences, groupes de paroles...) n'ont pas forcément été accompagnées d'une distribution de questionnaire d'évaluation et de fait n'ont pas donné de retour sur le nombre de participants ni sur leur niveau de satisfaction et leur ressenti après l'action.

Quoiqu'il en soit un total de 1852 questionnaires sur les 3 étapes d'évaluation des actions (avant, immédiatement après, 6 mois après) parmi lesquels 1700 étaient exploitables statistiquement.

Quels sont les retours des salariés participants à ces actions ?

Les principaux points mis en avant par les participants sont globalement très positifs. Ils concernent notamment :

-l'apport de connaissances concernant les effets nocifs du tabac

-l'information sur les ressources en région centre et l'orientation vers des spécialistes (tabacologue, médecin généraliste, psychologue, diététicien(ne)...) pour être soutenus dans leur démarche

-la possibilité pour les salariés participants de se positionner en toute conscience et connaissance du chemin à parcourir sur la décision d'un éventuel sevrage tabagique

Nombreux sont ceux qui ont entamé seuls une démarche d'arrêt du tabac mais pour ceux qui ont choisi d'être aidés, le soutien d'un professionnel a été souvent mentionné ainsi que l'aide de substituts nicotiniques.

De plus, quelle qu'ait été la réussite de leur démarche de sevrage au terme des 6 mois écoulés après l'action en entreprise, les salariés ont en majorité assuré avoir modifié leur comportement tabagique sur leur lieu de travail et, dans une moindre mesure, dans leur vie personnelle.

Enfin, les dates des actions ont été remises en cause : en effet, pendant les congés d'été, de nombreuses personnes ayant pris la décision d'arrêter de fumer ont repris du fait des moments festifs passés en famille ou entre amis, propices à un certain relâchement de la motivation.

De même, nombreux sont les salariés fumeurs qui avaient débuté l'interruption du tabagisme et qui ont relâché leurs efforts pour cause de soucis familiaux.

Perspectives 2008 :

Un prochain rapport prévu pour juin 2008 présentera les bénéfices conséquents à la mise en œuvre de la seconde et dernière phase du projet « Tabac et milieu du travail en région Centre ».

En effet, cette prochaine étape vise notamment à :

- renforcer les acquis obtenus lors de ces premières années d'informations,
- consolider les suivis méthodologiques et pérenniser les actions des comités de pilotage dans la durée,
- encourager et soutenir les personnes volontaires pour un sevrage tabagique.

EVALUATION EXTERNE DU RÉSEAU ADDICTIONS 41 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Dans le cadre du financement par la DRDR, les réseaux de santé sont dans l'obligation de remettre chaque année une évaluation menée par un organisme externe, permettant de mettre en avant l'organisation et le fonctionnement, la qualité de la prise en charge ou encore la satisfaction des membres, professionnels et usagers.

L'Observatoire Régional de la Santé de la région Centre a été chargé de réaliser l'évaluation du « Rezo Addictions 41 », financé par la DRDR depuis juillet 2006 (Les fonds ont été versés en janvier 2006 mais n'ont été utilisés réellement qu'à partir de juillet 2006). Ce travail, mené moins d'un an après les premiers fonds versés, met essentiellement en avant l'aspect organisationnel de la structure (statut juridique de la structure porteuse, organes de pilotage et de coordination, rôles de commissions, intégration des nouveaux membres, modalités économiques).

Les derniers volets de l'étude sont dédiés à l'évaluation de la qualité au sein du réseau (présentation des procédures et référentiels utilisés, modalités d'échanges de données et communication entre professionnels, niveau de satisfaction des professionnels et des usagers), ainsi qu'à son impact sur l'environnement proche (structures partenaires sur le fonctionnement du réseau, potentialités d'élargissement de son rayonnement).

La problématique de ce travail se résume en trois questions :

- La réalité du réseau est-elle bien perçue par ses membres et par ses partenaires ?
- L'organisation actuelle et le fonctionnement permettent-ils d'apporter une prise en charge continue, globale et sécurisée du patient ?
- Y a-t-il une possibilité d'élargissement de l'activité du réseau ?

Les données ont été recueillies grâce à une analyse des documents internes du réseau (comptes-rendus, chartes, convention constitutive, règlement, conventions avec les partenaires, plaquettes informatives, etc.) suivie d'entretiens semi-directifs avec les membres de la plateforme du réseau (coordonnateur médical, trésorier, infirmière) 9 professionnels membres du réseau (médecins généralistes membres du MGADDOC), 9 structures partenaires, et enfin 6 usagers du réseau.



Au terme de ce travail, nous avons pu relever des points positifs dans l'organisation et le fonctionnement du Rezo :

- Il possède une vraie crédibilité auprès des membres et des partenaires, l'équipe de coordination est bien connue de tous les acteurs et des usagers, son action auprès des patients additifs est jugée très positive.
- Concernant la prise en charge et la continuité des soins, il a su créer un véritable parcours du patient sécurisé, avec un suivi médical et psychologique accru. De nombreux patients se sentent désormais mieux et ont réglé en partie leurs problèmes additifs ou sont en cours de sevrage.
- Les différents acteurs de la prise en charge travaillent ensemble de manière efficace, les compétences apportées sont multiples, permettant ainsi une prise en charge pluridisciplinaire.

Parallèlement aux points positifs énoncés, le réseau doit encore se concentrer sur certains aspects afin d'optimiser la prise en charge et de multiplier les chances d'évolution :

- renouer le contact progressivement avec les professionnels et partenaires perdus de vue lors de la période de baisse d'activité, en multipliant les actions de communication, ceci dans le but d'élargir l'activité du réseau à un territoire plus grand,
- mettre en place à moyen terme des procédures de prise en charge, notamment dans le domaine médical, afin d'harmoniser les pratiques des médecins,
- mettre en place rapidement une évaluation systématique des formations, pour ensuite à moyen terme, procéder au contrôle des pratiques.

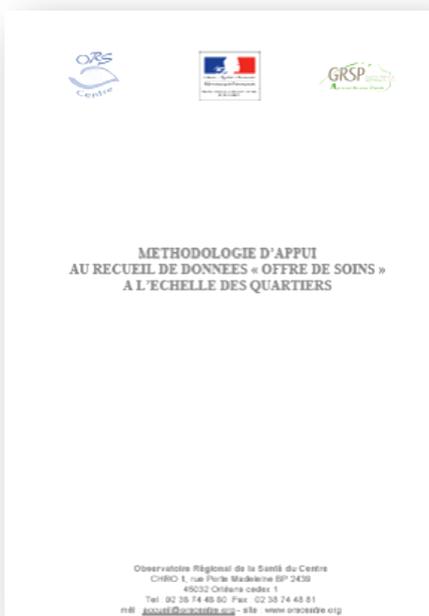
MÉTHODOLOGIE D'APPUI AU RECUEIL DE DONNEES « OFFRES DE SOINS » À L'ÉCHELLE DES QUARTIERS

La circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) instaure le cadre de la nouvelle contractualisation de la politique de la ville.

Cette circulaire réaffirme certains principes fondateurs de la politique de la ville :

- identification des territoires prioritaires,
- élaboration du projet à l'échelle pertinente, notamment le quartier.

Pour l'élaboration de ces CUCS, il est rappelé dans le guide méthodologique de la délégation interministérielle à la ville, de constituer un diagnostic territorial. Dans le cadre du volet santé, le secrétariat général pour les affaires régionales (SGAR) a souhaité disposer d'une méthodologie d'appui au recueil des données en matière d'offre de soins.



L'ORS Centre a reçu la mission de repérer les sources de ces données en matière de santé, peu nombreuses à l'échelle des quartiers et recensées de façon très disparate, pour ensuite construire un outil méthodologique d'appui.

Cet outil permettra aux professionnels des collectivités territoriales de recenser aisément les données existantes auprès des structures détenant les informations.

Notre rôle est donc de mettre en place une démarche méthodologique afin de répondre aux questions suivantes :

- De quelle offre de soins disposent les habitants des quartiers ?
- Vers quelles structures se dirigent-ils pour tel ou tel problème de santé ?

Pour cela, nous avons mis en place un protocole d'étude, adaptable aux particularités des seize agglomérations ou communes concernées par d'éventuels contrats urbains de cohésion sociale.

L'appui méthodologique comporte un inventaire des données à recueillir, des fiches synthétisant les processus de recueil en fonction des différentes sources de données, des données de l'offre sanitaire à différentes échelles (commune, agglomération, département, région), et enfin des éléments pour mener à bien une étude qualitative auprès des acteurs sanitaires.

EVALUATION DE L'EPP EN REGION CENTRE : LE POINT DE VUE DES MEDECINS LIBERAUX

Le but de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est d'améliorer de manière continue la qualité des soins et le service rendu au patient par les professionnels de santé.

La loi du 13 août 2004 de réforme de l'Assurance Maladie a rendu obligatoire l'Evaluation des Pratiques professionnelles à tout médecin, quelles que soient ses modalités d'exercice. Le décret du 14 avril 2005 a quant à lui porté cette obligation tous les 5 ans, et a défini les Unions régionales des médecins libéraux (URML) comme étant les organisateurs de l'EPP en région. L'URML de la région Centre s'est engagée depuis 2003 dans la démarche d'EPP en privilégiant la méthode de l'autoévaluation en groupe. Les premières sessions ont débuté en novembre 2004.

L'ORS Centre a donc été sollicité par l'URML pour réaliser une évaluation de la satisfaction des médecins libéraux engagés et l'avis des médecins habilités sur la démarche d'EPP en région Centre dans le cadre du financement FASQV régional (janvier 2005 – mars 2006).

Nous avons mesuré la satisfaction des médecins par rapport à trois thématiques centrales :

- L'organisation de l'EPP : implication de l'URML et perception des outils mis à disposition
- Le déroulement des sessions
- L'impact sur les pratiques professionnelles : attentes et constats.

Pour répondre à ces questions, nous avons choisi la méthode qualitative, basée sur la réalisation d'entretiens directifs à semi-directifs avec les personnes concernées :

- 33 avec des médecins engagés : 23 avec des médecins généralistes et 10 avec des spécialistes,
- 8 avec les médecins habilités.

Le choix des interviewés a été fait de manière aléatoire (tirage au sort sur Excel).

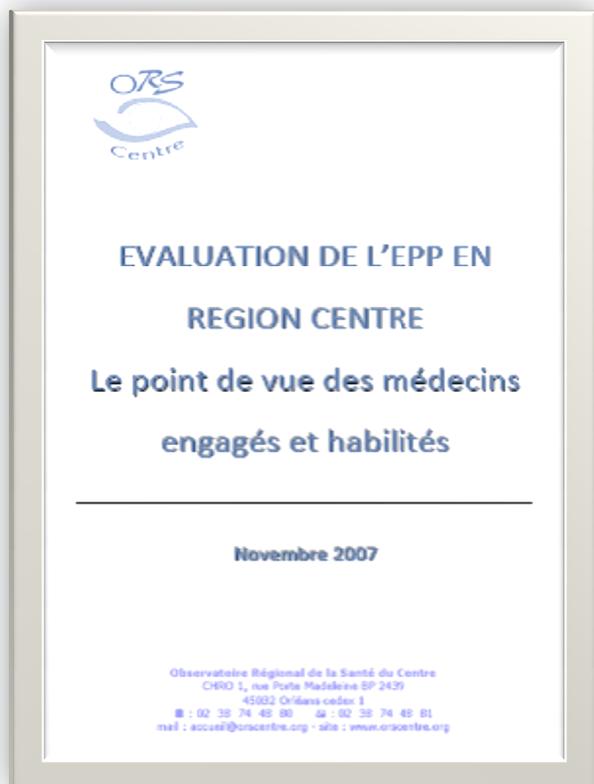
D'une manière générale, les répondants ont été satisfaits de la logistique mise en place par l'équipe organisatrice. Concernant les outils utilisés, quelques incorrections ont été soulevées ainsi que l'absence de référentiels dans quelques spécialités, mettant en avant la nécessité de multiplier ces documents et de les mettre à jour régulièrement.

Plusieurs impacts positifs ont été notés par les médecins sur leurs pratiques professionnelles :

- Plus de rigueur dans le remplissage des dossiers patient,
- Plus d'informations demandées (antécédents, vaccinations, facteurs de risque, allergies, etc.),
- Plus d'attention aux examens complémentaires.

Néanmoins, la confusion persistante entre EPP et FMC (formation médicale continue) dans l'esprit des médecins engagés peut entraîner un certain manque de motivation à réaliser cette évaluation. S'ajoute à cela le caractère obligatoire et la notion de contrôle, ainsi qu'un côté administratif et scolaire dénoncé par certains.

Les médecins habilités quant à eux s'inquiètent de l'avenir de l'EPP et craignent une dérive vers des intérêts financiers, contrairement selon eux à l'intérêt premier de la démarche, basé sur le partage de savoirs et la confraternité.



Pour une poignée de médecins, le système actuel trouve donc ses limites dans sa ponctualité, car il ne permet pas un contrôle et une amélioration simultanée. De ce fait, les démarches d'amélioration des pratiques peuvent parfois sembler fastidieuses, et beaucoup le voient comme une contrainte. Un système évaluatif permanent pourrait faire entrer les médecins dans une démarche qualité quotidienne. Néanmoins, cette évolution n'est possible qu'accompagnée d'un changement global des modes de pensée en matière de médecine libérale, et nécessitera par conséquent un accompagnement prégnant sur le terrain.

EVALUATION DE L'ACTION EXPERIMENTALE « PROMOTION DE LA DIETETIQUE AUPRES DES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 DE MOINS DE 75 ANS »

Les réseaux « diabète » réunissent de multiples compétences dans le but d'aider les patients diabétiques dans la gestion quotidienne de leur maladie. Un des axes importants consiste à aider le patient à améliorer ses connaissances nutritionnelles et ainsi faciliter son quotidien alimentaire.

Suite aux actions menées dans le programme de santé publique, l'Union régionale des médecins libéraux (URML) et la Direction régionale des services médicaux (DRSM) ont décidé de collaborer ensemble autour d'un projet appelé « Promotion de la diététique auprès des patients diabétiques de type 2 ayant moins de 75 ans ».

Cette action a vu le jour début 2006, mise en place par l'URML et financée par l'URCAM dans le cadre de la dotation régionale pour le développement des réseaux (DRDR). Une convention de partenariat a été signée entre les 5 acteurs principaux impliqués dans ce projet, constituant le comité de pilotage, à savoir l'URML, la DRSM, la Mutualité sociale agricole (MSA), le Régime social des indépendants (RSI) et l'association des diététiciens libéraux de la région centre (DLRC).

Pour intégrer la démarche, les patients devaient répondre à trois critères principaux :

- Etre atteint de diabète de type 2 et bénéficier pour la première fois d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD diabète
- Avoir un IMC¹ compris entre 25 et 35
- Etre âgé de moins de 75 ans

Les consultations se déroulant au cabinet de la diététicienne, les patients devaient aussi avoir une autonomie suffisante pour pouvoir se rendre sur place.

Les promoteurs s'étaient basés sur les nouvelles inclusions en affections longue durée (ALD), et avaient donc prévu environ 4 000 patients potentiels.

A la fin de l'année, le rapport d'activité a mis en avant un faible nombre de patients inclus comparé aux attentes des promoteurs. En effet, au 31 décembre 2006, 654 patients ont été inclus par les services de caisses, et seuls 88 patients avaient consulté une diététicienne.

Compte tenu du financement DRDR, qui oblige tout réseau à être évalué, mais aussi des maigres résultats obtenus en fin d'année 2006, l'URML a sollicité l'ORS Centre afin de réaliser une évaluation de l'organisation et du fonctionnement du projet « Promotion de la diététique auprès des patients diabétiques », dans le but de mettre en avant les apports du projet et les dysfonctionnements ayant pu freiner son développement.

¹ L'IMC, ou Indice de Masse Corporelle (encore appelé BMI en anglais, soit Body Mass Index) se calcule par la formule : poids (en kg) sur taille (en cm) au carré. Il est reconnu par les instances internationales comme le meilleur moyen pour définir le surpoids et l'obésité.

Le but de notre travail était de comprendre les éventuelles raisons qui ont freiné la bonne marche du projet :

- Quels sont tous les facteurs ayant contribué à l'activité restreinte du réseau « Promotion de la diététique auprès des patients diabétiques » ?
- Quelles sont les raisons qui peuvent justifier un si faible nombre de patients inclus ?

Pour bien comprendre le contexte de l'étude dans sa globalité, nous avons effectué 4 entretiens à portée exploratoire :

- l'ancienne coordinatrice du projet
- 2 représentants de l'URML Centre
- un représentant de la DRSM

Nous avons interrogé par la suite 12 médecins, répartis selon leur niveau d'adhésion au projet (nombre de patients reçus par rapport au nombre de patients prévus par le service des caisses), 15 diététiciennes, et 30 patients.

L'ORS CENTRE. 10 ANS DEJA !

Le 17 décembre 2007, l'ORS Centre a fêté ses 10 ans.

Cette manifestation a permis d'inviter plusieurs personnalités, telles que M. Pierre-Marie DETOUR, Directeur de la DRASS du Centre (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales), M. Alain TRUGEON, Président de la FNORS (Fédération Nationale des ORS), M. le Pr. Emmanuel RUSCH, Chef du service du SIMEES (Service d'Information Médicale, d'Epidémiologie et d'Economie de la Santé (SIMEES) du CHRU de Tours, Mme le Dr Anne-sophie WORONOFF, Médecin épidémiologiste de l'ORS de Franche Comté, M. Frédéric IMBERT, Directeur de l'ORS Alsace, M. Jean-Benoit HARDOUIN, Maître de conférence à la faculté de Médecine et de Pharmacie de Nantes, M. Pierre LARCHER, Chargé de mission santé/précarité et réseaux au bureau de la prévention, de l'insertion et de l'accès aux droits de la Direction générale de l'action sociale.

Cet anniversaire a été l'occasion de revenir sur les 10 dernières années d'observations sanitaires, en revisitant quelques études telles que « profils et consommation d'alcool des patients en médecine générale en région centre », « les médecins généralistes diplômés en Franche-Comté : description des situations professionnelles et analyse des motivations et des freins à l'installation en libéral », « création de la plateforme sanitaire et sociale en Alsace », « les patients vus au centre hospitalier de Dreux en 2000 pour tentative de suicide », « exploitation des certificats de santé du 8ème jour », « démonstration du webmapping de l'ORS Centre »,

Nous vous proposons de retrouver en intégralité le discours d'ouverture de M. DETOUR.

« M. le Président, Mmes et Mrs les administrateurs de l'ORS, Mme la Directrice, vous toutes et vous tous qui contribuez aux missions de l'ORS

L'Observatoire Régional de la Santé du Centre, a vu le jour voilà 10 ans, dans le cadre de la mise en place progressive, à partir des années 1980, dans chaque région d'une telle structure d'observation.



On compte à ce jour 26 observatoires, un dans chaque région de France métropolitaine et un dans 4 départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion). L'histoire de l'ORS de la région Centre est donc liée à celle de ces observatoires dont la mission principale vise à améliorer l'information sur l'état de santé et sur les besoins des populations régionales dans le cadre d'une mission d'aide à la décision.

Les ORS se sont structurés en 1988 au travers de la fédération nationale des ORS (FNORS) qui les représente collectivement en cas de besoin et qui assure la coordination des travaux qu'ils mènent en commun.

Les Observatoires Régionaux de la Santé contribuent à mettre à disposition des informations sur la santé, en recherchant les données disponibles, en les validant, en les analysant et en les diffusant, afin de permettre leur prise en compte dans l'élaboration des choix des décideurs, qu'ils soient collectivités locales, administrations, organismes de protection sociale, établissements de santé, professionnels de santé, Depuis la loi de santé publique du 9 août 2004, les ORS sont pleinement intégrés dans le paysage institutionnel régional de la santé et ont largement contribué aux Plans Régionaux de Santé Publique.

Leur structuration nationale permet en outre des comparaisons fiables entre les régions parce que fondées sur une même méthodologie et des échanges riches en compétences et en expérience au sein d'un réseau travaillant étroitement avec les pouvoirs publics en tant qu'opérateur du ministère de la santé.

Dans ce cadre, l'ORS Centre contribue activement à améliorer la connaissance sur la santé en région Centre, notamment en participant aux différents travaux menés dans le cadre de la mise en place du Groupement Régional de Santé Publique de la région Centre.

Il participe ainsi aux travaux initiés dans les groupes de travail mis en place dans ce cadre, notamment le groupe 'Observation'.

De par ses connaissances acquises en matière de santé sur la région, l'ORS Centre contribue également aux travaux du groupe 'Territoire' chargé de conforter l'initialisation d'actions de santé mixtes territorialisées en favorisant l'émergence de plans locaux de santé.

Concernant les travaux d'observation liés au GRSP, l'ORS s'est vu confier la mission de mettre à disposition sur le site portail du Groupement Régional de Santé Publique, accessible depuis le 16 octobre dernier sur internet, un ensemble d'indicateurs permettant d'avoir une vision synthétique des problématiques de santé sur la région Centre.

Toujours dans le cadre des missions confiées par le GRSP, l'ORS a mené récemment des études sur des thèmes divers : on peut citer entre autres :

- Au titre de la santé périnatale : l'analyse annuelle des bulletins du 8ème jour, qui donne lieu à une publication attendue des professionnels, et dont une présentation des résultats sera faite tout à l'heure
- Une étude concernant la couverture vaccinale dans la région: des enfants pour la Rougeole, les Oreillons et la Rubéole ainsi que l'hépatite, des personnes âgées et des professionnels travaillant auprès de ce public pour la grippe.
- Des travaux sur l'accès à la contraception d'urgence au travers d'entretiens auprès des usagers et des professionnels.
- Un recueil d'information concernant la population carcérale en région Centre.

Ces études sont menées tout en poursuivant le travail de veille et d'exploitation statistiques sanitaires, lié au projet "Score Santé" sur les thèmes de la mortalité prématurée sur la région, de l'accès aux soins, ...

En rappelant cette implication et la diversité des travaux menés, j'ai souhaité mettre en exergue le travail important d'observation mené par l'ORS de la région Centre qui s'est vu également confier des missions d'évaluation d'actions de santé ou de priorités thématiques contribuant à la mise en œuvre du plan régional de santé publique.

L'ORS sera associé à n'en pas douter aux travaux d'évaluation du PRSP qui vont se mettre en place à partir de 2008.

Ce champ d'intervention est relativement large ; de nombreux ORS intervenaient également dans le champ du social dans la mesure où les problématiques de santé et celles du social sont difficilement dissociables notamment lorsque l'on aborde la question sous l'angle de l'accès à la santé et aux soins des populations vulnérables.

C'est dans cette perspective, que l'ORS Centre s'est vu attribué à la fin du premier semestre 2007, la mise en place d'un outil coordonné d'observation sociale après une année de réflexion entre les décideurs concernés qui a abouti à la mise en place d'une plate forme d'observation sociale.

Dans le cadre de cette mission, l'ORS a, au cours du semestre qui va s'achever, rencontré les nombreux partenaires les services de l'Etat, les collectivités territoriales (Conseil régional, Conseils généraux), les organismes sociaux et notamment les 6 Caisses d'Allocation Familiale de la région, bref l'ensemble des partenaires et acteurs impliqués en fonction de leurs champs de responsabilités dans cette plate forme régionale et interdépartementale d'observation sociale.

Le choix effectué au profit de l'ORS Centre témoigne là encore de la qualité des prestations rendues et de son professionnalisme reconnu.

Il est apparu important aux différents acteurs d'avoir un opérateur unique qui puisse faire le lien entre les problématiques de santé existantes en région Centre et les problématiques sociales. L'exemple d'une expérience analogue, en région Alsace vous sera présenté au cours de cette conférence.

Bien entendu, l'Etat n'est pas le seul commanditaire de travaux à l'ORS. La plus-value de l'ORS Centre et ses compétences sont parfaitement reconnues au niveau régional, la preuve en est faite par les différentes missions confiées par l'Agence Régionale d'Hospitalisation, les Collectivités territoriales, les associations, les mutuelles, certains réseaux,

Les nouvelles missions confiées ainsi que leur diversité ont amené l'ORS Centre à s'adapter à l'évolution du contexte et à procéder au recrutement de professionnels ayant des profils variés et complémentaires, de haut niveau (statisticien, géographe, ...) qui permettent d'offrir une prestation de qualité au regard des commandes qui lui sont confiées.

À ce jour, l'ORS compte 5 personnels à temps plein avec au delà des personnes en contrat à durée déterminée en fonction de la nature des travaux à effectuer. De plus, une collaboration a été développée entre l'ORS et le service d'information médicale et d'économie de la santé (SIMCES) de l'université de TOURS qui permet de bénéficier de compétences médicales que l'ORS n'a pas en son sein.

Je l'ai déjà indiqué aux gestionnaires concernés un rapprochement avec le CRÉAL selon des modalités qui restent à déterminer serait encore de nature à conforter ce pôle d'observation.

Je pense qu'une étape essentielle a désormais été franchie pour conforter l'observation en santé dans cette région car il est essentiel d'avoir des acteurs ressources : suffisamment important, le dépassement de la taille critique d'un organisme est essentiel pour se professionnaliser et adoptant une stratégie d'alliance avec des partenaires plutôt que la recherche du seul développement institutionnel propre.

L'ORS Centre a su saisir un certain nombre d'opportunités mais cela n'a été possible que parce que sa crédibilité le lui permettait.

À ce stade de mon propos je souhaiterais rappeler que le développement de telles structures n'est possible que parce que des femmes ou des hommes se sont impliqués et je voudrais ici saluer tout particulièrement trois d'entre eux ou d'entre elles :

Monsieur le Professeur WELLS, Président de l'ORS depuis 1997 et qui est toujours présent aux moments importants pour apporter son appui et sa compétence,

Madame Marielle BOIN qui a su par son dynamisme et sa personnalité faire de l'ORS Centre une structure reconnue, cela n'a pas du être tous les jours faciles,

Enfin avec sa directrice actuelle, Madame Céline LECLEERC, qui n'hésite pas à s'impliquer dans l'ensemble des missions confiées et notamment celles liées à l'observation sociale. Là encore son professionnalisme, son efficacité et son sens des relations humaines ont été déterminants pour animer et consolider cette équipe.

Que tous trois en soient remerciés c'est un peu grâce à eux et à leur ténacité que nous sommes ici.

Je souhaite très sincèrement que dans les années à venir notre, « cette » collaboration se poursuive de façon aussi étroite dans un climat de confiance réciproque.

Il m'apparaît que l'ORS est prêt, dans ces conditions, à aborder une nouvelle étape qui s'inscrira dans le nouveau paysage lié au déploiement des Agences Régionales de Santé.

Merci à vous tous pour votre écoute et surtout à cette équipe pour le travail effectué encore une fois BRAVO et nous leur souhaitons bon vent et rendez vous pour les 20 ANS de l'ORS. »