



RAPPORT D'ACTIVITE 2008

Observatoire régional de la santé du Centre
CHRO - 1 rue Porte Madeleine - BP2439
45032 Orléans Cedex 1
tél : 02.38.74.48.80 - fax : 02.38.74.48.81
mail : accueil@orscentre.org - site : www.orscentre.org

1- La lettre du Président	5
2- L'association.....	7
Missions des ORS	9
Administrateurs au 31 décembre 2008.....	11
Salariés.....	13
Vie associative.....	15
3- Le budget.....	17
Rapport financier 2008	19
Budget prévisionnel 2009.....	29
4- Les travaux.....;	31
Temps de travail : analyse synthétique.....	33
Observation sociale en région Centre.....	35
Tableau de bord «santé, sécurité et condition de travail».....	36
Evaluation du «rézo Addictions 41».....	37
Mise en place d'un site de cartographie interactive.....	38
Etude sur la pertinence d'importation de services d'HAD.....	39
Vaccination contre la grippe.....	40
Fiches de tableau de bord.....	41
Exploitation des certificats de santé du 8 ^e jour des enfants nés en 2007.....	42
Difficultés d'accès à la contraception d'urgence.....	43
Quinzaine des maladies à caractère professionnel.....	44
Portail GRSP.....	45
Le cri de l'oreille.....	46
Le PRAPS.....	47
SCORE-Santé.....	48
Evaluation du programme d'éducation à la santé de Saint Maur.....	49
Evaluation du projet «Tabac en entreprise».....	50
Population carcérale.....	51
Actions - formations réalisées par les Codes.....	52
Exploitation des certificats de santé du 9 ^e mois des enfants nés en 2004.....	53
Vie affective et handicap.....	54
Recensement des études sur la nutrition.....	55
Evaluation du projet : médecine du travail et intérimaires... une expérimentation sociale.....	56
Diagnostic du pays vendômois.....	57
Autres travaux.....	58
5- Les consultations du site internet 2006.....	60

1- La lettre du Président

Les années se suivent... et ne se ressemblent pas vraiment. L'année 2008 a vu d'importants changements dans l'équipe. Au fil des mois, trois chargées de projet ont quitté l'ORS pour des raisons diverses. Nous avons été très soigneux dans le recrutement de nouveaux collaborateurs si bien que l'équipe actuelle est homogène, soudée et performante. Cette équipe est composée de quatre chargé(e)s de projet et d'une secrétaire sous la conduite efficace de la directrice qui accomplit un bon travail dont il faut la féliciter. Et je tiens à remercier Christelle Quesney-Ponvert, directrice de l'ANPAA-45 : tout en continuant à assurer sa fonction, elle est venue à l'ORS deux demi-journées par semaine pendant le congé de maternité de notre directrice et a assuré la direction administrative et la gestion du personnel avec compétence et brio.

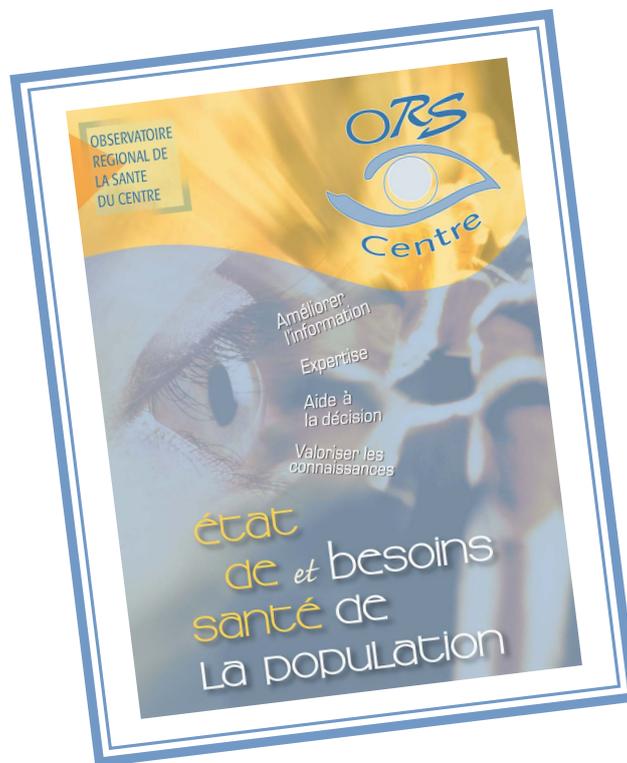
Comme par le passé, nous avons beaucoup travaillé et en conséquence beaucoup publié : l'étude exploratoire, très révélatrice, sur les difficultés d'accès à la contraception d'urgence en région Centre, le rapport sur la couverture vaccinale contre la grippe, des travaux d'évaluation, et la liste n'est pas close. En juin 2007, après un appel d'offre, l'ORS-Centre s'est vu confier la création d'un site Internet que nous appelons «plateforme sociale», mais officiellement nommé «Observation sociale en région Centre» depuis le comité de pilotage d'octobre 2008. Cette mission nous permet d'aborder un domaine nouveau, le champ social. À la veille de l'émergence des Agences régionales de la santé et des Directions régionales de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale, elle nous met en rapport avec une foule de partenaires (Drass, conseils généraux, Caf, MSA, RSI, Cram, CPAM, Urssaf...) dont certains sont nouveaux ce qui élargit nos horizons et leur permet de mieux nous connaître.

Ce rapport sur notre activité de 2008 paraît en 2009, année charnière. Nous sommes à la veille d'un bouleversement total, l'entrée en vigueur des ARS mentionnées ci-dessus. Toutes nos relations avec l'administration de la santé va changer, car l'ARS va «aspérer» la Drass, l'ARH, l'Urcam, le GRSP... Une partie des hommes et des femmes avec qui nous avons tissé des liens de collaboration confiante va changer, et à l'heure où j'écris ces lignes personne ne sait très bien comment les choses vont se passer. Il avait même été question un moment que les ORS disparaissent tandis que leurs missions étaient reprises par les ARS ! Mais cette idée semble heureusement abandonnée. Nous allons donc continuer à travailler pour améliorer la connaissance de tout ce qui touche à la santé pour fournir aux décideurs les moyens de... décider, en toute connaissance de cause, dans les domaines qui sont de leur compétence, en souhaitant que l'on nous donne toujours les moyens adéquats.



Pr Jacques WEILL

L'association



Les missions

Créés au début des années 80, les ORS sont nés dans le cadre de la décentralisation. Au nombre de 26 aujourd'hui (22 dans l'hexagone et 4 en outre-mer), ils sont regroupés au sein de leur fédération depuis 1988 : la FNORS (fédération nationale des ORS).

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

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...

Comme la plupart des ORS, celui de la région Centre a un statut d'associations régies par la loi de 1901.

C'est le 17 décembre 1997, que s'est tenue l'assemblée générale constitutive de l'ORS du 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 12 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.

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.



Les membres fondateurs de L'ORS Centre

Mme le Docteur Dominique ARONDEL, Centre d'examens de santé
M. le Docteur Philippe ARSAC, Hôpital Porte-Madeleine
M. le Docteur Jean-Pierre BARTHEZ, Laboratoire de biologie
M. Bernard BAURRIER, CHRO
M. Michel BÉRARD, Centre départemental de prévention de l'alcoolisme
Mme le Docteur BOSSARD, Service de Promotion de la Santé en faveur des Elèves
Mme BRACONNIER, DRASS
M. le Docteur Patrick BRISACIER, CPAM du Loiret
M. Jean-Claude BURGAUD, CMR des artisans et commerçants du Centre
Mme le Docteur Cécile CALVET, IRSA
Mme Élisabeth CANTONE, Conseil Régional de l'Ordre des pharmaciens
M. Jean-Claude CHALIGNÉ, Collège régional d'éducation pour la santé
M. le Docteur Pierre CHAMPIGNY, M.S.A. du Loiret
Mme le Docteur CONSTANT, APSAT 45
Mme Dominique DAMOISEAU, CPAM d'Eure-et-Loir
M. Jean-Marie DEGOIS, Centre hospitalier de Dreux
Mme le Docteur Jocelyne DELHOUME, DPAS
M. Emmanuel DEMIGNÉ, Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie
M. le Docteur DEPREZ, ELSM
M. Jean DOUCET, AGAORA
M. Lionel DRUBAY, Pharmacien d'officine
M. Maurice ÉLAIN, L'Étape
Mme le Docteur Martine FAGART, PMI du Loiret
Mme le Docteur FAVRE, Service radiothérapie CHR La Source
M. FERRARI, Comité départemental de ligue contre le cancer
M. le Docteur Daniel FERQUEL, RVHS 45
Mme Danièle FONTAINE, FNORS
M. le Docteur GEISEN, Comité Départemental d'Education pour la santé
M. GRAVRAND, URAF Centre
M. le Docteur Alain GUINGOUAIN, Contrôle Médical Régional
Mme Fabienne JOINT, Agence Régionale de l'Hospitalisation
M. le Professeur Jacques LANSAC, Centre Hospitalier Universitaire de TOURS
M. LEBRETON, Comité Économique et Social Régional
M. le Docteur Jean-Yves LE FOURN, Centre hospitalier du Chinonais
Mme Claudine LE LANN, Union Régional des Médecins Libéraux
Mme MAILLET, CRAM
M. Michel MOUJART, Centre Hospitalier Universitaire de TOURS
Mlle Martine NOEL, Association santé des MSA du Centre
M. le Docteur Michel NOVAK, IRSA
M. Didier PAILLET, CHS de Fleury-les-Aubrais
M. le Docteur Jean-Claude REBEUF, Centre départemental des professions de santé
Mme Chantal RICOIS, CPAM du Loiret
M. Philippe ROLAND, Réseau local de santé
M. SACHER, URIOPSS
M. le Docteur SALMON, SCHS
M. Michel SCHRANTZ, INSEE Centre
Mme Brigitte THEBAUT-DEVIGES, Centre Hospitalier Universitaire de TOURS
Mme Maryse TOURNE, RVHS 45
M. Alain TRUGEON, FNORS
M. Vice-Doyen Jean-Pierre VALAT, U.F.R. de Médecine
M. le Professeur Jacques WEILL, CCA 37

Les administrateurs au 31 décembre 2008

L'association est dirigée par un conseil d'administration de 41 membres, dont 21 membres de droit et 20 membres élus.

Les membres de droit :

- le Président du Conseil Régional,
- le Président du Conseil Économique et Social de la région Centre,
- le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie,
- le Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie,
- le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation,
- le Doyen de la Faculté de Médecine de Tours,
- le Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Tours,
- le Directeur Général du Centre Hospitalier Régional d'Orléans,
- le Président de l'Union Hospitalière Régionale du Centre,
- le Président du syndicat de l'Hospitalisation privée de la région Centre,
- le Directeur régional de l'INSEE,
- un représentant des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de la région Centre,
- le Président du Conseil de l'Ordre Régional des Pharmaciens,
- un représentant des Centres Départementaux des Professions de Santé de la région Centre,
- le Président de l'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux,
- un représentant désigné de chacun des Conseils Généraux des 6 départements de la région Centre.

Les membres élus :

- Mme Marie-Françoise AUBOURG,
- Mme Marjorie AVENIERE,
- M. le Dr Philippe BERTRAND,
- M. Jean-Claude BURGAUD,
- Mme Nelly DABEE,
- M. le Dr Philippe DUPRAT,
- M. le Dr Claude GROSSIER,
- M. le Pr Jacques LANSAC,
- M. le Dr Jean-Yves LE FOURN,
- M. le Dr Patrick LEPINAY,
- M. le Dr Eric LESPESSAILLES,
- Mme Noëlle LHUILLIER,
- M. le Dr Glenn LIMIDO,
- M. Johan PRIOU,
- Mme Christelle QUESNEY-PONVERT,
- M. le Dr Gérard ROY,
- M. le Pr Emmanuel RUSCH,
- M. le Pr Jacques WEILL,
- Mme Isabelle WOLFF.

Les membres élus sont renouvelés par moitié tous les deux ans (prochaines élections en 2010). Au 31 décembre 2008, les membres élus sont au nombre de 19, 1 poste est donc vacant.

En outre, au cours de tous les conseils d'administration et assemblées générales, le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales de la région Centre est invité à titre consultatif.

Le Bureau

- Pr Jacques WEILL, président, professeur honoraire au CHU de Tours,
- M. Jean-Claude BURGAUD, 1^e vice-président, directeur de la branche direction santé et directeur par intérim de février à mai 2009 de la caisse régionale d'assurance maladie des professions indépendantes de la région Centre,
- Dr Glenn LIMIDO, 2^e vice-président, représenté par Mme le Dr Daouya ROY, médecin conseil à la Direction régionale du service médical,
- Dr Eric LESPESSAILLES, 3^e vice-président, praticien hospitalier au centre hospitalier régional d'Orléans,
- Dr Claude GROSSIER, représenté par le Dr Gérard ROY, trésorier, médecin conseil à la mutualité sociale agricole du Loiret,
- Dr Philippe DUPRAT, trésorier adjoint, consultant,
- Dr Patrick LEPINAY, secrétaire, médecin chef de service au centre d'examens de santé du Loiret,
- Mme Isabelle WOLFF, secrétaire adjointe, directrice honoraire de la Caisse régionale d'assurance
- Pr Jacques LANSAC, personne qualifiée, président du réseau périnatalité en région Centre,
- Pr Emmanuel RUSCH, personne qualifiée, professeur universitaire praticien hospitalier au CHRU de Tours,
- Mme Christelle QUESNEY-PONVERT, personne qualifiée, directrice de l'ANPAA 45.

Les salariés

L'équipe salariée de l'ORS s'est renforcée ses dernières années, passant de 3,6 ETP en décembre 2004 à 6 ETP en décembre 2008. La structure de l'équipe, en 2008, est composée de :

- un poste de direction 100% ETP en CDI:

Céline LECLERC, socio-démographe, 1 ETP

- trois postes de chargé d'études 100% ETP en CDI:

Noémie HILMOINE, sociologue, en poste jusqu'en juillet 2008. La succession a été assurée, dès le 1^{er} octobre 2008 par Clotilde BINET,

Céline COHONNER, statisticienne, en poste jusqu'en octobre 2008. La succession a été assurée, dès le 14 octobre 2008 par Aurélie ELOY,

Sophie DUPONT, géographe de la santé, en poste jusqu'en décembre 2008. La succession a été assurée, dès le 11 décembre 2008 par Franck GENITEAU,

- un poste de Data Manager 100% ETP en CDI :

Guillaume AFFRINGUE, informaticien, en CDD de septembre 2007 à septembre 2008 et en CDI à compter du 1^{er} octobre

- un poste de secrétariat 100% ETP en CDI :

Amel FELTANE, assistante de direction.

Afin de compléter les compétences en épidémiologie de l'équipe de l'ORS, une collaboration a été développée avec le service d'information médicale, d'épidémiologie et d'économie de la santé (SIMEES), dirigé par le Pr Emmanuel Rusch. Une convention entre le CHRU de Tours et l'ORS a été signée en décembre de 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). Notre correspondant référent est le Dr Hippolyte KOUADIO, assistant hospitalier.

En raison du congé maternité de 6 mois de la directrice, l'ORS s'est appuyé de Mme Christelle QUESNEY-PONVERT, directrice de l'ANPAA45. Elle a assuré la fonction de directrice par intérim pour une quotité de temps de 0,20 ETP. De plus, l'équipe a été renforcée par Mlle Mathilde NUGUE, chargée d'études en CDD durant 6 mois : 18 mars 2008 au 18 juillet 2008 et du 25 août 2008 au 23 octobre 2008.

Enfin, l'équipe a accueilli Mlle Pascaline Brion qui a effectué un stage de 3 mois dans le cadre de son Master II Prévention, éducation et promotion de la santé à l'université de Tours. Mlle Lucie Delaby a également effectué un stage de trois mois dans le cadre de son Master I Statistique et recherche opérationnelle.

L'équipe, le 27 avril 2009



Céline Leclerc
Directrice



Guillaume Affringue
Informaticien



Amel Feltane
Secrétaire



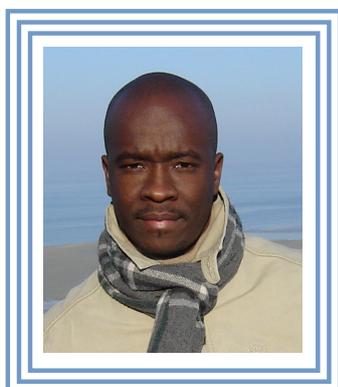
Clotilde Binet
Socio-démographe



Franck Géniteau
Géographe



Aurélie Eloy
Socio-démographe



Dr Hippolyte Kouadio
Assistant hospitalier



Hanan El Messaoudi
Stagiaire Master II

La vie associative

Au cours de l'année 2008, se sont tenus une assemblée générale, deux conseils d'administration et cinq bureaux, selon le calendrier suivant :

- 21 janvier : conseil d'administration
- 18 février : réunion de bureau
- 25 mars : conseil d'administration
- 10 avril : réunion de bureau
- 22 avril : assemblée générale
- 26 juin : réunion de bureau
- 16 septembre : réunion de bureau
- 4 novembre : réunion de bureau

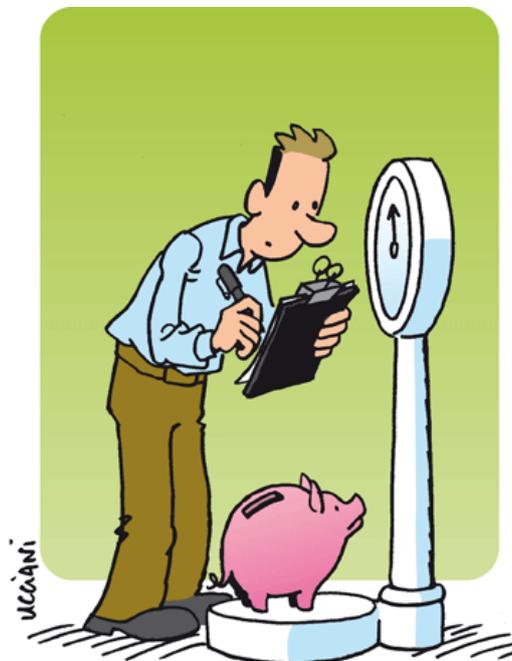
Le nombre d'adhérents, hors conseil d'administration, tend à diminuer au fil du temps. Il est vrai que peu de communication est fait en ce sens.

Le montant de la cotisation annuelle est de 10 euros minimum, montant invariant depuis 2002. Toute personne physique ou morale peut adhérer.

L'ORS Centre est membre de la Fnors (fédération nationale des ORS). Par ailleurs, depuis juin 2007, la directrice de l'ORS Centre a été élue au conseil d'administration de la Fnors pour deux ans. Le bureau de la Fnors étant ouvert au conseil d'administration, Céline Leclerc participe tous les mois aux réunions de bureau de la Fédération.

L'ORS Centre est également membre du conseil d'administration de Lig'air (association de surveillance de la qualité de l'air).

Le budget



Le rapport financier de l'année 2008

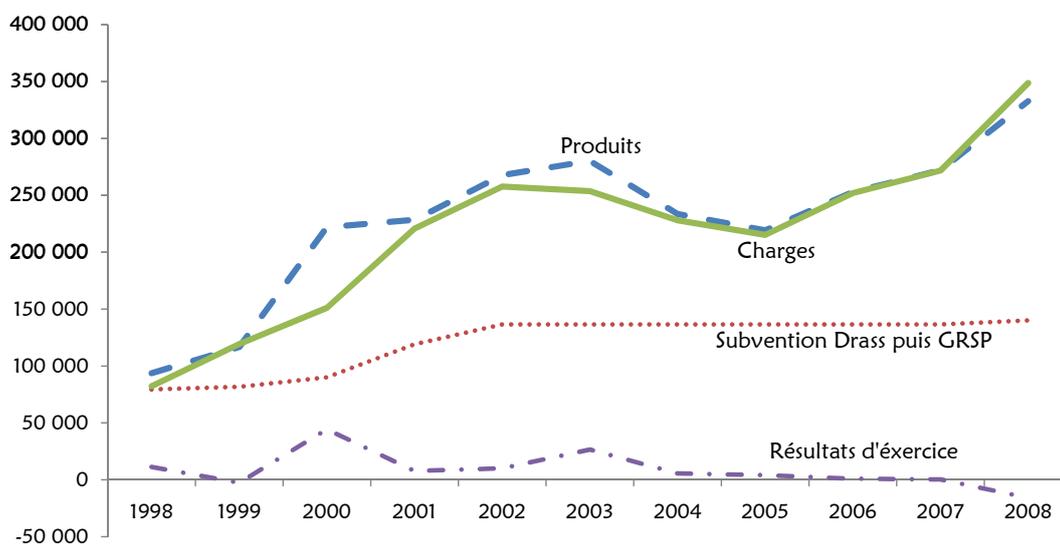
Le développement de l'ORS Centre se poursuit même si un ralentissement du budget avait été observé en 2004-2005. L'année 2008 observe le budget le plus important depuis la création de l'ORS en décembre 1997. En 10 ans, les produits ont augmenté de 255% passant de 93 000 € à 333 000 €.

Pour l'année 2008, les productions vendues ont nettement progressé, de plus d'un tiers comparativement à 2007. En conséquence, la part de la subvention GRSP représente 42% des produits, ce qui est nettement moindre que pour les précédentes années (environ 50%).

L'augmentation des productions vendues est en cohérence avec la gestion de l'équipe salariée : de 3 - 4 ETP depuis 2001, l'équipe est maintenant composée de 6 ETP en CDI en 2008 à laquelle il faut ajouter la collaboration avec le Simees de Tours (0,2 ETP).

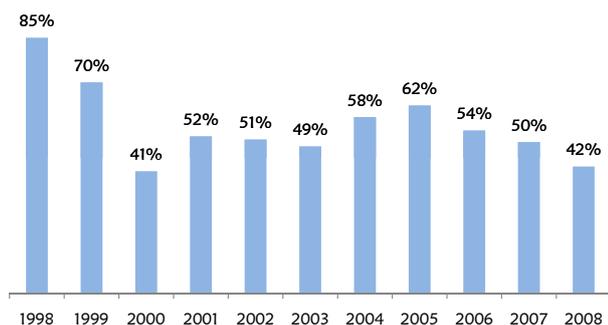
Cependant pour la première fois depuis 1999, le résultat financier présente un déficit de 15 800 €. Ce déficit est lié au mouvement de personnel de cette année : la prolongation d'un CDD de chargé d'études en raison des départs de salariés et les soldes de tout compte liés aux démissions. Cependant, cette situation ne met pas en difficulté l'association en raison des fonds de réserve suffisants pour répondre à ce déficit.

Evolution du budget de l'ORS Centre depuis 1998



	1998	2000	2002	2004	2006	2007	2008
Produits	93 606	221 968	267 599	233 468	252 851	271 941	332 672
dont subv	79 273	89 945	136 479	136 479	136 500	136 500	140 000
Charges	82 146	150 963	257 605	227 940	215 050	271 628	348 540
Résultats d'exercice	11 327	44 272	9 994	5 528	4 079	313	-15 869

Part de la subvention Drass puis GRSP dans le total des produits de l'ORS depuis 1998



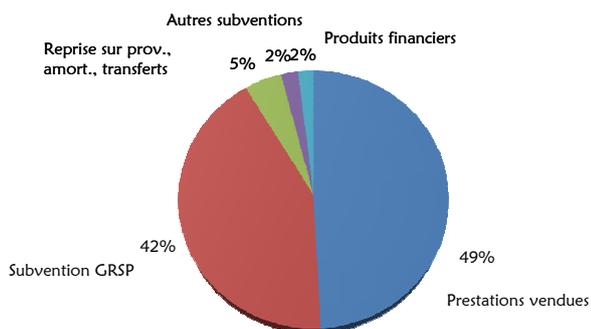
Les prestations vendues en euros en 2008



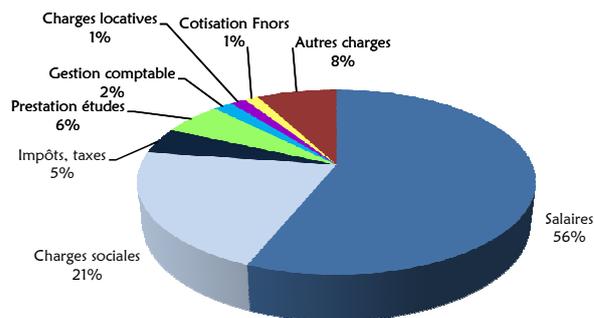
Les ventes de prestations, hors subventions, représentent cette année 49% des produits, soit 163 453€. Jamais autant de productions n'avaient été vendues antérieurement à 2008 et de nouveaux partenariats sont à noter. On relève donc la mise en place de l'animation de la plateforme sociale en région Centre, une nouvelle collaboration de travail avec la Direction régionale de l'emploi et de la formation professionnelle (Quinzaine maladies à caractère professionnel, tableau de bord santé, sécurité et condition de travail), des travaux d'évaluation (tabac en entreprise, Addicto 41, programme d'éducation à la santé de St Maur, le cri de l'oreille, projet «Intérimaire») et des travaux inhérents à la Fnors (SCORE-Santé, synthèse nationale «Maladies transmissibles», indicateurs loi Santé Publique). Enfin, les autres produits sont une subvention de la région au titre de Cap'Asso (pour une aide à l'embauche), les transferts de charges et les cotisations des adhérents.

Concernant les charges, comme pour les années précédentes, l'essentiel des charges correspond à la masse salariale avec 82% du budget. Comparativement au budget de 2006, le poids de la masse salariale est identique (81%), en revanche, le montant est nettement plus important passant de 203 876 € en 2006 à 284 544 € en 2008, hors prestations de service du CHRU, de l'Anpaa 45, l'ORS Haute-Normandie et Domicile services. Les autres charges significatives sont les frais inhérents à la réalisation de la maquette sur l'exploitation des CS8, les frais liés à la gestion comptable (Fiducial expertise, Fiducial informatique et KMPG), les charges locatives, les dotations aux amortissements et les fournitures administratives.

Répartition des produits en 2008



Répartition des charges en 2008



Bilan actif

	Brut	Amortissements et dépréciations	Net au 31/12/2008	Net au 31/12/2007
ACTIF IMMOBILISE				
Immobilisations incorporelles				
Frais d'établissement				
Frais de recherche et développement				
Concessions, brevets, licences, marques ...	3 281	3 281		1 658
Fonds Commercial (1)				
Autres				
Immobilisations incorporelles en cours				
Avances et acomptes				
Immobilisations corporelles				
Terrains				
Constructions				
Installations tech., matériels, outillage				
Autres	15 664	11 126	4 538	5 580
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	18 946	14 408	4 538	7 237
ACTIF CIRCULANT				
Stocks et en-cours				
Matières premières, approvisionnement				
En cours de production (biens et services)				
Produits intermédiaires et finis				
Marchandises				
Avances & acomptes versés sur commande				
Créances (3)				
Créances usagers et comptes rattachés				
Autres	51 759		51 759	25 460
Valeurs mobilières de placement	151 861		151 861	198 099
Instruments de trésorerie				
Disponibilités	97 877		97 877	5 833
Charges constatées d'avance (3)	730		730	825
Total	302 227		302 227	230 217
Frais d'émission d'emprunts à étaler				
Primes de remb. des obligations				
Ecarts de conversion actif				
TOTAL ACTIF	321 173	14 408	306 765	237 454
(1) Dont droit au bail				
(2) Dont à moins d'un an (brut)				
(3) Dont 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				

Bilan passif

	Net au 31/12/2008	Net au 31/12/2007
FONDS ASSOCIATIFS		
Fonds propres		
Fonds associatif sans droit de reprise	1 220	1 220
Ecarts de réévaluation sur des biens sans droit de reprise		
Réserves	143 458	143 145
Report à nouveau		
Résultat de l'exercice (excédent ou déficit)	-15 811	313
Autres fonds associatifs		
- Fonds associatif avec droit de reprise		
. apports		
. legs et donations avec contrepartie d'actifs immobilisés		
. résultats sous contrôle de tiers financeurs		
- Ecarts 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	128 867	144 678
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		
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	17 904	17 047
Dettes fiscales et sociales	60 476	53 104
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés		
Autres dettes		
Instruments de trésorerie		
Produits constatés d'avance (1)	99 518	22 625
Total	177 898	92 776
Ecarts de conversion passif		
TOTAL PASSIF	306 765	237 454
(1) Dont à plus d'un an		
(1) Dont à moins d'un an	177 898	92 776
(2) Dont concours bancaires courants et soldes créditeurs de banque		
(3) Dont emprunts participatifs		
ENGAGEMENTS DONNES		

Compte de résultat

	du	01/01/2008	%	du	01/01/2007	%	Var. en val. annuelle	
	au	31/12/2008	PE	au	31/12/2007	PE	en euros	%
PRODUITS D'EXPLOITATION (1) :								
Ventes de marchandises								
Production vendue (biens et services)		163 453	50,16		122 201	45,92	41 252	33,76
Montant net du chiffre d'affaires		163 453	50,16		122 201	45,92	41 252	33,76
Production stockée								
Production immobilisée								
Subventions d'exploitation		146 966	45,10		143 166	53,80	3 800	2,65
Reprises sur prov. et amort, transfert		15 332	4,70		400	0,15	14 932	#####
Cotisations		90	0,03		250	0,09	-160	-64,00
Autres produits		41	0,01		101	0,04	-60	-59,34
Total		325 882	100,00		266 118	100,00	59 765	22,46
CHARGES D'EXPLOITATION (2) :								
Achats de marchandises								
Variation des stocks								
Achats de matière pre. et autres approv.								
Variation des stocks								
Autres achats et charges externes		58 753	18,03		53 369	20,05	5 384	10,09
Impôts, taxes et versements assimilés		16 031	4,92		8 785	3,30	7 246	82,49
Salaires et traitements		195 052	59,85		147 608	55,47	47 444	32,14
Charges sociales		73 461	22,54		59 768	22,46	13 693	22,91
Dotations aux amort. et aux prov.								
- Sur immobilisations : dot. aux amort.		4 241	1,30		2 100	0,79	2 142	102,01
- 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		2	0,00				2	#####
Total		347 540	106,65		271 628	102,07	75 911	27,95
Résultat d'exploitation		-21 657	-6,65		-5 510	-2,07	-16 147	-293,02
Quote-parts de résultat sur op. en commun								
Excédent ou déficit transféré								
Déficit ou excédent transféré								
Produits financiers								
De participation		2 104	0,65		1 350	0,51	755	55,92
D'autres valeurs mobilières et créances								
Autres intérêts et produits assimilés		4 204	1,29		4 474	1,68	-270	-6,03
Reprises sur prov. et dép. transf de charges								
Différences positives de change								
Produits nets sur cessions de V.M.P								
Total		6 308	1,94		5 824	2,19	485	8,33
Charges financières								
Dotations aux amort. et dép. et prov.								
Intérêts et charges assimilées								
Différence négatives de change								
Charges nettes sur cession de V.M.P.								
Total								
Résultat financier		6 308	1,94		5 824	2,19	485	8,33
Y compris :								
Redevances de crédit-bail mobilier								
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.								

Compte de résultat (suite et fin)

	du 01/01/2008	%	du 01/01/2007	%	Var. en val. annuelle	
	au 31/12/2008	PE	au 31/12/2007	PE	en euros	%
RESULTAT COURANT	-15 349	-4,71	313	0,12	-15 662	#####
PRODUITS EXCEPTIONNELS :						
Sur opérations de gestion						
Sur opérations en capital	481	0,15			481	#####
Reprises prov.et dép. et transf de ch						
Total	481	0,15			481	#####
CHARGES EXCEPTIONNELLES :						
Sur opérations de gestion						
Sur opérations en capital	943	0,29			943	#####
Dotations aux amort.et dép. et aux prov						
Total	943	0,29			943	#####
RESULTAT EXCEPTIONNEL	-462	-0,14			-462	#####
Participation des salariés aux résultats						
Impôts sur les bénéfices						
SOLDE INTERMEDIAIRE	-15 811	-4,85	313	0,12	-16 124	#####
Report des ressources non utilisées des exercices antérieurs						
Engagements à réaliser sur des ressources affectées						
TOTAL DES PRODUITS	332 672		271 941		60 730	22,33
TOTAL DES CHARGES	348 483		271 628		76 855	28,29
EXCEDENT OU DEFICIT	-15 811	-4,85	313	0,12	-16 124	#####
EVALUATION DES CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES						
Produits						
Bénévolat						
Prestations en nature						
Dons en nature						
Total						
CHARGES						
Secours en nature						
Mise à disposition gratuite de biens et services						
Personnel bénévole						
Total						

Détail du compte de résultat - 1

	du	01/01/2008	%	du	01/01/2007	%	Var. en val. annuelle	
	au	31/12/2008	PE	au	31/12/2007	PE	en euros	%
PRODUITS D'EXPLOITATION (1) :								
Ventes de marchandises								
704201 FNORS		6 024	1,85				6 024	#####
704202 FNORS ADDICTO				5 100	1,92		-5 100	-100,00
704204 DRTEFP-TABLO DE BORD		11 133	3,42	3 906	1,47		7 227	185,02
704205 FNORS INDICATEUR SP		4 500	1,38	2 438	0,92		2 063	84,62
704206 ADDICTO41		11 739	3,60	6 258	2,35		5 481	87,58
704207 QMCP		15 772	4,84				15 772	#####
704208 GRSP INTERIMAIRE		7 000	2,15				7 000	#####
704220 SCORE SANTE		6 750	2,07	3 750	1,41		3 000	80,00
704221 CRI DE L'OREILLE		5 324	1,63				5 324	#####
704230 8EME JOUR/CONSEIL GENE		11 150	3,42	11 150	4,19			
704255 PLAN CANCER				8 161	3,07		-8 161	-100,00
704260 EVAL RESEAU TABAC		14 375	4,41				14 375	#####
704263 EVALUATION ST MAUR		6 154	1,89				6 154	#####
704264 EXPLOITATION OUTILS ST				2 630	0,99		-2 630	-100,00
704271 CUCS PREFECTURE LOIRE				12 240	4,60		-12 240	-100,00
704274 SPHERIA		11 400	3,50				11 400	#####
704276 ENQUETE SATURNISME				3 800	1,43		-3 800	-100,00
704329 DRASS DIAGNOSTIC ST		7 000	2,15				7 000	#####
704330 DRASS HEPATITE B				3 839	1,44		-3 839	-100,00
704331 DRASS GRIPPE				14 829	5,57		-14 829	-100,00
704332 DRASS PLATEFORME SOCI		45 000	13,81	30 000	11,27		15 000	50,00
704400 URML EVAL DIABETIQUE				6 695	2,52		-6 695	-100,00
704410 URML EPP				7 199	2,71		-7 199	-100,00
706100 DONS AUX OEUVRES		132	0,04	206	0,08		-73	-35,67
Production vendue (biens et services)		163 453	50,16	122 201	45,92		41 252	33,76
Montant net du chiffre d'affaires		163 453	50,16	122 201	45,92		41 252	33,76
Production stockée								
Production immobilisée								
740000 SUBVENTION ETAT		140 000	42,96	136 500	51,29		3 500	2,56
740100 C REGIONAL CAP ASSO		6 666	2,05	6 666	2,50			
740200 SUBVENTION LABORATOIR		300	0,09				300	#####
Subventions d'exploitation		146 966	45,10	143 166	53,80		3 800	2,65
791000 TRANSFERT CHARGES EXP		12 332	3,78	400	0,15		11 932	#####
791130 UNIFAF		3 000	0,92				3 000	#####
Reprises sur prov. et amort, transfer		15 332	4,70	400	0,15		14 932	#####
756000 COTISATIONS		90	0,03	250	0,09		-160	-64,00
Cotisations		90	0,03	250	0,09		-160	-64,00
758000 PRODUITS DE GESTION CO		1	0,00	1	0,00		0	25,97
758100 ADHESIONS ORS		40	0,01	100	0,04		-60	-60,00
Autres produits		41	0,01	101	0,04		-60	-59,34
Total		325 882	100,00	266 118	100,00		59 765	22,46
CHARGES D'EXPLOITATION (2) :								

Détail du compte de résultat - 2

	du	01/01/2008	%	du	01/01/2007	%	Var. en val. annuelle	
	au	31/12/2008	PE	au	31/12/2007	PE	en euros	%
Achats de marchandises								
Variation des stocks								
Achats de matière pre. et autres approv.								
Variation des stocks								
604105 PRESTATIONS ROUTEUR		2 559	0,79		1 208	0,45	1 352	111,90
605000 ACHATS DONNEES		753	0,23		996	0,37	-243	-24,39
605100 PRESTATION ETUDES		7 000	2,15				7 000	#####
606150 CARBURANT					473	0,18	-473	-100,00
606200 FOURN. NETTOYAG/ENTRE		187	0,06		343	0,13	-157	-45,62
606300 FOURN.ENTRET.PT EQUIP.		1 072	0,33		1 120	0,42	-48	-4,26
606400 FOURNITURES ADMINISTR.		1 645	0,50		3 224	1,21	-1 578	-48,96
606405 ABONNEMENT COPIES		1 269	0,39		708	0,27	561	79,24
606411 IMPRIMERIE PERINATALITE		1 178	0,36		1 396	0,52	-218	-15,59
606431 MAQUETTISTE PERINATALI		785	0,24		781	0,29	4	0,55
606450 MATERIELS INFORMATIQUE		218	0,07				218	#####
611000 TRAITANCE INFORM FIDUCI		2 634	0,81		2 318	0,87	317	13,66
613200 LOCATIONS IMMOBILIERES					798	0,30	-798	-100,00
613500 LOCATIONS MOBILIERES		268	0,08		49	0,02	219	446,49
613510 LOCATION VEHICULES					1 535	0,58	-1 535	-100,00
614000 CHARGES LOCATIVES		5 201	1,60		4 855	1,82	345	7,12
615600 MAINTENANCE		214	0,07		202	0,08	12	5,91
616000 PRIMES D'ASSURANCE		363	0,11		351	0,13	12	3,42
618100 DOCUMENTATION GENERA		664	0,20		755	0,28	-91	-12,08
618110 CARTOGRAPHIE		70	0,02				70	#####
618500 FRAIS COLLOQUES SEMINA		301	0,09				301	#####
618600 CONGRES DES ORS-MARS		3 100	0,95				3 100	#####
621000 PERSONNEL CHRU TOURS		6 420	1,97		8 371	3,15	-1 951	-23,31
621100 PERSONNEL DOMICILE SER		1 850	0,57		949	0,36	901	95,02
621200 ANPAA 45-PERSONNEL		6 409	1,97				6 409	#####
622600 AUTRES HONORAIRES FIDU		2 534	0,78		2 372	0,89	162	6,83
622610 HONORAIRES C A C		1 232	0,38		1 195	0,45	36	3,05
622620 HONORAIRES AVOCAT		84	0,03				84	#####
623000 PUBLICITE, PUBLICATIONS					2 029	0,76	-2 029	-100,00
623400 PERSONNEL CADHOC					1 665	0,63	-1 665	-100,00
625000 FRAIS DE REPAS		972	0,30		1 200	0,45	-228	-19,01
625100 DEPLACEMENTS		2 053	0,63		2 387	0,90	-333	-13,97
625101 DÉPLACEMENT-NUITEE		44	0,01				44	#####
625105 HEPATITE-FRAIS DES IDE					584	0,22	-584	-100,00
625110 DEPLACT CHRU					263	0,10	-263	-100,00
625700 RECEPTION CA AG BUREAU		656	0,20		1 314	0,49	-658	-50,10
626100 FRAIS POSTAUX		333	0,10		2 405	0,90	-2 073	-86,16
626105 FRAIS POSTAUX ROUTEUR		-41	-0,01		1 304	0,49	-1 345	-103,12
626200 FRAIS TELECOMMUNICAT.		897	0,28		859	0,32	38	4,42
626210 ABONNEMENT ADSL ORAN		395	0,12		398	0,15	-3	-0,77
626220 SITE INTERNET ORS		574	0,18		112	0,04	462	411,15
627000 SERVICES BANCAIRES		161	0,05		141	0,05	20	14,15
628100 COTISATION FNORS		4 700	1,44		4 700	1,77		
628200 ADHESION ADHERENTS					10	0,00	-10	-100,00
Autres achats et charges externes		58 753	18,03		53 369	20,05	5 384	10,09

Détail du compte de résultat - 3

	du	01/01/2008	%	du	01/01/2007	%	Var. en val. annuelle	
	au	31/12/2008	PE	au	31/12/2007	PE	en euros	%
631100 TAXE SUR LES SALAIRES		12 202	3,74		7 853	2,95	4 349	55,38
631300 FORMATION PROF CONTIN		3 829	1,17		932	0,35	2 897	310,99
Impôts, taxes et versements assimilés		16 031	4,92		8 785	3,30	7 246	82,49
641100 SALAIRES APPOIN.COMMIS		193 173	59,28		146 930	55,21	46 242	31,47
641200 CONGES PAYES		1 356	0,42		677	0,25	679	100,25
641400 INDEMNITE AVANTAGE		522	0,16				522	#####
Salaires et traitements		195 052	59,85		147 608	55,47	47 444	32,14
645100 COTISATION URSSAF		54 592	16,75		38 654	14,53	15 938	41,23
645200 COTISATIONS PREVOYANC		2 785	0,85		2 169	0,82	615	28,35
645300 COT.RETRAITE NON CADRE		10 332	3,17		1 421	0,53	8 911	627,25
645400 COT. RETRAITE CADRE		3 843	1,18		9 952	3,74	-6 109	-61,38
645500 COTISATION ASSEDIC		7 967	2,44		6 097	2,29	1 871	30,68
645600 CHARGES SUR CONGES PA		652	0,20		271	0,10	381	140,56
645800 COTISATIONS AUTR.ORG.S		-9 819	-3,01				-9 819	#####
647500 MEDECINE DU TRAVAIL		183	0,06		244	0,09	-61	-25,00
648000 INDEMNITES DE STAGE		2 926	0,90		959	0,36	1 967	205,07
Charges sociales		73 461	22,54		59 768	22,46	13 693	22,91
Dotations aux amort. et aux prov.								
681110 DOT.AMORT.IMMO.INCORP		1 658	0,51		631	0,24	1 026	162,51
681120 DOT.AMORT.IMMO.CORPOR		2 584	0,79		1 468	0,55	1 116	75,99
- Sur immobilisations : dot. aux amort.		4 241	1,30		2 100	0,79	2 142	102,01
- Sur immobilisations : dot. aux dép.								
- Sur actif circulant : dot. aux dép.								
- pour risques et charges : dot. aux prov								
Subventions accordées par l'association								
658000 CHARGES DIVERSES GESTI		2	0,00				2	#####
Autres charges		2	0,00				2	#####
Total		347 540	106,65		271 628	102,07	75 911	27,95
Résultat d'exploitation		-21 657	-6,65		-5 510	-2,07	-16 147	-293,02
Quote-parts de résultat sur op. en commun								
Excédent ou déficit transféré								
Déficit ou excédent transféré								
Produits financiers								
761000 PV CESSION SICAV		2 104	0,65		1 350	0,51	755	55,92
De participation		2 104	0,65		1 350	0,51	755	55,92
D'autres valeurs mobilières et créances								
764000 REVENUS DE VMP		4 204	1,29		4 474	1,68	-270	-6,03
Autres intérêts et produits assimilés		4 204	1,29		4 474	1,68	-270	-6,03
Reprises sur prov. et dép. transf de charges								
Différences positives de change								

Détail du compte de résultat - Fin

	du 01/01/2008	%	du 01/01/2007	%	Var. en val. annuelle	
	au 31/12/2008	PE	au 31/12/2007	PE	en euros	%
Produits nets sur cessions de V.M.P						
Total	6 308	1,94	5 824	2,19	485	8,33
Charges financières						
Dotations aux amort. et dép. et prov.						
Intérêts et charges assimilées						
Différence négatives de change						
Charges nettes sur cession de V.M.P.						
Total						
Résultat financier	6 308	1,94	5 824	2,19	485	8,33
Y compris :						
Redevances de crédit-bail mobilier						
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.						

Le budget prévisionnel de l'année 2009

Les productions vendues pour l'année 2009 devraient être supérieures de 11% comparativement à 2008 (181 992€ en 2009 contre 163 453€ en 2008). L'ensemble des études de l'année 2009 n'est pas encore déterminé, un poste d'«études diverses» de 16 439 € reste à prévoir. Ce poste représente 9% de l'ensemble des productions vendues. Il est à noter que 3 projets représentent à eux seuls 69% des prestations vendues. Il s'agit de l'animation de la plateforme sociale, de l'exploitation de deux quinzaines MCP et de l'évaluation du projet financé par le Haut commissariat des solidarités actives : Médecine du travail et intérimaires.

Concernant le financement GRSP, la subvention devrait être d'un montant identique à l'année précédente, soit 140 000€. Enfin, il reste un produit à recevoir correspondant au solde de l'aide à l'embauche Cap'Asso, financé par le conseil régional Centre depuis bientôt 3 ans.

Pour ce qui est des charges, le montant global devrait être un peu moins important que l'année précédente et devrait donc permettre de revenir à un équilibre du budget. Cette diminution est liée aux coûts de la masse salariale, tout en maintenant la même composition de l'équipe, soit 6 ETP. En 2008, des frais en lien avec les démissions (soldes de tout compte et CDD) avaient augmenté ce poste de dépenses. Pour ce qui est des autres charges, il n'est pas prévu d'évolutions majeures, comparativement à ces deux dernières années. On retrouve les postes liés au travail de collaboration avec le CHRU (Simees), au frais de gestion comptable, aux charges locatives, aux frais de la réalisation de la maquette des CS8...

	En euros
PRODUITS	
Productions vendues	181 992
Subventions et autres produits	144 644
Total	326 636
CHARGES	
Achats et charges externes	60 440
Salaires, traitements, charges sociales	250 083
Amortissements	4 000
Total	326 636
RESULTAT DE L'EXERCICE	0

	En euros
Productions vendues	181 992
ADAEL	9 539
8e jour Conseils généraux	11 150
Plateforme sociale	45 000
Maladies à caractère professionnel	38 693
Maladies à caractère professionnel (report)	3 000
Tableau de bord santé travail (report)	7 671
Évaluation projet intérimaires (report)	38 000
Score santé	1 500
Synthèse maladies transmissibles (report)	5 000
Pays vendômois (report)	6 000
Etudes diverses	16 439
Subventions et autres produits	144 644
GRSP	140 000
Cap'Asso	4 444
Adhésions	200
TOTAL PRODUITS	326 636
Charges externes	60 440
Achats données	1 760
Fournitures entretien petit équipement	1 500
Fournitures administratives	2 500
Maquettiste	6 500
Imprimeur	4 000
Commissaire aux comptes	1 400
Charges locatives	5 500
Entretien réparation matériel	300
Prime d'assurance	400
Documentation générale	800
Frais colloques et séminaires	2 500
Autres frais de formation	1 000
Expert comptable	3 900
Prestation de services (CHU)	10 000
Personnel Domicile service	2 000
Déplacements, missions	4 000
Réception	1 500
Frais postaux	4 000
Frais de télécommunication	1 400
Abonnement internet	600
Services bancaires	180
Cotisation FNORS	4 700
Charges	266 196
Impôts taxes	12 113
Salaires et charges sociales	250 083
Dotations aux amortissements	4 000
TOTAL CHARGES	326 636

Les travaux



www.editionscec.com/etudesefficaces

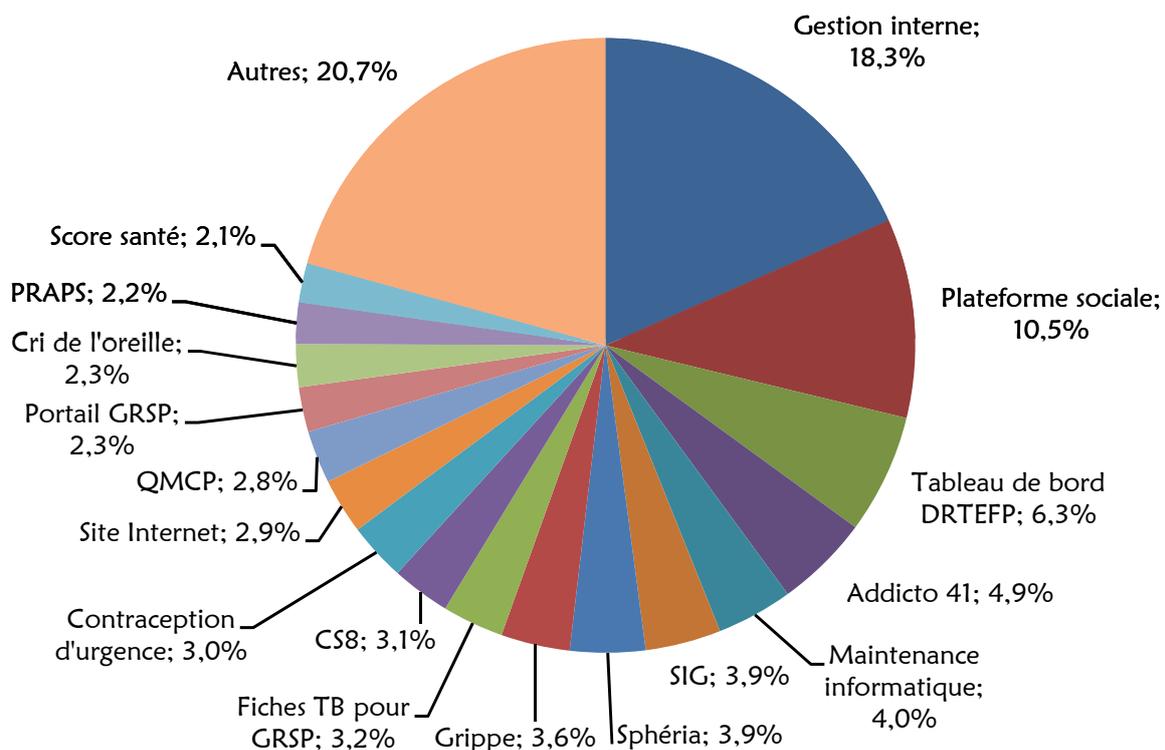
Temps de travail : analyse synthétique

Depuis 4 années maintenant le temps consacré à la gestion de l'association diminue. Il représentait 36% du temps de travail en 2005 contre 18% en 2008. Cette diminution de la proportion du temps gestion est liée à l'accroissement du temps consacré aux études. Le terme «gestion» est employé au sens large puisqu'il comprend l'organisation des réunions de bureau, des conseils d'administration, de l'assemblée générale, des réunions d'équipe, la gestion du personnel, le temps de coordination de l'équipe, le secrétariat, la comptabilité.

Excepté le temps consacré à la formation (lecture, colloque, formation technique, congrès...), le solde du temps de l'équipe est bien sûr consacré aux études :

Du fait de la construction complète de l'outil de la plateforme sociale, nommé «Observation sociale en région Centre» et la finalisation des rendez-vous auprès de tous les partenaires potentiels de cette plateforme, le temps consacré à ce projet correspond à 10% du temps de toute l'équipe sur l'année. Deuxième projet nécessitant beaucoup de temps de travail est le tableau de bord santé, sécurité et condition de travail. Viennent ensuite l'évaluation du réseau Addicto 41, la création du SIG, le travail d'étude pour Sphéria, l'évaluation du taux de couverture de la vaccination antigrippale parmi les professionnels des EHPA, les fiches de tableau de bord, l'exploitation des CS8, les difficultés d'accès à la contraception d'urgence, la première quinzaine de recueil des maladies à caractère professionnel...

Répartition du temps de travail des salariés de l'ORS en 2008



Observation sociale en région Centre

Les besoins de connaissance et d'observation partagée, à l'échelon infrarégional, se sont véritablement renforcés ces dernières années pour les instances décisionnelles locales, en lien notamment avec les derniers textes de loi refondant les institutions. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale pose l'exigence de la qualité dans les réponses aux besoins des populations les plus en difficulté, rappelle qu'une politique sociale adaptée suppose une lecture construite des besoins sociaux, tant quantitative que qualitative, tant actuelle que prospective et insiste sur la création de systèmes d'information, entre organismes, devant à terme être compatibles. La loi de décentralisation du 13 août 2004, relatives aux libertés et responsabilités locales a induit un renforcement en besoin de connaissance et d'observation partagée de la part des instances de décisions régionales, départementales et locales. Dans ce cadre, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales du Centre a initié une démarche partenariale qui consiste en la création d'un dispositif pour aboutir à une observation partagée, formalisée et pérenne. Le but poursuivi vise à mettre à la disposition des décideurs des informations objectives, fiables et nécessaires à la conduite des politiques sociales et médico-sociales. Il s'agit notamment de :

- recenser, mettre à disposition et valoriser les informations disponibles (données statistiques, études...)
- repérer et analyser les besoins en matière d'observation, d'études et de diagnostic,
- programmer et suivre des travaux d'études,
- d'organiser la diffusion et l'échange avec les partenaires, notamment avec les décideurs.

En juin 2007, l'Observatoire régional de santé a été missionné en tant qu'opérateur pour la mise en oeuvre de cette plateforme.

Pour participer à cette démarche, des partenaires ont été identifiés : des collectivités territoriales (conseil régional, conseils généraux), des Organismes de protection sociale, notamment les Caf, l'Urssaf et des services de l'Etat. Depuis octobre 2007 jusque fin 2008, l'ORS Centre a réalisé des entretiens auprès de l'ensemble des partenaires et d'autres structures ayant initié une démarche d'observation afin de s'inscrire en complémentarité. Ces entretiens ont permis d'appréhender les besoins et les attentes de chacun en matière d'observation sociale. En 2007, parmi les champs d'investigation proposés : enfance et famille, inclusion sociale, accueil des étrangers et intégration, handicap et dépendance, le deuxième thème est ressorti comme prioritaire pour les partenaires interrogés. En outre, tous étaient unanimes pour réaliser une base de données interrogeable via internet avec un accès limité aux partenaires du dispositif. C'est pourquoi, en 2008, un outil internet a été créé et une réflexion a été menée sur les indicateurs mesurant la précarité.

La construction de l'outil internet

Depuis la fin de l'année 2007, l'ORS Centre développe un outil internet permettant le partage des informations détenues par chacun des partenaires. L'outil est composé de 3 rubriques :

- la présentation des partenaires :
Chacun des partenaires est auditionné. A l'issue de l'entretien, une fiche descriptive pour chacun d'entre eux est proposée. Cette fiche présente les compétences réglementaires de la structure, la nature des informations qu'elle détient (données, indicateurs, publications) et ses attentes vis-à-vis du dispositif.

- la mise en ligne d'études :
Les partenaires peuvent alimenter le site internet de leurs différentes publications relatives à l'observation sociale. Pour une meilleure lisibilité des études intégrées, un moteur de recherche a été créé avec des sélections possibles selon : les années, les auteurs, les thématiques...

- une base de données interrogeable :
Une des priorités dans la construction de la base de données est sa complémentarité avec les autres bases existantes (score-santé, Base de données sociales localisées (BDSL)...). Cette base est alimentée par l'ensemble des données et indicateurs pré-calculés transmis par les partenaires de système d'observation. La construction de cet outil prévoit la possibilité de choisir :
- sa zone géographique (du canton à la région),
- son année d'exploitation,
- la présentation de son extraction (tableaux, cartes, graphiques,...)

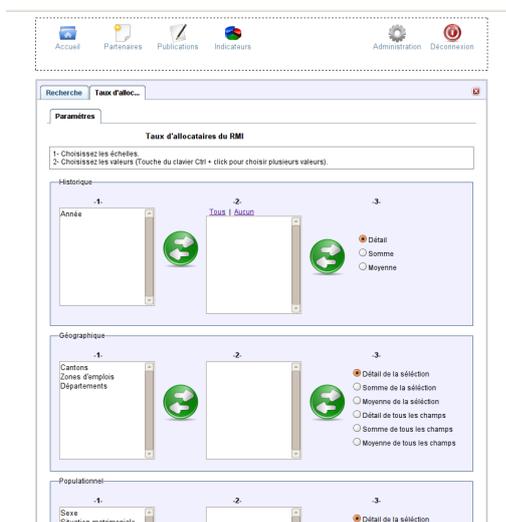


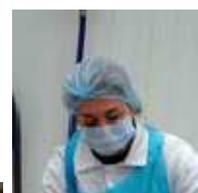
Tableau de bord «santé, sécurité et condition de travail»

La Direction régionale de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle (DRTEFP) a confié à l'Observatoire régional de la santé du Centre la réalisation d'un tableau de bord sur les risques professionnels. Un groupe régional de travail, composé de différents intervenants de la prévention des risques professionnels (DRTEFP, Cram, MSA, Agefiph), a mis en commun ses informations et ses problématiques.

Ce premier tableau de bord a pour principal objectif de donner une plus grande visibilité sociale des conditions de travail et de la santé au travail dans la région. Il pose des éléments de diagnostic sur les conditions de santé, de sécurité et de travail des salariés en région Centre. La compilation d'informations issues de différentes institutions (Cram, MSA) permet d'en donner une image plus précise et synthétique. Les données concernent les salariés du régime général et agricole de la sécurité sociale. Des secteurs importants comme les collectivités territoriales, le secteur public et hospitalier, les artisans n'ont pas été pris en compte.

Différentes thématiques sur la santé, la sécurité et les conditions de travail en région Centre sont passées en revue et déclinées en sept chapitres qui présentent les expositions actuelles des salariés aux risques professionnels.

La présentation des caractéristiques socioéconomiques de la région (chapitre 1), marquées par l'importance du secteur industriel (pharmacie et cosmétique, équipementiers automobiles), du BTP et du recours à l'intérim et de l'évolution générale des conditions de travail pour l'ensemble des salariés (chapitre 2) permet de contextualiser les évolutions observées dans la région.



Il ressort ainsi que la fréquence des accidents du travail (chapitre 3) est plus élevée en région Centre qu'au niveau national. Ces accidents sont principalement liés à des chutes et des manutentions. Les maladies professionnelles indemnisées (chapitre 4), que ce soit au titre du régime général ou au titre du régime agricole, sont principalement des troubles musculo-squelettiques. Les autres maladies majoritairement indemnisées sont les maladies liées à l'amiante et les surdités professionnelles. Au-delà des tendances générales des accidents du travail et des maladies professionnelles, les salariés sont particulièrement exposés à ces risques dans les secteurs du BTP et de l'industrie. La fréquence des accidents du travail avec arrêt et de ceux impliquant des incapacités permanentes partielles y est très élevée de même que l'incidence des maladies professionnelles y est également forte, souvent plus qu'au niveau national. Les intérimaires sont une population pour laquelle les conditions d'informations sur les risques professionnels, de prévention des risques et de suivi médical au travail sont difficiles. La fréquence des AT au sein de cette population est deux fois plus élevée que la moyenne.

Les trois derniers chapitres abordent les questions de la souffrance mentale au travail (chapitre 5), de la gestion des âges dans les entreprises (chapitre 6) et de l'emploi des travailleurs handicapés (chapitre 7) en région Centre.

Ce premier tableau de bord en santé au travail en région Centre a permis de mettre en évidence un certain nombre d'éléments en termes de conditions de travail et de santé des salariés au regard des spécificités de l'emploi dans la région : importance des industries pharmaceutiques et automobiles, du BTP, de l'emploi intérimaire. Un des premiers objectifs a donc été de souligner les tendances générales observées et les tendances par secteurs d'activité.

Toutefois, en dépit de la richesse des informations disponibles dans les bases de données de la Cram et de la MSA, certaines analyses d'exposition au risque sur les accidents du travail (AT) et les maladies professionnelles (MP) n'ont pas pu être menées.

Les missions principales du Rézo Addictions 41 sont la coordination pluridisciplinaire de la prise en charge, l'expertise médicale et l'évaluation ainsi que la formation. Le Rézo Addictions 41 compte, au moment de l'étude, 106 patients inclus dans le dispositif. La dépendance la plus représentée reste l'alcool, puis les poly consommations et les drogues en général.

Le réseau compte 5 commissions thématiques et 4 commissions de terrain. Il comprend également de nombreux professionnels de disciplines différentes (champ médical, psychologique, et social), formant ainsi un maillage pluridisciplinaire autour du patient addictif. A côté de ce réseau interne de professionnels, le réseau a monté de nombreuses collaborations avec divers partenaires (institutions, établissements de santé, associations, mouvements néphalistes, etc.).

Dans le cadre d'une évaluation de ses activités, l'ORS Centre a été mandaté en 2008 par le Rézo pour réaliser ce bilan. Ce travail porte sur quatre axes essentiels :

- le fonctionnement des commissions et le travail mené depuis leur création
- le maillage formé avec les différents partenaires sur le territoire et la satisfaction de ces partenaires vis-à-vis de leur collaboration avec le réseau
- l'impact du réseau sur la pratique des professionnels
- la satisfaction des patients usagers du réseau

La mission globale de l'ORS Centre est donc d'évaluer la portée du réseau, ses résultats et son impact sur le territoire.

Pour mener à bien ce projet, deux orientations méthodologiques ont été choisies :

- tout d'abord une analyse documentaire (comptes rendus des différentes commissions, protocoles mis en place, documents de communication, plans de formation, rapport d'activité 2007 ainsi que l'évaluation réalisée en avril 2007 par l'ORS Centre afin de pouvoir comparer et mesurer l'avancement des travaux entrepris) afin de mieux rendre compte du travail mené par le Rézo,
- Dans un second temps, une approche qualitative a été réalisée grâce à la réalisation d'une série d'entretiens avec différents acteurs du réseau afin de rendre compte des ressentis, des perceptions et des représentations des interrogés sur des points précis. Des entretiens semi-directifs ont donc été effectués avec comme trame plusieurs grands thèmes : la connaissance du réseau, l'évolution du fonctionnement et de l'organisation du réseau, les actions mises en place, l'évaluation des moyens de suivi mis en place par le réseau, l'évaluation des pratiques des professionnels, l'évaluation de la prise en charge, etc.

Le réseau apporte donc un soutien médical par l'expertise et la prise en charge qu'il offre, un soutien social qui relie les professionnels entre eux, ainsi qu'un soutien moral pour les patients. L'interdisciplinarité du réseau intervient grâce aux divers domaines dans lesquels interviennent partenaires et professionnels : éducatif, social, médical, pénitencier, judiciaire, psychologique, administratif, etc. La complémentarité de ces domaines est une condition de l'amélioration de la prise en charge des addictions dans le sens où le réseau est en capacité d'intervenir auprès du patient tout au long de sa prise en charge, du dépistage à la réinsertion sociale du malade.

Cette étude montre ainsi que les actions menées par le Rézo Addictions 41 sont d'une part satisfaisantes pour près de l'ensemble des patients et professionnels interrogés, et d'autre part qu'il en découle des impacts non négligeables : la crédibilité et la solidité de la structure du Rézo Addictions 41 dans la prise en charge des addictions ; des outils de suivi et des formations efficaces et pertinents ; l'amélioration de la prise en charge des addictions et l'implication des professionnels et partenaires à soutenir et encadrer les patients dans leurs soins.

Néanmoins, ce rapport permet également de mettre en évidence quelques points à améliorer. Alors qu'en 2007, le rapport d'évaluation montrait le besoin de renouer le contact avec les professionnels et partenaires perdus de vue, d'instaurer des procédures de prises en charge afin d'harmoniser les pratiques et enfin de mettre en place des évaluations de formations, aujourd'hui, les attentes de l'ensemble des interrogés ont évolué. Elles sont les suivantes : intensifier la communication professionnels-patients mais aussi réseau-professionnels pour garantir l'implication de chaque acteur pour une meilleure prise en charge ; corriger l'inégalité géographique d'accès aux soins en instaurant des structures relais en zones rurales ou bien des équipes mobiles pour intervenir auprès des patients handicapés, isolés ou sans moyens de locomotion ; sensibiliser et mettre en place un plan de prévention des addictions.

Mise en place d'un système de cartographie interactive

Pour une durée de 3 ans, dans le cadre du dispositif Cap'Asso, le conseil régional du Centre a accordé à l'ORS une subvention pour le recrutement d'un chargé d'études en CDI. L'ouverture du poste devait s'accompagner d'un projet. L'ORS a donc proposé la construction d'un site de cartographie interactive, à destination du grand public. Ce projet s'inscrit dans le cadre des missions de l'ORS d'amélioration de l'information sur l'état de santé de la population et l'offre de soins. Le projet résultant s'articule autour de 3 composants :

- Une base de données spatiale permettant un stockage centralisé des indicateurs et des zones géographiques associées
 - Une annexe au site internet proposant le service de cartographie interactive, et utilisant les données de la base. Ce service sera ouvert au public et contiendra un ensemble d'indicateurs aux échelles suivantes : région, départements et zone d'emplois
 - Un logiciel indépendant du site, fonctionnant sur un PC quel qu'il soit, autorisant un accès complet aux données, aux zones géographiques et aux fonctionnalités d'édition de carte.
- Ce 3e composant sera réservé à l'équipe de l'ORS, facilitant ainsi l'édition de carte rapidement et sans assistance et à des échelons plus fins, dans la mesure du possible.

Choix de l'indicateur

Cartographie de l'indicateur

Définition de l'indicateur

Etude sur la pertinence d'implantation d'un service d'HAD

Dans le Loiret, dans la continuité des zones de Pithiviers, Montargis et Gien, il est prévu de développer l'hospitalisation à domicile. Sphéria Val de France, fort de son expérience en Eure-et-Loir, propose des projets de création de services d'HAD dans l'agglomération orléanaise.

Pendant l'année 2008, l'ORS a eu pour mission de mettre en évidence les caractéristiques sanitaires, d'offres de soins et démographiques de cette zone. Les différents indicateurs ont été calculés à l'échelle fine du canton et des zones d'emploi puis ont fait l'objet d'une représentation cartographique. Ces zones sont décrites comparativement à l'ensemble des autres cantons, des zones d'emploi, du département, de la région.

Pour la démographie, une demande auprès de l'Insee a permis d'obtenir une estimation de population pour les années à venir et de mesurer le taux d'accroissement annuel, notamment celui des personnes âgées de 75 ans et plus. Les autres indicateurs cartographiés sont : la densité de population, le taux de fécondité, le nombre de personnes âgées et le taux de personnes âgées ne vivant pas seules. Les dernières données disponibles pour ces indicateurs sont celles du recensement général de la population de 1999.

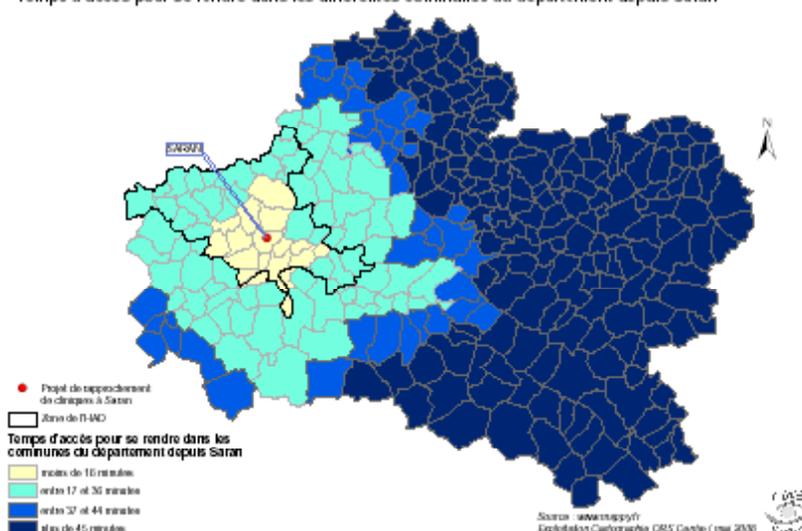
Sont également cartographiés :

- les temps d'accès pour se rendre des différentes communes à l'hôpital,
- les densités médicales des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédiatres, sages-femmes) et l'offre en officines,
- Les données de périnatalité (pour le Loiret) : femmes hospitalisées pendant la grossesse, enfants prématurés ou de faible poids de naissance, naissances prématurées, femmes mal ou peu suivies, taux de fuites des naissances hors des départements selon le canton de domiciliation,
- Les données de mortalité : mortalité générale, prématurée, par maladie de l'appareil circulatoire, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, accidents de la circulation, maladies de l'appareil circulatoire.

Pour compléter cette étude, une approche de la morbidité a été possible grâce à l'exploitation des données du PMSI. Pour chaque grande catégorie de maladie (médecine, chirurgie, obstétrique) a été calculée et cartographiée. Ainsi, ont pu se dessiner des bassins d'attraction des patients pour chaque spécialité autour de l'agglomération orléanaise.

Temps d'accès pour se rendre dans les différentes communes au départ du projet de rapprochement de cliniques de Saran

Temps d'accès pour se rendre dans les différentes communes du département depuis Saran



Vaccination contre la grippe

C'est une des recommandations du calendrier vaccinal 2008 : la vaccination contre la grippe doit être effectuée tous les ans pour les personnes fragilisées (souffrant de diabète et de maladies chroniques) et âgées de 65 ans et plus. Il faut savoir que 80% des décès dus à la grippe touchent des personnes de plus de 65 ans.

Outre une enquête sur la couverture vaccinale des plus de 65 ans en région Centre, la Drass a également sollicité l'ORS pour mener une enquête auprès du personnel des établissements qui accueillent des personnes âgées. Parce que se vacciner, c'est aussi protéger l'entourage...

La vaccination des 65 ans ou plus

Le taux de couverture vaccinale contre la grippe est estimé à partir des assurés et ayant droit des 3 principaux régimes d'assurance maladie. La population cible est âgée de 65 ans ou plus et doit avoir consommé au moins une fois entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007 un soin médical ou paramédical. Dans le Centre, 63,5 % des 65 ans ou plus sont vaccinés, ce qui est inférieur à l'objectif d'amélioration de la couverture vaccinale retenu par la loi de santé publique qui est d'atteindre une couverture d'au moins 75 % en 2008. La couverture est maximale de 80 à 89 ans avec plus de 70 % de vaccinés. Avant 80 ans, le taux de vaccination est plus faible et particulièrement pour les 65-69 ans : 53,1 %. Ceci n'est pas propre à la région Centre, en effet, au niveau national, seuls 53% des personnes rattachées au régime général ont recours au vaccin contre la grippe (France Cnamts, hiver 2005-2006).

La vaccination des professionnels

La vaccination contre la grippe des professionnels de santé n'est pas obligatoire, elle est recommandée. Pourtant la littérature recense chaque année des cas d'épidémies grippales au sein de collectivités de personnes âgées. De nombreux articles scientifiques ont montré une forte corrélation entre le taux de vaccination des professionnels de santé et le taux de mortalité des patients par syndrome grippal. Or, rares sont les études en France qui s'intéressent spécifiquement à la vaccination antigrippale des personnels travaillant au sein d'établissements pour personnes âgées. L'étude ici s'appuie sur une enquête par questionnaire auprès des professionnels et par entretiens menés auprès de directeurs des EHPA de la région Centre.

Parmi les professionnels répondant à notre enquête, la couverture vaccinale des personnes travaillant dans les EHPA est de 36,8 % en 2006-2007, soit une couverture très légèrement inférieure à celle observée en région PACA au cours de la même saison hivernale (40 %).

L'enquête en région Centre, met en évidence que le taux de couverture vaccinale est moins élevée dans les USLD alors qu'elles sont les plus médicalisées tandis que le personnel des maisons de retraite est mieux couvert (40 %) que la moyenne.

La couverture vaccinale varie également selon le statut de l'établissement. Ainsi, plus de la moitié des salariés des établissements privés lucratifs sont vaccinés contre la grippe (53 %), constat également observé en région PACA. Concernant les facteurs démographiques et professionnels, la couverture vaccinale augmente avec l'âge.

Certains facteurs sont déterminants dans la décision de se faire vacciner ou non contre la grippe : avoir reçu la proposition de se faire vacciner dans le cadre du travail, avoir été vacciné contre la grippe les années précédentes, avoir eu la possibilité de se faire vacciner pendant son temps de travail et avoir déjà contracté la grippe. La principale motivation des professionnels qui se vaccinent est avant tout une volonté de se protéger soi-même contre la grippe. Elle dénote que l'objectif de la vaccination antigrippale des travailleurs des collectivités recevant des personnes âgées reste mal compris. Parmi les non-vaccinés, les raisons qui les poussent au refus sont le manque d'envie, le fait de se sentir en bonne santé, un problème de disponibilité au moment de la campagne, la crainte des effets indésirables du vaccin et les doutes sur l'efficacité du vaccin. Ces freins sont par ailleurs, généralement bien perçus par les dirigeants de ces établissements.

Pour favoriser la vaccination contre la grippe, les entretiens avec les directeurs mettent en évidence que la mise en place d'une offre de vaccination doit être gratuite et sur le lieu de travail. Par ailleurs, ils mobilisent généralement leurs personnels. Il s'agit par exemple, de convaincre les cadres et les délégués du personnel de se faire vacciner les premiers. Le rôle du médecin du travail ou du médecin coordinateur est également important : il apporte un soutien au chef d'établissement, une caution médicale et scientifique, une légitimité à la vaccination puisqu'il est celui qui la pratique. La plupart des établissements visités pour cette enquête (une trentaine) propose la vaccination à leurs salariés et prend totalement en charge les frais qui y sont associés. En revanche, la manière d'organiser la campagne de vaccination et le personnel ciblé par ces campagnes varient véritablement selon les établissements.

Fiches de tableau de bord

A la demande de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass), l'ORS met à jour les fiches tableau de bord de la région Centre.

Les tableaux de bord (réalisés depuis les années 90) sont des documents de référence présentant, de façon homogène sur l'ensemble du territoire, les principales données disponibles sur l'état de santé et l'offre de soins.

Ces tableaux de bord ont été conçus pour répondre entre autres à trois objectifs fondamentaux :

- pouvoir comparer des données de différents échelons en présentant des données standardisées,
- concevoir un document facilement exploitable et actualisable, d'où cette présentation sous forme de fiche de 4 pages,
- permettre à des personnes non spécialistes en santé publique (décideurs, élus, ...) de détenir des informations pertinentes sur l'état sanitaire et social de la population.

Chaque fiche se compose de la façon suivante : un contexte national (avec si possible des comparaisons européennes), des faits marquants (rappelant les chiffres essentiels de la région), des indicateurs sur la situation actuelle régionale, des tendances évolutives et des comparaisons infrarégionales.

Ces fiches sont téléchargeables sur le site internet de l'ORS : <http://www.orscentre.org>.

En 2008, 4 fiches ont été mises à jour :

- La psychiatrie dans les établissements de santé
- La mortalité prématurée
- Le cancer côlo-rectal
- le cancer de l'utérus

LA PSYCHIATRIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ en région Centre

CONTEXTE NATIONAL

Les troubles mentaux constituent un problème de santé majeur tant par les soins qu'ils nécessitent (consultations, hospitalisations) que par les incapacités et les handicaps qu'ils génèrent. Depuis les années soixante, la politique de santé mentale a profondément évolué en France. Les changements portent aussi bien sur le statut du patient que sur l'organisation du système de soins.

Aujourd'hui, l'offre de soins en santé mentale repose sur un dispositif très diversifié, tant au niveau des établissements publics et privés que des professionnels.

La politique de réinsertion, mise en place dans les années soixante, allouait chaque département en secteurs géo-démographiques à l'instar des équipes de soins psychiatriques associées pour tous les patients, la protection, la continuité des soins, à tous les stades de la pathologie (prévention, soins, réinsertion) dans une vision globale de la prise en charge.

En 2003, la France était dotée en 17 années de psychiatrie générale (pour les adultes), qui observent en moyenne un chiffre de 15 000 hospitalisations par an et plus de 20 ans, et 225 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui observent en moyenne 47 000 patients et adolescents.

À ce titre, dans les dernières années, la psychiatrie hospitalière (secteur et non sectorisée) a été marquée par une diminution de ses capacités. De 129 364 lits en place en 1985 à 87 809 lits en place en 2004 en hospitalisations à temps complet en partie. Dans le même temps, l'hospitalisation partielle s'est considérablement développée, passant de 15 117 places en 1985 à 27 968 en 2004, soit elle représente 32 % des capacités de la psychiatrie hospitalière.

SITUATION EN RÉGION CENTRE - FAITS MARQUANTS

- Une progression de l'hospitalisation partielle qui représente 33% des places et un taux d'équipement identique à celui de la moyenne française
- Des centres hospitaliers spécialisés qui représentent environ 50% de la capacité en hospitalisation partielle. Un nombre de journées d'hospitalisation qui diminue dans le secteur public et reste constant dans le secteur privé.
- Une offre d'hospitalisation sans comparaison supérieure à la moyenne française.

33% des places en hospitalisation partielle

En 2004, la région Centre est dotée d'une capacité globale d'hospitalisation en psychiatrie publique et privée de 1 424 lits en places, soit un taux de 1 lit pour 1 000 habitants (idéalement un taux de 1,5). Cette capacité est composée pour 47% de lits et places d'hospitalisation complète et pour 33% de lits et places d'hospitalisation partielle (lit pour ou sans lit).

La part donnée à l'hospitalisation partielle est en augmentation tant qu'il s'agit d'adultes (23,5% en 1993 à 31% en 2004) que de la part nationale. Ceci traduit une volonté d'offrir la psychiatrie sous le champ social, afin de favoriser l'insertion de malade et la proximité des soins.

En région Centre, la proportion de lits d'hospitalisation partielle est légèrement supérieure à la moyenne nationale (33% contre 29% en France) et inférieure à la moyenne de la Haute-Normandie (39%) et de la Lorraine (42%).

Répartition en pourcentage des lits en places d'hospitalisation complète et partielle en psychiatrie publique et privée en 2004

Mode	Normandie Lorraine	Région Centre France
Hospitalisation complète	67%	67%
Hospitalisation partielle	33%	33%

1 hospitalisation complète équivaut à 1 place d'hospitalisation partielle

La Haute-Normandie présente le plus élevé en hospitalisation partielle. La région Centre présente le plus faible en hospitalisation partielle.

LA PSYCHIATRIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Capacité des établissements et services de psychiatrie publique et privée en région Centre en 1995, 2000 et 2004

Année	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle	Total
1995	129 364	15 117	144 481
2000	100 000	20 000	120 000
2004	87 809	27 968	115 777

Plus de 65% des places hors centres hospitaliers spécialisés

Entre 1995 et 2004, les 144 481 lits d'hospitalisation complète ont été répartis en région Centre (plus de 112 depuis 1993) à titre d'indicateur de référence que dans le secteur public ou faisant fonction, qui passe de 2 286 à 1 596 lits en 10 ans, alors que dans le privé, on note une légère augmentation du nombre de lits.

L'augmentation postérieure des centres de places d'hospitalisation partielle est compensée par la diminution des lits et a conduit ainsi à une diminution de la capacité.

Le nombre de places dans les centres hospitaliers spécialisés a diminué, ainsi que dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux psychiatriques privés ou faisant fonction de public. Les centres spécialisés sont moins représentés dans la région Centre qu'à l'échelle nationale (respectivement 31% contre 47%).

Les établissements privés ne participant pas au secteur public ont une capacité 4,5 fois plus importante que les hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de public (respectivement 18% contre 4%).

Un taux d'équipement identique à la moyenne nationale

Le taux d'équipement en psychiatrie générale est identique à la moyenne française et inférieure de la fourchette de l'indice national.

En psychiatrie infanto-juvénile, 89% de la capacité d'équipement, identique à la moyenne française, sont dans la fourchette de l'indice national.

Secteur public : journées réalisées en diminution

Le nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie publique a diminué de 19% en 2004 par rapport à 2000 et 2005 dans la région Centre. Toutefois, ce indicateur est à manier avec précaution car le nombre de consultations peut varier d'un établissement à un autre.

Le nombre de journées réalisées est en diminution dans le secteur public alors que celui-ci est stable dans le privé.

Comparaison d'indicateurs

Capacité publique et privée

- Centre public et privé (total)
- Centre public et privé (hors établissements spécialisés)
- Centre public et privé (hors établissements spécialisés et hors établissements de soins de jour)
- Centre public et privé (hors établissements spécialisés et hors établissements de soins de jour et hors établissements de soins de jour)

Capacité publique et privée en psychiatrie

- Centre public et privé (total)
- Centre public et privé (hors établissements spécialisés)
- Centre public et privé (hors établissements spécialisés et hors établissements de soins de jour)
- Centre public et privé (hors établissements spécialisés et hors établissements de soins de jour et hors établissements de soins de jour)

LES CANCERS DU COLON ET DU RECTUM en région Centre

CONTEXTE NATIONAL

Selon les estimations établies par le Réseau français des registres des cancers (France), le nombre de nouveaux cas annuels de cancer de côlon-rectum diagnostiqués en France est passé de 38 000 en 1993 à plus de 37 000 pour l'année 2003 (19 000 chez les hommes et 17 500 chez les femmes). Pendant cette période, le taux d'incidence a considérablement augmenté et a atteint 18,2 à 16,9 pour 100 000 chez les hommes et de 16,2 à 16,8 pour 100 000 chez les femmes. Le taux de cancer colorectal est stable en France depuis 1990. Le cancer colorectal se situe au 10ème rang des cancers dans la population en se situant dans le haut de la hiérarchie des cancers. Ce cancer est en augmentation en 2004 de plus de 10 000 à 13 000 chez les hommes et 7 000 chez les femmes. Ce cancer est rare avant 50 ans, l'incidence et la mortalité croissent à partir de cet âge.

Ce cancer a fait l'objet de nombreuses études pour repérer les facteurs de risque. On estime que dans environ 80 % des cas, il est précédé par des polypes adénomateux, le polype adénomateux (PA). On observe également une augmentation du risque de cancer en rapport avec les formes héréditaires de côlon adénomateux (formes génétiques héréditaires de cancer colorectal). Par ailleurs, la prise de l'aspirine est associée à une réduction du risque de cancer colorectal. Les données épidémiologiques indiquent que le cancer colorectal est en augmentation en France depuis 1990. Le cancer colorectal se situe au 10ème rang des cancers dans la population en se situant dans le haut de la hiérarchie des cancers. Ce cancer est en augmentation en 2004 de plus de 10 000 à 13 000 chez les hommes et 7 000 chez les femmes. Ce cancer est rare avant 50 ans, l'incidence et la mortalité croissent à partir de cet âge.

SITUATION EN RÉGION CENTRE - FAITS MARQUANTS

- Une mortalité proche de la moyenne française et inférieure à celle de la Haute-Normandie et de la Lorraine.
- Plus de 1 700 nouveaux cas par an et plus de 800 décès annuels en 2003-2005.
- 80% de décès en 2003-2005 de nouvelles adhésions d'ALZ par rapport à 1983-1985.

Une mortalité proche de la moyenne française

Le cancer colorectal est à l'origine de 794 décès chaque année en région Centre (en moyenne 800 décès par an en France). Le taux de mortalité est inférieur à la moyenne française pour les hommes (105), l'indice comparatif de mortalité se situe par conséquent à 95%. Le Centre se situe au 30ème rang des régions françaises pour le cancer colorectal. Le Centre se situe au 30ème rang des régions françaises pour le cancer colorectal. Le Centre se situe au 30ème rang des régions françaises pour le cancer colorectal. Le Centre se situe au 30ème rang des régions françaises pour le cancer colorectal.

Indice comparatif de mortalité par cancer de côlon et de rectum

1 décès comparatif de mortalité (CM) signifie un décès identique à celui de la France

Le Centre présente un indice comparatif de mortalité de 95, ce qui signifie que pour 100 décès en France, il y a 95 décès en Centre. Le Centre présente un indice comparatif de mortalité de 95, ce qui signifie que pour 100 décès en France, il y a 95 décès en Centre.

Exploitation des certificats de santé du 8^e jour (CS8 de 2007)

A l'initiative de la commission régionale de la naissance, l'observatoire régional de la santé du Centre réalise depuis 2000 l'analyse des certificats de santé du 8^e jour des enfants domiciliés en région Centre. Les objectifs de ce travail sont d'analyser et de suivre les évolutions des principaux indicateurs issus des certificats de santé du 8^e jour. Ces derniers résumant pour chaque enfant né vivant les caractéristiques sociales de la mère, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement et l'état de santé de l'enfant dans ses premiers jours de vie.

L'année 2008 est, tout comme 2007, une année un peu particulière pour l'analyse des CS8, puisqu'elle a été marquée par la mise en place du nouveau modèle de certificat. Son intégration se fait progressivement et 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.



Les certificats sont remplis le plus souvent à la sortie de la maternité et sont envoyés à la Protection maternelle et infantile (PMI) du département de domicile de la mère. En 2007, 29 257 certificats ont été retournés. Si l'on met en parallèle le nombre de naissances vivantes recensées par l'Insee (29 952), nous atteignons un taux de couverture de 97,7%.

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 l'accouchement, 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.

En 2007, 1,1% des femmes ont réalisé moins de 2 échographies, ce taux a légèrement augmenté par rapport à 2006 où il était de 0,9%. Le taux de préparation à l'accouchement continue sa progression : il s'élève en 2007 à 37,7%. On observe toujours des variations importantes selon les établissements : la préparation à l'accouchement est moins fréquente dans les maternités publiques et dans les maternités de niveau III.

Le nombre de césariennes programmées est en hausse depuis 2003, même s'il reste au même niveau qu'en 2006. Le taux de travail spontané connaît, quant à lui, une hausse après plusieurs années de diminution progressive. Cette hausse est liée à la baisse du travail déclenché.

Concernant l'analgésie péridurale, le taux est relativement stable oscillant entre 62 et 64% en moyenne dans la région. On note que le taux d'analgésie péridurale pour les césariennes connaît une baisse en 2007, cela étant dû à l'arrivée d'un nouvel item dans le nouveau certificat sur les rachianesthésies, qui représentent 57,9% des analgésies en 2007.

Le taux d'allaitement régional est, en 2007, de 60,8%. On peut constater que ce taux était de 47,5% en 2000 soit une augmentation de 13 points en 7 ans, même s'il ne s'agit que d'une intention d'allaitement puisque nous n'avons aucune information sur la continuité de celui-ci. Les taux départementaux restent toujours très hétérogènes avec un écart de 11 points entre les deux départements extrêmes.

Chaque année, les conseils généraux financent une plaquette synthétique reprenant les grandes thématiques du rapport d'étude. Elle a pour objectif de mettre en évidence les caractéristiques des naissances de l'année ainsi qu'une mise en perspective des évolutions constatées depuis 2000, date de début de l'exploitation des certificats de santé. Cette plaquette est diffusée auprès de tous les médecins généralistes libéraux, des pharmaciens libéraux, des sages-femmes, des gynécologues obstétriciens, des échographistes et des pédiatres de la région Centre.

Difficulté d'accès à la contraception d'urgence

En 2007, l'Observatoire régional de la santé en région Centre a été chargé par le Groupement régional de santé publique d'une étude exploratoire sur les conditions d'accès à la contraception d'urgence dans la région. La contraception d'urgence (dénomination reconnue par l'OMS) est une méthode contraceptive à utiliser après tout rapport non ou mal protégé, quel que soit le moment du cycle. Dans cette étude, nous nous intéressons uniquement à la « pilule du lendemain ». En France, plusieurs lois facilitent le recours des femmes à la contraception d'urgence : depuis 1999, les pharmaciens peuvent la délivrer sans ordonnance, et depuis 2001, les mineures peuvent se la procurer sans autorisation préalable des parents.

Cette enquête exploratoire fait l'hypothèse que l'accès des femmes à cette méthode de contraception est étroitement dépendant de la disponibilité des informations, de la visibilité des structures proposant ce service, l'accessibilité financière et de l'accessibilité psychologique. Il s'agissait donc de comprendre les perceptions de la contraception d'urgence par les femmes et de mettre en évidence les difficultés d'accès à cette méthode de contraception. Pour cela, une enquête qualitative a été réalisée auprès d'un panel représentatif des femmes de la région (âge, milieu de résidence, femmes en situation de précarité, femmes migrantes) et de professionnels délivrant la contraception d'urgence (médecins généralistes, gynécologues, pharmaciens, professionnels des CPEF et des établissements d'information). Ces professionnels ont été interviewés sur leur perception de la contraception d'urgence et des politiques favorisant sa délivrance, du profil des patientes demandant la contraception d'urgence, des moyens d'informations et des lieux d'approvisionnement en contraception d'urgence dans la région, ainsi que sur leur pratique professionnelle relative à la contraception d'urgence (manière d'accueillir, d'informer et d'orienter les femmes).

Comme il a été montré dans d'autres enquêtes, les femmes les plus jeunes sont celles qui connaissent le mieux la contraception d'urgence. En milieu scolaire, les cours donnés en sciences de la vie, ou encore les interventions de professionnels externes venant sensibiliser à la problématique de contraception, sont incontestablement à l'origine d'une meilleure connaissance globale du sujet. La discrétion, la proximité et la compétence sont des critères essentiels dans le choix d'un interlocuteur sur les questions de contraception. Les sources d'information sur la contraception d'urgence sont souvent multiples : les amies et la famille, notamment la mère pour les jeunes filles mineures, sont des interlocuteurs privilégiés. Toutefois, les personnes ressources restent les professionnels de santé.

Les centres de planification et d'éducation familiale sont des ressources souvent méconnues par les femmes, en dépit de l'implication des équipes et de leurs compétences dans l'accueil et l'information sur ce sujet. Cette étude montre que le frein majeur d'accès à la contraception d'urgence reste la peur d'être vue, entendue, ou jugée par l'entourage et aussi par le professionnel qui délivre la pilule du lendemain. C'est notamment le cas pour les mineures qui craignent d'être perçues comme des irresponsables, des « filles faciles », et de ce fait se sentent coupables face au professionnel.

Les entretiens menés auprès des professionnels ont permis de montrer que les discours concernant la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures sont encore marqués par une certaine ambiguïté. Si d'une manière générale, les médecins et les pharmaciens sont très impliqués dans leur rôle d'information et de prescription, certains médecins préfèrent ne pas parler de la contraception d'urgence de peur de déresponsabiliser les jeunes filles (utilisation abusive de la contraception d'urgence, moindre utilisation du préservatif). En outre, certaines prises de position personnelles prennent encore le dessus lors de la délivrance, rendant parfois l'échange compliqué avec la patiente. Cette question relance le débat de la « facilité » d'accès à la contraception d'urgence (recours anonyme, sans prescription médicale, gratuit pour les mineures) et met en avant une position paradoxale de quelques professionnels, qui, d'un côté, envisagent cette « facilité » comme une avancée en matière de prévention des grossesses non prévues, mais qui, de l'autre, pointent du doigt le risque de considérer la contraception d'urgence comme un mode contraception régulier ou de délaisser les méthodes conventionnelles comme le préservatif. Par ailleurs, certaines erreurs persistent dans leur discours sur la contraception d'urgence, concernant notamment le conditionnement du produit, les conditions d'obtention (anonymat, gratuité pour les mineures, conditions de remboursement, etc.), et aussi sur les risques potentiels liés à la prise répétée de ce produit.

Quinzaine des maladies à caractère professionnel

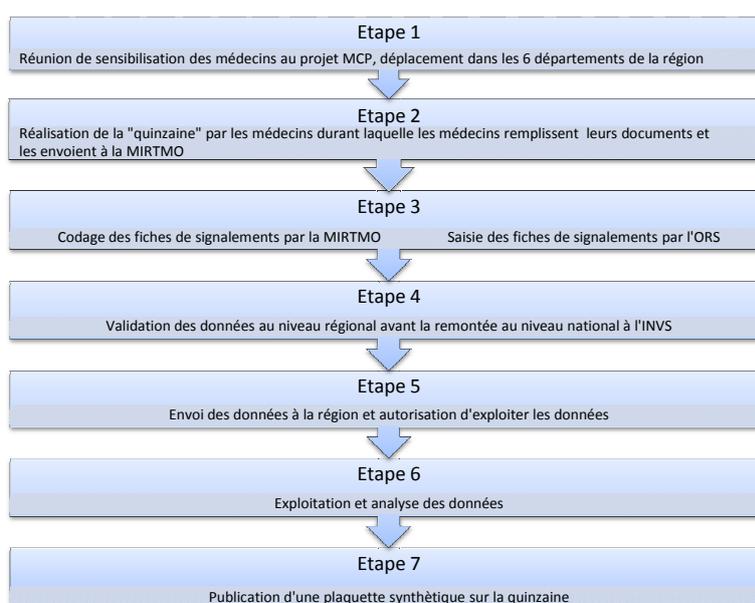
Sous la terminologie de maladies à caractère professionnel est regroupée l'ensemble des pathologies pouvant toucher, à court comme à long terme, un salarié. La sécurité sociale reconnaît et procède à un décompte de ces MCP en tenant compte des tableaux de Maladies professionnelles indemnifiables (MPI). Or, ces tableaux seraient loin d'être représentatifs des réels risques sanitaires des travailleurs. Les pathologies n'appartenant pas à ces tableaux mais ayant toutefois une origine professionnelle sont alors considérées comme toute autre maladie et indemnisées comme telle. Devant cet enjeu de santé publique et dans le cadre de sa mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels, le département santé travail (DST) de l'Institut de veille sanitaire (InVS) ainsi que la direction générale du travail (DGT) ont mis en place un système de surveillance épidémiologique des MCP. Le but de ce projet est d'instaurer une veille sanitaire afin d'améliorer les connaissances des maladies à caractère professionnel, leur évolution, et de pouvoir rendre compte de l'apparition d'éventuelle(s) nouvelle(s) pathologie(s).

Les médecins du travail s'engagent à signaler toutes les MCP rencontrées durant une période de deux semaines consécutives. A ce jour 7 régions ont déjà participé aux quinzaines : les Pays de la Loire à partir de 2003, Midi-Pyrénées en 2005, Poitou-Charentes et PACA en 2006, l'Alsace, la Franche-Comté et l'Aquitaine en 2007. Au second semestre 2008, la région Centre a rejoint le réseau. En 2009, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, l'Auvergne et le Limousin intégreront le projet.

L'ORS Centre a réalisé sa première quinzaine du 6 au 17 octobre 2008. A cette quinzaine « officielle » s'ajoute 4 semaines de tolérance à condition de respecter la consigne des quinze jours consécutifs. Les médecins ont 3 documents à remplir :

- une fiche de signalement compilant des informations sur la pathologie signalée et les agents d'exposition professionnelle suspectés, sur l'âge, le sexe, l'emploi et le type de contrat du salarié concerné, et sur le secteur d'activité de l'entreprise.
- un tableau de bord où le médecin indique l'ensemble des personnes vues durant la quinzaine. Ce document nous permet de calculer l'incidence des MCP.
- un tableau avec les effectifs annuels attribués des médecins participants afin de pouvoir juger de la représentativité de l'échantillon régional.

Ce travail en partenariat est réalisé en plusieurs étapes :



A ce jour, le travail de codage et de saisie est achevé et les données ont été envoyées à l'INVS afin d'être validé. Cette étape est indispensable afin de pouvoir ensuite avoir des résultats nationaux. Néanmoins, nous pouvons tout de même dire que les médecins de la région Centre ont bien participé au projet MCP car plus de 1 000 fiches de signalements ont été retournées.

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.

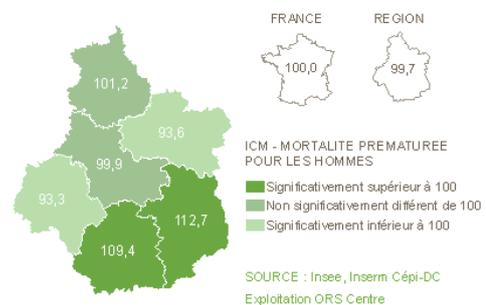
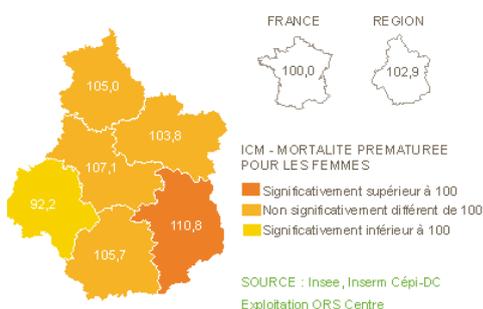
Indices comparatifs de mortalité prématurée

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 CépiDC, INSEE
 Exploitation ORS Centre



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.

Le cri de l'oreille

La Mutualité du Loir-et-Cher a mis en place une action de prévention et de sensibilisation liées aux risques de perte auditive chez les jeunes, sous forme d'un spectacle pédagogique appelé « Cri de l'oreille ». Ce spectacle d'une heure et demie avait pour but de présenter aux jeunes, à travers des sketches, mimes et un concert, divers thèmes essentiels pour comprendre l'oreille et les problèmes auditifs. Durant plus d'un an et demi, cette manifestation a permis de sensibiliser des jeunes scolarisés dans plus de 35 établissements, collèges et lycées de la région Centre.

L'ORS Centre a été missionné pour analyser les questionnaires (conçus et distribués par la Mutualité) de l'évaluation de cette action de prévention produite en 2006 et 2007, auprès de 3 000 jeunes.

L'évaluation de cette manifestation a pour objectif de mettre en exergue principalement l'impact du spectacle pédagogique. Cette évaluation s'organise autour de quatre pôles :

- Dans un premier temps, la structure de l'échantillon est présentée selon ses caractéristiques de bases : sexe, âge, classe, département.
- Dans un second temps, les résultats d'enquête concernant l'évaluation des acquis des élèves sont abordés. Il s'agit de mettre en avant l'efficacité des explications données sur les divers thèmes abordés : fonctionnement de l'oreille, musiques amplifiées, moyens de protections, etc.
- Ensuite, les satisfactions, globale puis particulière, sont mises en exergue pour rendre compte de l'appréciation du concert et de ces composantes. Il s'agit aussi d'appréhender le lien pertinent entre la satisfaction globale et les composantes du « Cri de l'oreille ».
- Enfin, les impacts du spectacle sur les pratiques d'écoute de la musique des Jeunes sont abordés, à savoir si le spectacle a été en mesure ou non de convaincre les jeunes d'adapter leurs comportements face aux risques sanitaires.

Quelques résultats

- A propos des connaissances déclarées acquises lors du concert :

La grande majorité des jeunes interrogés a largement assimilé les thématiques abordées lors du spectacle pédagogique (concernant les musiques amplifiées : 82,3 % des jeunes ; les caractéristiques du son : 77,5% ; le système d'amplification de la musique : 78,5% ; l'anatomie et le fonctionnement de l'oreille : 78,5% ; les moyens de protection et de prévention : 83,4%). Une différenciation sexuée s'opère dans l'apprentissage des connaissances. Les filles assimilent davantage que les garçons dans chacune des thématiques. 78,5% des jeunes ont acquis les décibels comme mesure du volume du son. 4,1% et 18,5% des jeunes n'ont pas su reconnaître les particularités des cellules ciliées et les parties de l'oreille interne. La majorité des jeunes reconnaît la dangerosité de la durée et du volume d'écoute de la musique. Enfin, surdité et acouphènes sont les principaux effets néfastes sur l'audition cités par les jeunes, les bouchons d'oreille et le casque, les moyens pour se protéger.

- Sur la satisfaction du « Cri de l'oreille »

88% des jeunes sont satisfaits du « Cri de l'oreille », les filles plus que les garçons. Plus particulièrement, les jeunes sont majoritairement « plutôt satisfaits » des explications données sur les grandes thématiques. 78% des jeunes ont apprécié la musique pour la variété des instruments et le rapport à l'acoustique. 93,7% ont jugé clairs les messages du concert grâce au bon usage de l'humour. 91% des interrogés ont aussi apprécié l'humour dans sa mise en scène.

- Impacts du « Cri de l'oreille »

On s'est intéressé aux impacts du concert sur les pratiques de jeunes, à savoir si le « Cri de l'oreille » permettait aux jeunes de prendre conscience de la dangerosité d'une mauvaise manière d'écoute de la musique au point d'une modification des comportements. 79,4% des jeunes ne se protègent jamais en écoutant de la musique. Ce sont les garçons qui se protègent plus que les filles. Les jeunes ne sont pas prêts ou hésitent à modifier leur comportement à risque : 24,7% refusent catégoriquement et 40,6% sont indécis. Parmi ceux qui désirent modifier leur attitude, ils préfèrent s'impliquer dans les moyens pratiques comme baisser le volume du son ou espacer les temps d'écoute, plutôt que d'utiliser les bouchons d'oreille. Ceux qui refusent tout changement et qui ne se protègent jamais, mettent en avant la notion de plaisir à travers la musique à fort volume.

Le PRAPS

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS) ont été instaurés par la loi N°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (art.71).

La première génération de PRAPS a couvert la période 2000-2002, puis une deuxième génération a été mise en place en 2003 et est arrivée à échéance en 2006.

L'élaboration de la troisième et actuelle génération de PRAPS s'inscrit quant à elle dans le cadre de la création des Plans régionaux de santé publique (PRSP) résultant de la loi N° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

L'article 3 de cette loi précise que le PRSP «comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuelles dans la région, et notamment un Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies » (PRAPS).

La région Centre a fait le choix, lors de la mise en œuvre du PRSP, postérieure à celles des PRAPS de première et deuxième génération, de ne pas privilégier l'approche populationnelle des publics précaires en tant que telle, ni d'identifier une priorité « précarité », mais d'inclure la situation de ces publics à l'intérieur de chaque thématique du PRSP retenue.

Les priorités ont donc été choisies en fonction des déterminants et des pathologies en mettant l'accent, pour chaque thème, sur les difficultés propres des publics vulnérables.

La circulaire N°DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 qui vise à définir la poursuite des PRAPS dans le cadre des PRSP en précise les modalités de mise en œuvre.

La démarche d'élaboration préconisée par cette circulaire pour l'actuel PRAPS prévoit notamment un diagnostic initial de toutes les données disponibles pour identifier les difficultés et les freins à l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des populations en situation de précarité mais aussi les déterminants des inégalités sociales et spatiales observées sur le territoire régional.

Pour cela, toutes actions visant à diminuer l'isolement des personnes les plus vulnérables et à encourager l'investissement des professionnels et structures institutionnelles ou associatives dans cette thématique doivent être au préalable répertoriées.

Ainsi, il a été confié à l'ORS Centre par la Drass un travail consistant à synthétiser en un document unique les actions, dispositifs et toutes initiatives régionales existantes en 2006-2007 concernant l'accès aux soins et aux droits sociaux des populations telles que définies par le Ministère.



Depuis 1999, la fédération nationale et tous les ORS mettent en ligne un site commun d'observation régionale en santé : SCORE-Santé. Une base de données a ainsi été constituée, rassemblant des informations sur l'état de santé de la population et ses déterminants. Ces données proviennent de la plupart des acteurs du champ sanitaire et du champ social. Cette base a été conçue à l'attention des professionnels de santé, des décideurs, des journalistes, des enseignants et sans oublier le grand public. Plus de 50 thèmes et sous-thèmes sont présentés ; ce qui représente plus de 850 indicateurs.

Les informations mises à disposition sont :

- fiables, une démarche qualité est développée en partenariat avec les producteurs de données et homogénéisés au niveau national,
- comparables, les modalités de calcul des indicateurs, strictement identiques, permettent des comparaisons entre les zones géographiques,
- validées localement, Score santé s'appuie sur les acteurs locaux qui apportent leurs connaissances spécifiques.

Depuis octobre 2008, le site de SCORE-Santé a été retravaillé. Une nouvelle architecture vous est proposée, nous ne pouvons que vous inciter à le consulter.... Site : www.fnors.org

En 2008, un certain nombre d'indicateurs ont été mis à jour à la demande de la DGS. En région Centre, il s'agissait pour cette année, des indicateurs sur les minima sociaux (RMI, AAH, API, Allocation invalidité, allocation vieillesse,...), du nombre de césariennes et d'indicateurs sur le logement. Deux contextes nationaux ont par ailleurs été rédigés sur ces thématiques.

Evaluation du programme d'éducation à la santé de Saint Maur

Depuis la rentrée scolaire 2003-2004, un programme d'éducation à la santé était mené par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'institut inter régional pour la santé (IRSA) en accord avec l'inspection académique de l'Indre (direction, les équipes enseignantes des écoles de St Maur et le service santé). Ce programme avait pour objectif d'intégrer la prévention - santé dans le mode de vie des enfants âgés de 3 à 11 ans. Le financement de ces actions a été assuré par l'assurance maladie puis par le groupement régional de santé publique (GRSP). Les interventions dans les classes ont pris fin en juin 2008.

Les différentes thématiques abordées étaient : l'hygiène bucco-dentaire, la nutrition, le sommeil, l'hygiène de vie courante, les accidents de la vie et pour les plus âgés, les addictions (alcool, tabac et drogues), l'éducation affective et sexuelle.



Au cours des mois d'avril et mai 2008, les enfants ont rempli des petits livrets en classe et les parents, des questionnaires. L'objectif de cette enquête était d'évaluer si les interventions menées par les professionnels en classe ont permis de modifier certaines pratiques de la vie quotidienne des enfants comme se brosser les dents plus souvent, dormir suffisamment la nuit, consommer moins de sucre dans la journée et a contrario manger plus de fruits et légumes...

Au total, ce sont 86 livrets qui ont été retournés par les enfants en classe de CP, CE2 et CM2. Le taux de retour est très satisfaisant puisqu'il correspond à l'ensemble des enfants scolarisés dans ces classes. Ils étaient 50 filles et 35 garçons. Parallèlement aux livrets des enfants, 104 parents ont bien voulu répondre au petit questionnaire (classes de maternelle, CP, CE2 et CM2).

Quelles sont les thématiques rapportées aux parents ? l'hygiène dentaire et le petit déjeuner sont les sujets les plus souvent cités par les enfants à la maison ?



Parmi les 104 parents qui ont répondu au questionnaire, 99 d'entre eux ont eu écho par leur enfant des interventions faites en classe. Les enfants ont évoqué en moyenne 3,6 sujets avec leurs parents sachant que ce nombre augmente légèrement en fonction de l'âge (3,2 chez les enfants en classe de maternelle contre 4,4 parmi ceux en CM2) et que les filles ont évoqué un peu plus de sujets que les garçons. Ils sont 87 % à avoir abordé avec leurs parents des interventions sur l'hygiène bucco-dentaire et 87 % également sur le petit déjeuner. Viennent ensuite les thèmes suivants : les repas (40 %), les activités physiques (27 %), l'hygiène corporelle et les poux (20 %).



Evaluation du projet «Tabac en entreprise»

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 28, Codes 36, Cedes 37, Ades 41, 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'éducation pour la santé) et le GRSP, anciennement le FNPEIS (Fonds national de prévention d'éducation 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.



Rappelons brièvement les trois objectifs de la première phase, qui s'est déroulée entre décembre 2003 et décembre 2006 :

- former 200 professionnels de la médecine du travail de la région Centre à la prévention du tabagisme en milieu de travail entre janvier 2004 et décembre 2006,
- sensibiliser le personnel de direction et les membres du CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail), ou à défaut les représentants du personnel ou les travailleurs sociaux de 30 établissements de la région Centre,
- faire bénéficier d'actions d'éducation pour la santé à au moins 30 % des salariés des 30 établissements.

Pour la seconde phase du projet (décembre 2006 à janvier 2008), de nouveaux objectifs ont été fixés dans le prolongement des précédents :

- renforcer les compétences des professionnels de santé au travail (formés et non formés) pour la prise en charge du tabagisme en entreprise,
- renforcer le suivi méthodologique auprès des comités de pilotage intra-entreprises afin d'assurer des actions de prise en charge du tabagisme dans la durée,
- proposer des réunions de groupe animées par un psychologue, un tabacologue ou une diététicienne pour les salariés en démarche d'arrêt ou en sevrage tabagique.

Population carcérale

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 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

**LA SANTE DES DETENUS
en région Centre**

CONTEXTE NATIONAL

Le 11 janvier 2006 la révision des règles pénitentiaires européennes a été adoptée par 46 Etats membres signataires, s'engageant ainsi à harmoniser les politiques pénitentiaires et à appliquer les recommandations relatives aux conditions de détention des personnes incarcérées.

En effet, de fortes disparités sont observées dans les conditions de détention au niveau européen (source des données : SPICE 2005 Statistiques Pénitentiaires Annuelles du Conseil de l'Europe) et seuls 14 pays sont économiquement et politiquement comparables à la France. Sur ces 15 pays, 9 connaissent un phénomène de surpopulation carcérale et la France se situe dans une position médiane (7 pays ont une densité carcérale inférieure, 7 pays ont une densité carcérale supérieure). Cependant, si l'on considère la proportion de détenus non encore jugés (prévenus), qui s'évalue par le taux de détention provisoire, la France se situe parmi les pays comparables à ceux qui ont le plus recours à la détention avant jugement avec un taux supérieur à 28%. D'autre part, la répartition des durées des peines exécutées en France est atypique : des parts quasiment équivalentes (environ 1/3 chacune) de courtes, intermédiaires et longues peines sont prononcées chaque année tandis que les autres pays présentent des durées soit davantage marquées vers les courtes peines, soit bien plus marquées vers les longues et très longues peines.

En 2004 (source : Direction centrale de la Police Judiciaire) le taux de criminalité française (64%) était bien inférieur à la moyenne (70%) et à la médiane (79%) des 15 pays comparables. De même, en 2005, comparé à celui de ses partenaires européens, le taux de détention française (pour 100 000 habitants) était bien au-dessous (91,8) de la moyenne (112,2) mais le taux de densité carcérale (pour 100 places) montrait une forte surpopulation (112,6%) des prisons françaises, classée parmi les plus élevées d'Europe et dépassée en septembre 2005 par M. Alvarez Gil-Robles, commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe.

Au 1^{er} janvier 2008 (source : Direction de l'Administration Pénitentiaire), 64 000 personnes sont détenues en France soit 4,6% de plus qu'au 1^{er} janvier 2007. Parmi elles, 61 076 personnes sont hébergées et 2 927 bénéficient d'une mesure de placement à l'extérieur. Ces détenus sont répartis au sein de 190 établissements pénitentiaires (cf. Encadré page 2) offrant 50 093 places théoriquement disponibles. Parmi eux, on compte 3,7% de femmes et 1,2% de mineurs. Les populations incarcérées présentent un profil socio-démographique et épidémiologique traduisant souvent un cumul de vulnérabilités préalable à l'incarcération. Les conditions actuelles de détention et de prise en charge sanitaire signifient que ces vulnérabilités, bien qu'une évolution positive ait été constatée conjointement aux lois successives (et Contexte législatif ci-dessous) notamment depuis celle du 18 janvier 1994.

Cette loi organise la couverture sociale des détenus en les affiliant tous, dès l'incarcération, à l'assurance maladie et maternité du régime général de la Sécurité Sociale. Depuis, la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire relèvent du ministère de la Santé. Ils sont assurés par le service public hospitalier à travers les UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) et les SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux) implantés en détention.

Les données épidémiologiques disponibles sur les populations incarcérées montrent plusieurs problèmes majeurs à considérer en priorité dans la politique sanitaire ou sociale en milieu fermé : la santé mentale, les addictions, les maladies infectieuses, la santé bucco-dentaire et la question de la couverture sociale à la sortie de détention. Ces priorités sanitaires sont spécifiques de ces lieux de confinement, au sein desquels l'organisation des soins est particulière : elle doit concilier l'impératif de sécurité et la qualité des soins. Ainsi, ces derniers sont tributaires de règlements et de ressources encore insuffisants qui peuvent influer défavorablement sur l'accès et la réalisation des diagnostics.

Le réseau d'acteurs responsables de la santé des détenus (UCSA, SMPR, psychiatre de secteur, associations, hôpitaux : UHSA/USHS, SPIP... cf. Glossaire page 9) compose donc avec les spécificités du milieu carcéral pour assurer sa mission auprès des détenus mais la question des extractions (cf. Glossaire page 9) et du suivi sanitaire à la sortie de l'incarcération est également problématique. Si les actions préventives et curatives sont assurées par l'UCSA pendant le temps passé en détention, le suivi médical après la sortie de prison reste un enjeu majeur de la politique de santé en milieu pénitentiaire. Cet enjeu a d'ailleurs été récemment valorisé au sein d'un protocole national de partenariat signé par le Ministère, les départements français et la caisse nationale d'assurance maladie en juillet 2007. Il vise à combler les effets désocialisants de l'incarcération en aidant les détenus à préparer leur réinsertion sociale et professionnelle.

SITUATION EN REGION CENTRE : FAITS MARQUANTS

- une densité carcérale régionale en maisons d'arrêt 30% supérieure à la moyenne nationale
- un peu de prisons ouvertes à fois motrice élevée qu'en France
- les extractions pour consulter un généraliste, un dermatologue ou un ophtalmologue demandant une atteste d'environ 90 jours
- les temps de présence des détenus sont à fois moindres à ceux des généralistes dans l'ensemble des établissements
- un maintien d'arrêt à l'incarcération sur 2 années de maladie dépressive ou anxiété

Les données présentées dans cette fiche sont issues d'une enquête déclarative réalisée par l'ORS Centre entre janvier et février 2008.

Contexte législatif de la prise en charge des populations carcérales

1993 : Publication du rapport du Haut Comité de Santé Publique signalant les particularités épidémiologiques des populations carcérales et les surreprésentations des maladies infectieuses, des troubles mentaux entraînant violence, suicides, auto-mutilations et des maladies transmissibles (VIH, tuberculose, hépatites).

1994 : Loi n° 94-43 du 18 janvier relative à la santé publique et à la protection sociale : confie au service public hospitalier la prise en charge de la santé en milieu carcéral par la création des UCSA et prévoit l'affiliation des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de la sécurité sociale. La circulaire du 08 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale : pose l'objectif d'assurer à la population carcérale une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population.

2002 : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : cette loi reconnaît notamment le droit « de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent une meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées ». Rappelle les modalités des protocoles riges entre les établissements de santé et les établissements pénitentiaires.

2005 : Circulaire n°27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique concernant la prise en charge sanitaire des personnes détenues et leur protection sociale.

Rédaction ORS Centre - 2008 page 1 Fiche 6-4

milieu fermé sont fréquemment accompagnés de maux spécifiques pour lesquels 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.

LA SANTE DES DETENUS

Traitements de substitution

Substance	MA	CP	MA + CP
Méthadone	8,4	4,3	6,3
Bupropion	1,4	2,2	1,8
CP	11,4	2,4	13,8
MA	11,3	6,1	17,4
Moyenne	8,9	3,2	11,1

Source : enquête ORS Centre auprès des UCSA - Exploitation ORS Centre

Conditions de vie en détention

Occupations théoriques et réelles des établissements pénitentiaires de la région Centre (2007-2008)

• Dépistages et vaccinations

Modalités de dépistages à l'entrée en détention

Maladie	MA	CP	MA + CP
Hépatite B	100%	100%	100%
Hépatite C	100%	100%	100%
Syphilis	100%	100%	100%
Tuberculose	100%	100%	100%
VIH	100%	100%	100%
Autres	100%	100%	100%

Source : enquête ORS Centre auprès des UCSA - Exploitation ORS Centre

• Surpopulation carcérale

En 2007, le taux d'occupation régional de 116% est proche du niveau national (115%) mais manque des marginales selon le type d'établissement. Les maisons d'arrêt sont plus de moitié (date de 1920) mais les plus surchargées (127% de densité carcérale en France contre 100% en région Centre). En région Centre, les maisons d'arrêt d'Orléans et de Tours sont les plus touchées par la surpopulation avec des taux d'occupation respectifs de 225% et 214%.

En 2006, la durée moyenne de détention en France était de 8,3 mois. La majorité des courtes peines infligées en France provoque un renvoi en détention des personnes en détention et une surpopulation des maisons d'arrêt.

En France au 1^{er} janvier 2007, la part des détenus non hébergés est de 2,8% : 2 061 personnes concernées ne sont pas hébergées en établissement pénitentiaire (513 bénéficient d'une mesure de placement à l'extérieur et 1648 sont sous PSE (Placement sous Surveillance Electronique)).

• Flux d'entrées

Établissement	Occupations théoriques (2007)	Nombre de détenus en détention (2007)
MA de Blois	204	111
MA de Bourges	204	111
MA de Châteaubriant	204	111
MA de Clermont-Ferrand	204	111
MA de Dijon	204	111
MA de Grenoble	204	111
MA de Lille	204	111
MA de Lyon	204	111
MA de Metz	204	111
MA de Nancy	204	111
MA de Nîmes	204	111
MA de Orléans	204	111
MA de Paris	204	111
MA de Rennes	204	111
MA de Rouen	204	111
MA de Strasbourg	204	111
MA de Toulon	204	111
MA de Valenciennes	204	111
MA de Versailles	204	111
MA de Yverdon	204	111
Moyenne	204	111

Source : enquête ORS Centre auprès des UCSA - Exploitation ORS Centre

Rédaction ORS Centre - 2008 page 6

Actions - Formations réalisées par les Codes

Entre 2001 et 2005 a été mis en place au niveau de la région Centre le Programme régional de santé diabète (PRS Diabète) visant à impulser et soutenir les actions de prévention du diabète. Ce programme a défini trois axes stratégiques : l'éducation nutritionnelle en direction des enfants, la promotion du dépistage précoce du diabète, l'amélioration de la prise en charge des malades. Sur la même période, le Programme national Nutrition santé (PNNS 1) a défini plusieurs axes visant à diffuser une information simple sur la nutrition auprès de la population dans son ensemble et aussi de populations ayant des besoins nutritionnels spécifiques : les femmes enceintes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées. Ce programme a été prolongé en 2006 jusqu'en 2010 (PNNS 2) autour de trois axes : nutrition aux différents âges de la vie, populations défavorisées, personnes en situation de précarité.



Ce rapport complète l'étude « Prévention de l'obésité des enfants de 0 à 15 ans en région Centre » réalisée en 2006 par l'ORS Centre et consiste à recenser les différentes actions et formations menées sur ce sujet par les Codes dans la région Centre de 2002 à 2007. Il s'agissait de mettre en avant pour tous les Codes :

- le travail de sensibilisation mené auprès des enfants
- l'éducation nutritionnelle par le biais d'animations dans lesquelles l'enfant est impliqué
- les formations faites aux professionnels encadrant les enfants
- le partenariat au niveau départemental et la recherche d'harmonisation dans ce domaine

Pour mener à bien cette étude, nous avons dans un premier temps recensé l'ensemble des actions et formations sur la nutrition mené par les Codes entre 2002 et 2007 à partir de leurs rapports d'activité. Ensuite, nous avons réalisé des entretiens en face à face dans chaque Codes avec le directeur et/ou un chargé de projet en nutrition. Ils visaient à mieux comprendre la place des activités sur la nutrition des enfants, l'évolution de cette thématique ainsi que le contexte institutionnel de ces actions et formations.

D'une manière générale, le constat est similaire d'un Codes à l'autre : trop de messages sur l'alimentation sont véhiculés par les médias et cela les déforce. En outre, l'essoufflement des demandes d'interventions sur la nutrition des enfants constaté par certains Codes les conduit à envisager une nouvelle manière d'aborder cette thématique.

Les Codes de la région Centre ne sont pas tous d'accord sur la manière d'envisager la thématique « nutrition » à l'avenir. Certains souhaitent la garder la plus ouverte possible tandis que d'autres aimeraient l'aborder dans le cadre d'une approche sur l'environnement ou sur le développement



durable. Certains Codes souhaitent aussi la reconduction du PNNS après 2009 car il a aidé au développement de cette thématique dans leur département. Globalement, il leur semble important de continuer à soutenir les actions nutritionnelles. La durée est importante dans ce type d'actions et des changements trop fréquents d'orientation limitent nécessairement l'impact de cette démarche.

Exploitation des certificats du 9^e mois des enfants nés en 2004

A la demande du GRSP Centre, l'ORS réalise une étude ayant pour objectif d'analyser les principaux indicateurs issus des certificats de santé du 9^e mois des enfants nés en 2004 et domiciliés en région Centre. Cette analyse s'articule autour des points abordés lors de cet examen : le mode de garde, la couverture vaccinale, la biométrie, le développement psychomoteur, les antécédents médicaux, les affections actuelles et l'allaitement maternel.

Ce rapport propose une analyse départementale de ces indicateurs et met en parallèle les résultats d'une étude menée par la Drees sur les CS9 de l'année 2003 (pour seulement quelques indicateurs car à ce jour, aucune exploitation nationale des CS9 n'a été repérée) ainsi que pour certains items, des données issues de l'exploitation des CS9 de 2005 pour le département de la Charente.

Quelques résultats

Lieu de consultation

Les examens du 9^e mois sont en grande majorité réalisés en cabinet privé, cependant les services de Protection maternelle et infantile sont également sollicités, dans 12% des cas et enfin 6% des examens se déroulent en milieu hospitalier.

Le mode de garde

Au 9^e mois, 51,3% des nourrissons de la région (hors Indre) sont gardés par un tiers. Le mode de garde individuel est privilégié : 70% des enfants gardés, le sont par une assistante maternelle.

Le mode de garde collectif est plus fréquent en cas de garde à temps partiel : 25,4% des enfants gardés à temps partiel le sont en collectivité, contre 19,1% de ceux gardés à temps complet.

L'Etat de santé de l'enfant

Le poids moyen est plus élevé pour les garçons (9,1kg) que pour les filles (8,5kg). Il en va de même pour la taille (71,9 cm en moyenne pour les garçons, 70,2 cm pour les filles) et le périmètre crânien (45,7 cm chez les garçons, 44,5 cm chez les filles).

La couverture vaccinale complète (3 doses) des enfants de 9 mois concernant la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche, est de 96%. La vaccination haemophilus influenza de type b, bien qu'elle ne soit pas obligatoire, est effectuée pour 94% des enfants. Le taux de vaccination par le BCG atteint quant à lui 78%. La vaccination contre l'hépatite B est peu pratiquée : 58% des enfants n'ont reçu aucune injection.

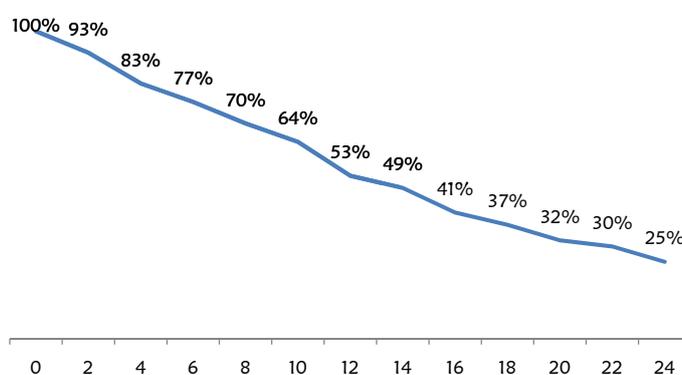
A cet âge, 4% des enfants ont déjà été hospitalisés (en dehors de la période néonatale) et 8% présentent au moins un antécédent médical. Les antécédents ORL et respiratoires sont les plus fréquents (mentionnés respectivement dans 3% et 2% des certificats du 9^e mois). Au moins 3,6% des enfants présentaient une affection au moment de l'examen, un taux largement sous-estimé compte tenu des données manquantes.

L'allaitement

38% des certificats du 9^e mois font mention d'un allaitement au sein, d'au moins une semaine, ce qui paraît faible au regard des intentions d'allaitement relevées en sortie de maternité par les CS8 (58% pour les naissances 2004). Il est possible toutefois que le taux d'allaitement relevé dans les CS9 soit sous-estimé, car la formulation ambiguë du certificat permet difficilement de distinguer une réponse manquante d'une absence d'allaitement. L'analyse de ces 38% de certificats, qui indiquent que l'enfant a été

nourri au sein, montre que la durée moyenne d'allaitement est de 17 semaines. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) préconise un allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois : parmi les enfants considérés ici, 25% étaient toujours nourris au sein à l'âge de 24 semaines.

Décroissance du taux d'allaitement pendant les 24 premières semaines de vie





Suite à l'enquête sur la contraception d'urgence menée en 2007 par l'Observatoire Régional de la Santé en région Centre, le groupe de travail « IVG – Contraception » a sollicité de nouveau l'ORS pour une étude similaire auprès des personnes handicapées. Pour répondre aux interrogations spécifiques posées par cette population, le champ de l'enquête a été élargi à la question de l'accompagnement à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées mentales proposé par les professionnels des établissements d'accueil. Cinq types de structures

sont pris en compte : les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisés (FAM), les foyers de vie, les foyers d'hébergement, et les instituts médico-professionnels (IMPRO). Cette enquête est menée sur l'année 2009 en partenariat avec le Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI).

En France, les cadres juridiques restent flous en ce qui concerne l'accompagnement des personnes handicapées mentales dans leur vie affective et sexuelle lequel est pourtant un enjeu majeur relevant des droits fondamentaux des personnes. Les caractéristiques du handicap, la vie en établissement limitent de fait l'autonomie en matière d'accès à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées mentales mais peu de références existent pour encadrer et orienter les pratiques des professionnels. Des notions telles que la vie privée, le respect de l'intimité sont effectivement définies par la loi : elles impliquent notamment le respect du domicile (chambre) de l'usager, le respect de son corps, son droit à donner son consentement dans le cadre d'actions le concernant (contraception, IVG, stérilisation). Il existe également des recommandations comme celle de l'ANESM sur la bientraitance et les bonnes pratiques professionnelles dans les établissements. Toutefois, en termes d'accès à l'information, d'éducation à la sexualité, et face aux demandes des usagers et aux situations observées en établissement, les professionnels sont confrontés à un manque de repères et de références institutionnels permettant un accompagnement adapté des usagers sur ces questions. Les projets d'établissement et les projets individualisés sont des premiers outils permettant d'encadrer les pratiques mais les établissements n'ont pas obligation d'y mentionner ces aspects de la vie des résidents. Dans ce contexte, l'étude a pour objectif d'étudier la manière dont l'accompagnement à une vie affective et sexuelle se construit effectivement dans les établissements, à la fois sur le plan des références institutionnelles mais également au niveau des pratiques des différents professionnels impliqués dans l'accompagnement des personnes handicapées mentales. Cette question doit nous conduire à définir une typologie des différents modèles d'accompagnement à la vie affective et sexuelle existant dans les établissements.

Méthodologie

Cette enquête repose sur une méthodologie double : quantitative et qualitative. Un questionnaire sera envoyé aux directeurs d'établissement dans le but d'obtenir des informations générales sur les établissements et la manière dont cette question est abordée sur le plan institutionnel. Des entretiens individuels et de groupe seront conduits auprès de plusieurs catégories de professionnels.



Recensement des études sur la nutrition

De nos jours, il est reconnu que la nutrition joue un rôle clef dans l'émergence de certaines pathologies et de préservation d'une bonne santé. Pour cause, la question de la nutrition est depuis plusieurs années au centre des débats en santé publique. En 2001, une politique nutritionnelle : le Programme national nutrition santé (PNNS) voit le jour. Le PNNS, puis le PNNS2 (pour la période 2006-2010) ont pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur le comportement nutritionnel comme élément déclencheur possible (mais non unique) de certaines pathologies telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires, l'arthrose, l'obésité ou encore le diabète compte tenu des particularités des populations (femmes enceintes, enfants, adolescents, personnes âgées etc.). Deux orientations phares permettront d'atteindre cet objectif : une politique nutritionnelle basée sur la prévention ainsi qu'une amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles nutritionnels chez les enfants, les adolescents et les adultes. L'intérêt est manifeste mais pourtant un manque d'informations de référence s'est fait ressentir en région Centre. Ainsi, à la demande du GRSP, l'ORS Centre a réalisé un document ayant pour but de recenser les grandes enquêtes menées sur la nutrition au niveau national (voire européen) ainsi qu'au niveau régional. Dans un premier temps pour mieux connaître la consommation alimentaire des individus, mais aussi leurs perceptions et comportements alimentaires.

Ainsi, de nombreuses études ont été mises en évidence au niveau national : l'étude Baromètre santé nutrition, l'étude Comportements et consommations alimentaires en France (CCAF), l'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca), l'Étude nationale nutrition santé (ENNS), l'étude SU.VI.MAX voire européen avec l'étude Nutrition Day. Quelques études régionales ont également été mises en avant comme l'Observatoire local de la santé des élèves Castelroussins (ORS Centre), l'étude SOLINUT (Région Rhône-Alpes) ou encore une étude sur la santé des jeunes scolarisés en Bretagne et leurs comportements alimentaires (ORS Bretagne).

Pour l'ensemble de ces études, un état des lieux a été exposé de façon synthétique et claire les principaux éléments composant ces études (population enquêtée, méthodologie, principaux résultats).

Ce travail a permis de faire le point sur les grandes études menées et d'en connaître les grandes caractéristiques. L'objectif recherché est de créer un outil de travail afin de pouvoir trouver rapidement et facilement des informations sur ces études et surtout de disposer d'un référentiel au niveau des méthodologies utilisées. Le souhait étant d'aboutir à une harmonisation des techniques de recueil de l'information (comment regrouper les aliments ? Quelle définition en termes de portion retenir ? Quelle fréquence de consommation ? etc.) et ainsi pouvoir réaliser des études comparables aux résultats des grandes enquêtes nationales et aux objectifs souhaités par le Plan national nutrition santé (PNNS).



Evaluation du projet : Médecine du travail et Intérimaires... une expérimentation sociale



Réduire les inégalités de santé des travailleurs intérimaires en région Centre

En 2008, l'ORS a été mandaté par le Haut commissariat aux solidarités actives pour évaluer le projet d'expérimentation sociale sur le suivi médical et social des intérimaires menés par deux services de santé au travail de la région (CIHL 45 et AIMT 37). Ce projet vise à réduire les inégalités de santé des travailleurs intérimaires en région Centre. Il a pour objectifs :

- D'avoir une approche globale de la problématique de la santé et des difficultés sociales des intérimaires ;
- D'améliorer le suivi médical au travail des intérimaires ;
- D'améliorer l'accès à la prévention et aux soins.

Les effets attendus portent à la fois sur les travailleurs temporaires (meilleure prise en charge médicale et sociale) et sur les partenariats au niveau des services de santé au travail entre les médecins du travail des travailleurs temporaires, les médecins des entreprises utilisatrices, les agences d'intérim.

Ce projet est mené par deux services de médecine du travail de la région : le CIHL 45, dans 6 centres de médecine du travail de l'agglomération orléanaise et l'AIMT 37, dans 3 centres de médecine du travail (Tours, Chinon et Château-Renault).

L'évaluation du projet proposé par l'Observatoire régional de la santé s'articule autour d'une méthodologie principalement qualitative consistant en des entretiens individuels semi-directifs auprès de l'ensemble des partenaires impliqués (médecins du travail, secrétaires médicales, intérimaires, agences d'intérim, DRH des entreprises utilisatrices, médecins du travail des entreprises utilisatrices).

Une analyse quantitative de données recueillies par les médecins du travail est également menée pour évaluer l'utilisation des outils proposés aux intérimaires (carnet de suivi professionnel, rencontres avec l'assistante sociale). L'évaluation est menée en début de projet, à mi-parcours et en fin de projet à partir de janvier 2009. Elle est orientée autour de 3 axes :

- l'identification des caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et médicales des travailleurs temporaires précaires ;
- l'évolution de la surveillance de l'exposition aux risques professionnels des travailleurs temporaires ;
- l'évolution de la prise en charge sociale des travailleurs temporaires précaires.

Diagnostic du pays vendômois

Dans le cadre de la régionalisation des politiques de santé, le Groupement régional de santé publique de la région Centre accompagne les pays qui le souhaitent pour la mise en place d'une animation territoriale de santé. Les groupes projets « territoires » et « observation » ont travaillé à l'élaboration d'un outil d'observation à l'échelle des pays afin d'orienter les choix stratégiques et servir de base à la construction du plan local de santé. L'ORS Centre, mandaté pour la réalisation du diagnostic du pays vendômois, en partenariat avec l'ORS de Haute-Normandie et l'Observatoire de l'économie et des territoires de Loir-et-Cher, s'est attaché à mettre en évidence les caractéristiques démographiques, sanitaires, et d'offre de soins du territoire.

Le diagnostic « santé territorial » se structure autour de quatre grands thèmes :

- données générales (situation spatiale et démographique, population précaire : minimas sociaux et soins),
- état de santé des habitants du pays (données de mortalité et de morbidité)
- offre et recours aux soins (médecins généralistes et spécialistes libéraux, autres professionnels libéraux, offre hospitalière, temps d'accès aux services d'urgences et de maternités, population âgée),
- comportements (fiches thématiques sur la santé de la mère et l'enfant, la santé mentale, les addictions, la vie affective et sexuelle ainsi que la nutrition.

Ce diagnostic s'est également employé à valoriser les initiatives locales (associations, acteurs et actions de prévention, réseaux locaux...).

Le pays vendômois est un territoire rural. On y observe une faible densité de population comparativement aux échelons départemental, régional et national ainsi qu'un faible dynamisme démographique relevé entre les recensements de la population de 1999 et 2006. Le pays est composé d'une proportion importante de personnes âgées et des projections de population (à l'horizon 2020) montrent un vieillissement élevé de la région Centre et de ses départements.

Sur le volet social, le pays vendômois a une proportion d'allocataires des minimas sociaux (RMI, AAH et API) et de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) plus faible que le département du Loir-et-Cher, la région Centre et la France. La zone d'emploi de Vendôme a l'un des plus faibles taux de chômage de la région Centre.

S'agissant de la mortalité, on y observe une mortalité générale et prématurée (1992-2006) semblable à celle de la région Centre mais nettement supérieure à celle du département du Loir-et-Cher, chez les hommes comme chez les femmes. Le taux de mortalité infantile est supérieur à la région Centre, principalement dû à une mortalité post-néonatale (décès survenus entre le 28^e jour de vie et un an).

Les données de morbidité départementales (admissions en affection de longue durée (ALD)) sont relativement semblables à celles observées au niveau régional, à l'exception des admissions pour troubles nutritionnels (plus élevées dans le département du Loir-et-Cher) et des admissions pour troubles mentaux (moins élevées dans le département).

S'agissant de l'offre de soins, le territoire est riche en structure d'hébergement pour personnes âgées (taux d'équipement nettement supérieur à celui observé dans le département du Loir-et-Cher).

L'offre hospitalière est inférieure au territoire de référence (en termes de lits d'hospitalisation) mais relativement diversifiée (médecine générale, psychiatrie adulte et infanto-juvénile, structures de soins spécialisés en alcoologie, toxicologie ou dans la prise en charge des troubles nutritionnels) et plutôt satisfaisante au regard du caractère rural du pays vendômois.

La démographie médicale libérale (généralistes et spécialistes) est défavorable par rapport à la région, déjà elle-même en déficit par rapport à la France hexagonale. L'offre de soins libérale en psychiatrie présente également un déficit particulièrement important. A l'exception des infirmiers, l'offre médicale libérale (chirurgiens-dentistes, orthophonistes et masseurs-kinésithérapeutes) est inférieure à la moyenne régionale. Par contre, la prise en charge libérale des mères (gynécologues et sages-femmes) est plus élevée qu'en région Centre.

Enfin, de nombreuses actions de prévention sont organisées par les différents partenaires associatifs présents sur le territoire du pays vendômois. Des réseaux sont implantés ou œuvrent sur le territoire regroupant ainsi des professionnels.

Autres travaux...

Cartographie de la mortalité à l'échelle des zones d'emploi de la région Centre

Dans le cadre de la subvention GRSP, l'ORS a réalisé des cartographies par zone d'emploi sur la mortalité. Chaque zone d'emploi a été étudiée pour mesurer les écarts entre celle-ci et la situation régionale. Le travail a porté sur l'ensemble de la mortalité, la mortalité prématurée, les suicides, les accidents de la circulation, les maladies de l'appareil respiratoire, les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales, les décès liés à une consommation excessive d'alcool, les cancers, dont le sein, le poumon et l'intestin.

Initiation au logiciel ArcView

Dans le cadre de la subvention GRSP, l'ORS a été sollicité pour initier le personnel du services Etudes de la DRASS au logiciel de cartographie ArcView.

Synthèses nationales

Dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs 2006-2008, signée entre la DGS et la Fnors, l'ORS Centre a participé à la rédaction de deux synthèses :

- synthèse nationale «Santé au travail», l'ORS Centre ayant en charge le premier chapitre
- synthèse nationale «Maladies transmissibles», l'ORS Centre ayant en charge l'animation du groupe avec la collaboration du directeur de l'ORS Languedoc-Roussillon.

Indicateurs de la loi de Santé publique

Dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs 2006-2008, signée entre la DGS et la Fnors, l'ORS Centre a participé au groupe Indicateurs loi Santé publique. L'objectif de ce groupe est de rechercher régionalement tous les indicateurs qui peuvent permettre la mesure des 100 objectifs de la loi.

Conseils techniques, colloques, congrès, formation...

Groupe d'experts :

L'ORS est régulièrement sollicité pour participer à des groupes d'experts régionaux. Il donne également des conseils techniques à des organismes et associations, dans les domaines de l'évaluation et de la méthodologie.

Commission régionale de la naissance dont le sous groupe «IVG - Contraception»

Groupe «Observation et Evaluation» du PRSP

Groupe «Territoire» du PRSP

Comité technique régional pour l'autisme

Membre du bureau de la Conférence régionale de santé

Comité régional de l'observatoire national de la démographie des professions de santé

Schéma régional d'organisation sanitaire

Communications orales :

Intervention sur «les difficultés dans la mise en oeuvre d'une enquête» dans le cadre du Master II : Prévention, éducation et promotion de la santé, à l'université François Rabelais de Tours.

Intervention à la journée «Santé et territoires» organisée à Châteauroux

Intervention à la journée du réseau Périnat organisée à Chartres

Intervention à la journée «Prévention en région Centre : Territoires et populations» organisée à Blois

Participation à des colloques, séminaires, formations :

Congrès des observatoires régionaux de la santé, organisé par l'ORS Provence-Alpes-Côte-d'Azur et la Fnors, congrès qui s'est déroulé les 16 et 17 octobre à Marseille. Toute l'équipe de l'ORS a pu y assister ainsi que trois membres du bureau.

Présentation de l'étude Samotrace à la faculté de médecine de Tours, octobre 2008

Colloque de Noirlac «Affectivité, sexualité et handicap» du 19 au 20 novembre 2008

Journée d'étude «comment prévenir les TMS» organisé par la DRTEFP, 24 novembre 2008

Présentation des résultats de l'enquête Samotrace aux médecins du travail, organisé par l'Inspection du travail à Tours, 2 décembre 2008

5- Les consultations du site internet

Les visiteurs du site Internet proviennent à 55% de moteur de recherche (10% en 2005, 30% en 2006) et à 15% de liens extérieurs.

Les 30% restant ont accédé au site directement.

Le progression constante des accès par moteurs de recherche montre l'extension de la disponibilité de l'information, là où elle était réservée avant aux seuls connaisseurs.

Le nombre de liens de l'extérieur vers le site de l'ORS est de 35 au total. Les principales sources de trafic sont :

- www.fnors.fr : 30%
- www.bdsp.ehesp.fr 15%
- www.chu-tours.fr 12%

Au niveau des moteurs de recherches, on retrouve 3 tendances :

- des recherches de structures ou données sociales (dont l'ORS) (50% des recherches)
- des recherches de sujet bien précis (40%)
- des recherches sur des membres de l'équipe et sur leurs publications (10%)

On constatait déjà en 2006 (je cite) : «Par ailleurs, le site a entraîné une plus grande notoriété de l'ORS dans la région. Les demandes de données ne proviennent plus essentiellement du Loiret.»

Aujourd'hui, 25% des visites le sont par des visiteurs extérieurs au territoire français.

Au total, on dénombre 21 nationalités différentes ayant visité le site.

Au niveau du temps passé et du nombre de pages vu par visiteur, on constate une grande diversité, allant de 1 page par visite à plus de 20 pages par visite.

De plus, 20% des visiteurs sont déjà venus au moins une fois, ce taux de retour est calculé sur une période de deux semaines.

Statistiques du mois de mars 2009

- 478 visites
- 439 visiteurs uniques
- 1 730 pages vues
- 23h13 minutes cumulées par tous les visiteurs