



RAPPORT D'ACTIVITE 2010

Observatoire régional de la santé du Centre
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

Sommaire

1.	La lettre du Président	5
2.	L'association	7
	- Les missions.	7
	- Les membres fondateurs.	8
	- Les administrateurs au 31 décembre 2010.	9
	- Le Bureau au 31 décembre 2010	10
	- Les salariés.	11
	- La vie associative.	13
3.	Le partenariat ORS/Creai.	15
4.	Le budget	17
	- Le rapport financier 2010	17
	- Le budget prévisionnel 2011	26
5.	Les travaux	29
	- Système d'Information Géographique SCORE-Santé	31
	- Evaluation de l'Entretien prénatal précoce, ou entretien du 4 ^{ème} mois, en Région Centre	33
	- Evaluation du projet «Réduire les inégalités d'accès à la santé des travailleurs intérimaires»	35
	- Observation sociale en région Centre	37
	- Les inégalités cantonales de santé en région Centre	39
	- L'accompagnement dans la vie affective et sexuelle des personnes handicapées mentales accueillies en établissement en région Centre	41
	- Diagnostic santé territorial du Pays du Perche	43
	- Exploitation des certificats de santé du 8 ^{ème} jour (CS8 de 2008 et 2009)	45
	- Evaluation des points-stations de l'Apleat	47
	- Projection de la démographie des médecins généralistes libéraux en région Centre à l'horizon 2030	49
	- Bilan des projets de promotion et de prévention de la santé financés par l'ARS en 2010 - Suicide et santé mentale et maladies transmissibles	51
	- Actualisation de la base de données d'indicateurs servant à alimenter le portail internet du GRSP	53
	- Conseils techniques, colloques, congrès, formations	55
6.	Les consultations du site internet.	57
	Annexe.	59

1. La lettre du Président



*L'*année 2010 a été pour l'Observatoire Régional de la Santé de la Région Centre relativement faste. Comme nous avons obtenu un nombre important de contrats, preuve de notre reconnaissance par les décideurs, nos finances se sont montrées relativement à l'aise.

Après bien des turbulences, nous avons pu reconstituer une équipe de chargés de projets compétents, stable, soudée, ardente au travail. Nous aurions peut-être pu sans doute prendre en charge davantage de projets mais avons dû y renoncer faute de personnel.

Le poste de directeur du Creai étant vacant et compte tenu de la révision générale des politiques publiques avec notamment la mise en place des agences régionales de santé le 1^{er} avril 2010, les conseils d'administration des deux associations Creai et ORS ont jugé opportun de partager une direction commune. Ainsi, depuis le 1^{er} mai 2010, notre directrice, Céline Leclerc, est aussi directrice à mi-temps du Creai. C'est la première étape d'un rapprochement destiné à compenser la faiblesse des effectifs de chacune des structures séparément.

Pour survivre dans l'avenir, il était indispensable de changer d'échelle. Cette aventure, ce bouleversement même, suppose un changement de mentalité de la part des Assemblées Générales, des Conseils d'Administration et du personnel, mais les premiers pas sont encourageants. Nous sommes confiants dans l'avenir et allons commencer par un partenariat renforcé. Cette évolution se fait sous l'œil bienveillant de l'ARS, avec qui nous entretenons de bonnes relations comme par le passé avec le GRSP.

*D*ans un environnement de plus en plus difficile, nous envisageons l'avenir avec confiance.

2. 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 par 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 décisions.

Pour remplir cette mission, les ORS mettent en oeuvre 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'association régie 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 13 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'association

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 élèves
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, MSA 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'éducation 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 régionale 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. le Vice-Doyen Jean-Pierre VALAT, UFR de médecine
M. le Professeur Jacques WEILL, CCA 37

Les administrateurs au 31 décembre 2010

L'Association est dirigée par un conseil d'administration de 43 membres, dont 23 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 d'assurance retraite et de la santé au travail,
- 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 de la Fédération de l'hospitalisation privée de la région Centre,
- le Directeur régional de l'INSEE,
- un représentant du Conseil régional de l'ordre des médecins de la région Centre,
- le Président du Conseil de l'ordre régional des pharmaciens,
- le Président du Conseil de l'ordre régional des chirurgiens-dentistes,
- le Président du Conseil de l'ordre régional des infirmiers,
- le Président du Conseil de l'ordre régional des masseurs-kinésithérapeutes,
- le Président du Conseil de l'ordre régional des podologues,
- le Président du Conseil de l'ordre régional des sages-femmes,
- 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, URAF du Centre,
- Mme Marjorie AVENIERE, association AGEEVIE,
- M. Jean-Claude BURGAUD, Régime social des indépendants,
- Mme Elisabeth CANTONE,
- Mme Huguette CRUZ-JIMENEZ, Sphéria Val de France Actions,
- Mme Nelly DABEE,
- M. Luc FAVIER, FRAPS,
- M. le Dr Claude GROSSIER, AROMSAC,
- M. le Dr Glenn LIMIDO, Direction régionale du Service médical,
- M. le Dr Patrick LEPINAY, CPAM 45 - Centre d'examens de santé,
- M. Johan PRIOU, URIOPSS Centre,
- Mme Christelle QUESNEY-PONVERT, ANPAA région Centre,
- M. le Pr Emmanuel RUSCH, CHRU Bretonneau,
- M. le Pr Jacques WEILL, ORS Centre,
- Mme Isabelle WOLFF, CRAM du Centre.

Les membres élus sont renouvelés par moitié tous les deux ans (prochaines élections en avril 2012).

Au 31 décembre 2010, les membres élus sont au nombre de 15 ; 5 postes sont donc vacants.

Sont également invités à siéger aux conseils d'administration et assemblées générales, à titre consultatif, les directeurs généraux de l'ARS, de la DRJSCS et de la Direccte de la région Centre.

Le Bureau au 31 décembre 2010

- M. le Pr Jacques WEILL, ***Président***, Professeur honoraire au CHU de Tours,
- M. Jean-Claude BURGAUD, ***1^{er} Vice-Président***, Directeur de la branche direction santé de la Caisse régionale d'assurance maladie des professions indépendantes de la région Centre,
- M. le Dr Glenn LIMIDO, ***2^{ème} Vice-Président***, Directeur régional du Service médical
- M. Johan PRIOU, ***3^{ème} Vice-Président***, Directeur de l'URIOPSS du Centre,
- Mme Christelle QUESNEY-PONVERT, ***Trésorière***, Directrice ANPAA Région Centre et Loiret,
- M. le Pr Emmanuel RUSCH, ***Trésorier adjoint***, Professeur universitaire praticien hospitalier au CHRU de Tours,
- M. le 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.

Les salariés

En 2010, la structure permanente de l'équipe est la même qu'en 2009, soit 6 ETP :

- 1 poste de direction 100 % ETP en CDI :
Céline LECLERC, socio-démographe, en poste depuis janvier 2001 et à la direction de l'équipe depuis décembre 2004. Soulignons que Céline LECLERC assure la direction du CREAL à 0,50 ETP depuis le 01/05/2010.
- 3 postes de chargés d'études 100 % ETP en CDI :
 - Clotilde BINET, sociologue, en poste depuis le 01/10/2008.
 - Aurélie ELOY, statisticienne, en poste depuis le 14/10/2008.
 - Franck GENITEAU, géographe de la santé, en poste depuis le 11/12/2008.
- 1 poste de data manager 100 % ETP en CDI :
Guillaume AFFRINGUE, informaticien, en CDI depuis le 01/10/2008, a démissionné pour raisons familiales le 31/07/2010.
Il est remplacé par Julien VOSSART, data manager en CDI depuis le 01/07/2010.
- 1 poste de secrétariat 100 % ETP en CDI :
Amel FELTANE, secrétaire, employée depuis mars 2004.
L'embauche de Laurence FOLL en CDD à 100 % ETP a permis de pallier partiellement (du 01/06/2010 au 30/11/2010) l'absence d'Amel FELTANE en 2010 (congé maladie).

L'équipe a été renforcée au 4^{ème} trimestre par le recrutement de 2 assistantes d'études en CDD à 100 % ETP :

- Pauline MINSTER, en CDD du 14/09/2010 au 28/01/2011.
- Claire GUILLOUËT, en CDD du 01/10/2010 au 31/12/2010.

La collaboration avec le Service d'Information Médicale, d'Epidémiologie et d'Economie de la Santé (SIMEES), (dirigé par le Pr Emmanuel RUSCH), formalisée par la signature d'une convention avec le CHRU de Tours en décembre 2006, se poursuit. (Cette convention prévoit une coopération pour une quotité en temps de 0,20 ETP moyennant un remboursement des frais en personnels (salaires et charges). Notre correspondant référent reste le Dr Hippolyte KOUADIO, assistant hospitalier.

L'équipe a également accueilli 4 stagiaires en 2010 :

- Claire GUILLOUËT : son recrutement en octobre 2010 en tant qu'assistante d'études en CDD faisait suite au stage de 6 mois qu'elle avait réalisé à l'ORS, dans le cadre de son Master II en «Statistique appliquée» à l'Université de Rennes (du 01/02/2010 au 31/07/2010).
- Julien VOSSART : son recrutement en tant que data manager est consécutif à un stage de 4 mois réalisé à l'ORS dans le cadre de sa licence professionnelle «Réseaux et télécommunications» à l'IUT d'Orléans (du 08/03/2010 au 26/06/2010).
- Marine RAGOT : a effectué un stage de 4 mois dans le cadre de son Master 1 en «Statistiques et recherche opérationnelle» à l'Université d'Orléans (du 03/05/2010 au 31/08/2010).
- Sandra AYMERIC : a effectué un stage de 6 mois dans le cadre de sa 3^{ème} année en DES de Santé publique et médecine sociale (du 03/05/2010 au 31/10/2010).

L'équipe de l'ORS Centre, le 15 mars 2011



De gauche à droite :

Céline Leclerc, Directrice ; Clotilde Binet, Socio-démographe ; Anne Bourdais, Secrétaire de direction ; Claire Guillouët, Assistante d'étude ; Julien Vossart, Data manager ; Franck Géniteau, Géographe de la santé ; Laurence Foll, Secrétaire de direction ; Aurélie Eloy, Socio-démographe.



Dr Hippolyte KOUADIO
Assistant hospitalier, SIMEES Tours

Ils nous ont accompagnés en 2010



Guillaume AFFRINGUE
Informaticien, du 01/10/07 au 31/07/10



Marine RAGOT
Stagiaire du 03/05 au 31/08/10



Sandra AYMERIC
Interne en santé publique
du 03/05 au 31/10/10



Pauline MINSTER
Assistante d'études
du 14/09/2010 au 28/01/2011

La vie associative

En 2010, les instances associatives se sont réunies suivant le calendrier suivant :

- 6 réunions de Bureau :
 - 05 janvier 2010,
 - 25 février 2010,
 - 21 juin 2010,
 - 23 septembre 2010,
 - 18 octobre 2010,
 - 06 décembre 2010.

- 3 réunions du Conseil d'Administration :
 - 16 mars 2010,
 - 27 avril 2010,
 - 21 décembre 2010.

- Enfin, une Assemblée Générale doublée d'une Assemblée Générale Extraordinaire se sont tenues le :
 - 27 avril 2010.

La diminution continue du nombre d'adhérents, hors conseil d'administration, depuis plusieurs années, est à mettre en lien avec l'absence de communication dans ce domaine.

Le montant de la cotisation annuelle reste fixée à 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). Céline LECLERC, Directrice de l'ORS Centre, élue au conseil d'administration de la FNORS en juin 2007, y a été réélue en 2009. Elle participe aux réunions de bureau mensuelles 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).

3. Le partenariat ORS / Creai

En 2009 s'était amorcé, dans le contexte de la révision générale des politiques publiques, un processus de rapprochement de l'ORS et du Creai. Les changements importants attendus dans le champ du sanitaire et du médico-social, au regard notamment des transformations des organismes décideurs, avaient incité les présidents des deux associations à se rapprocher pour échanger leurs analyses respectives.

Diverses rencontres avec les instances associatives de l'ORS et du Creai ont depuis permis d'aboutir à un diagnostic partagé : les nouvelles problématiques créées par le décloisonnement du sanitaire et du médico-social, la prééminence de la référence à la notion de territoire et la création d'un pôle d'insertion sociale doivent inciter les 2 associations à dépasser leur taille critique en mutualisant leurs moyens humains.

Par ailleurs, la mise en place d'un observatoire régional sanitaire, médico-social et social, repéré par une direction unique, semble correspondre aux attentes de nombreux acteurs impliqués dans la décision et la gestion du champ sanitaire, médico-social et social (nouvelles structures décisionnelles et réseau associatif, lequel connaît également des phénomènes de groupement et de concentration).

Ce diagnostic a conduit à la signature, le 31 mai 2010, d'une «déclaration d'intention en vue de créer, en région Centre, *«initialement»* un groupement de coopération sanitaire, médico-sociale et sociale». Celle-ci engage les deux associations dans un processus de rapprochement progressif, qui pourrait se concrétiser dans un premier temps par la signature d'une convention de partenariat renforcé.

Dans cette intention, constatant la vacance du poste de direction au Creai, il a été proposé que la directrice actuelle de l'ORS puisse, par le biais d'une mise à disposition, expérimenter progressivement la faisabilité d'un tel rapprochement. Une «convention de mise à disposition de personnel entre le Creai et l'ORS» a été signée en ce sens : depuis le 31 mai 2010, la directrice de l'ORS, Céline Leclerc, assure donc également la direction du Creai à 0,50 ETP. Un comité de suivi a également été créé afin de suivre ce processus de rapprochement.

Après une première phase d'expérimentation, (de mai 2010 au 31 octobre 2010), la deuxième étape doit permettre de travailler les modalités d'organisation nécessaires pour s'engager dans la signature de la convention de partenariat renforcé.



3. Le budget

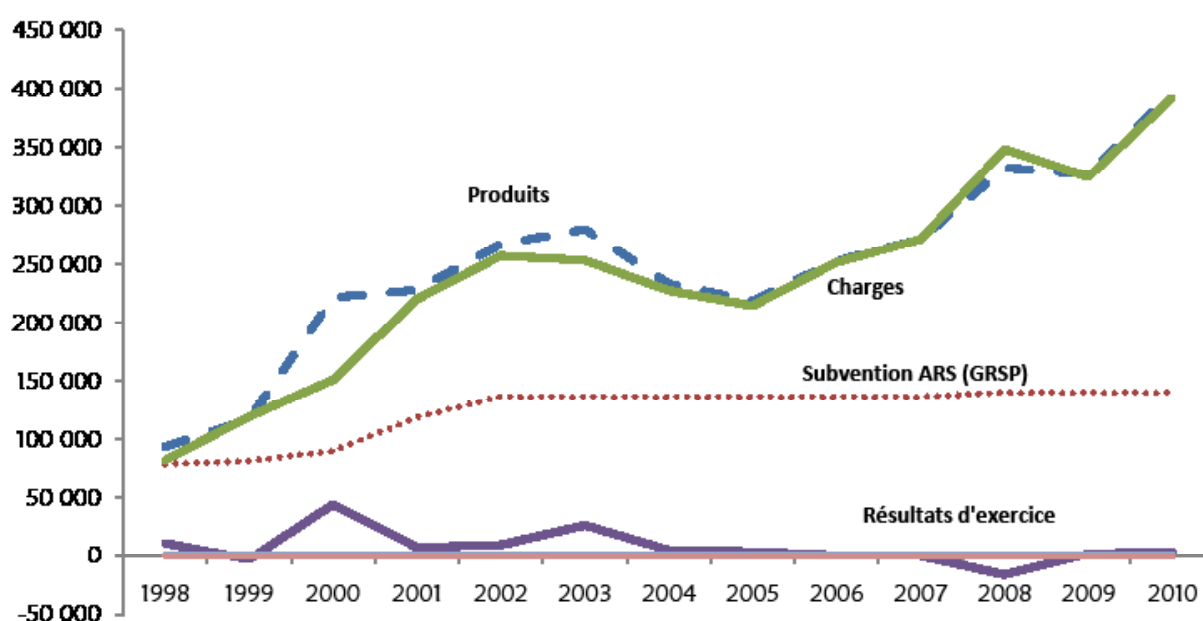
Le rapport financier de l'année 2010

L'année 2010, à l'image de l'année 2009, voit une nette augmentation des produits d'exploitation, largement au-dessus du budget prévisionnel (+ 20,6 %). Le montant des subventions est resté stable, mais compte tenu de l'accroissement des productions vendues, la part de la subvention de l'ARS ne représente plus qu'un tiers des produits. En revanche, le poste sur les transferts de charges a nettement augmenté en 2010 pour deux raisons : d'une part, le reversement des IJSS relatives aux arrêts maladie et congé maternité de la secrétaire et, d'autre part, l'indemnisation de la mise à disposition du poste de direction à 0,5 ETP au Creai.

L'augmentation des charges observée en parallèle tient à l'augmentation des charges de personnel (recrutements CDD) pour honorer les commandes supplémentaires et pallier les divers congés de la secrétaire. La masse salariale représente 83,4 % des charges, ce qui est conforme à l'activité de l'association.

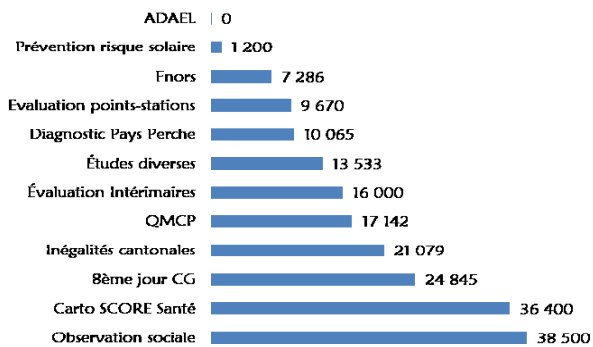
2010 montre un résultat budgétaire équilibré, comme pour les autres années, hormis 2008. Il en ressort un résultat net de 3 821 €.

Evolution du budget de l'ORS Centre depuis 1998



	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010
Produits	93 606	221 968	267 599	233 468	252 851	332 672	327 338	396 326
dont subventions	79 273	89 945	136 479	136 479	136 500	140 000	140 000	140 000
Charges	82 146	150 969	257 605	227 940	215 050	348 540	324 966	392 505
Résultats d'exercice	11 327	44 272	9 994	5 528	4 079	-15 869	2 372	3 821

Les prestations vendues en 2010 (en euros)



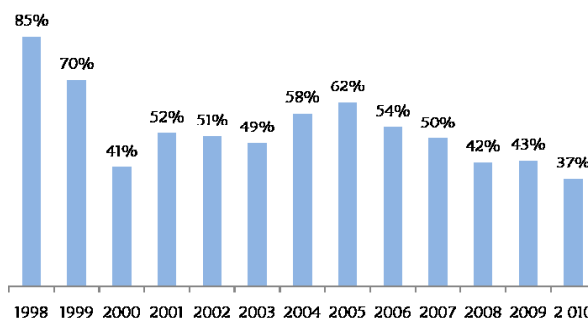
La vente des productions est une nouvelle fois supérieure à celle de l'année précédente, bien que déjà remarquable en 2009. Pour cette année 2010, les travaux financés correspondent en premier lieu à la création d'un système de cartographie dynamique pour le site SCORE-Santé de la Fnors, à la continuité de l'opérationnalité de la plate-forme sociale avec la DRJSCS, à la nouvelle publication du livre sur «Les inégalités cantonales de santé» et aussi à la diffusion des résultats régionaux de deux années d'exploitation de CS8 (certificats de santé du 8^{ème} jour).

Cette année 2010 a également permis le prolongement de la collaboration entre l'ORS, l'InVS, la Direccte et l'ARS dans le cadre des quinzaines des maladies à caractère professionnel, et aussi des collaborations avec le Conseil régional pour la réalisation d'une étude sur la santé perçue des lycéens et l'évaluation des «points-stations» mis en place par l'Apleat dans certains lycées du Loiret.

2010, une année riche en partenariats puisque l'ORS a été sollicité par la Fnors, l'URML (nouvel URPS), l'ORS Guadeloupe et le pays du Perche.

Concernant les autres produits, la convention liant l'ORS à l'ARS est restée inchangée pour cette nouvelle année avec une enveloppe de 140 000 € pour la réalisation de travaux (étude sur l'entretien prénatal précoce, exploitation des CS8 ...).

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

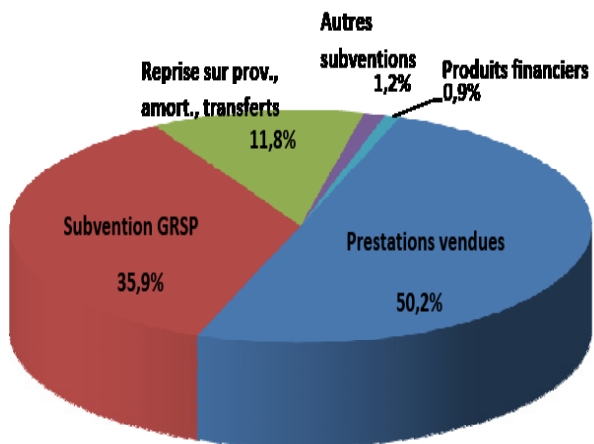


L'ORS a également bénéficié d'un renouvellement de l'aide à l'embauche dans le cadre du CAP'Asso du Conseil régional pour un montant de 4 666 €.

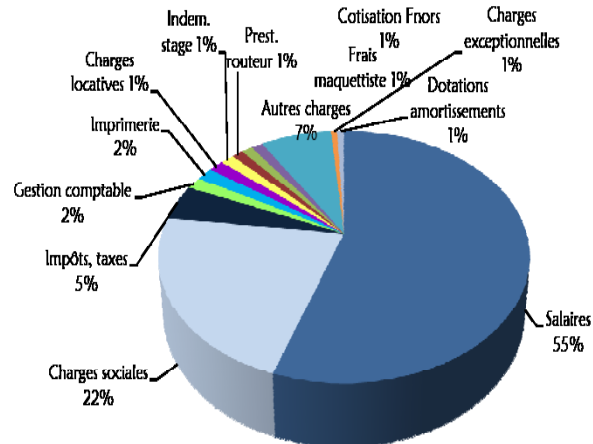
Concernant les charges, le poste salaires, impôts & taxes et cotisations a augmenté de 23 % comparativement à 2009. Cette augmentation est à mettre en lien avec l'accroissement des prestations vendues qui a nécessité le recrutement de personnel. Toutefois, ce poste représente toujours un peu plus de 80 % de l'ensemble des charges, ce qui est cohérent avec la répartition des charges des années précédentes.

Pour cette année, les charges d'exploitation n'ont augmenté que de 8,4 % par rapport à 2009, ce qui est loin d'être important au regard de l'augmentation de l'activité. Les postes qui se dégagent en 2010 sont les postes «impression» (en raison de la parution du livre sur les inégalités), le poste «prestations routeur» puisque deux diffusions de CS8 ont été réalisées, et le poste «frais de missions, réception» du fait des études EPP et intérimaires qui nécessitent de nombreux déplacements ainsi que de la participation de tous les salariés et du président au 12^{ème} congrès national des ORS qui a eu lieu à Lyon.

Répartition des produits en 2010



Répartition des charges en 2010



Rapport «GAMAF» sur les comptes annuels 2010

Bilan actif

	31/12/2010			31/12/2009
	Brut	Amort. dépréciat.	Net	Net
ACTIF IMMOBILISE				
Immobilisations incorporelles				
Frais d'établissement				
Frais de recherche et développement				
Concessions, brevets, licences, logiciels, droits & val. similaires	4 720	4 720		1 186
Fonds commercial (1)				
Autres immobilisations incorporelles				
Immobilisations incorporelles en cours				
Avances et acomptes				
Immobilisations corporelles				
Terreins				
Constructions				
Installations techniques, matériel et outillage industriels				
Autres immobilisations corporelles	13 908	11 500	2 409	3 310
Immobilisations grevées de droits				
Immobilisations corporelles en cours				
Avances et acomptes				
Immobilisations financières (2)				
Participations				
Créances rattachées à des participations				
Titres immobilisés de l'actif de portefeuille				
Autres titres immobilisés				
Prêts				
Autres immobilisations financières				
TOTAL (I)	18 637	16 229	2 409	4 496
Comptes de bilan				
ACTIF CIRCULANT				
Stocks et en-cours				
Matières premières et approvisionnements				
En-cours de production de biens				
En-cours de production de services	6 400		6 400	
Produits intermédiaires et fins				
Marchandises				
Avances et acomptes versés sur commandes				
Créances d'exploitation (3)				
Créances clients et comptes rattachés	66 875		66 875	30 084
Autres créances	2 219		2 219	2 106
Valeurs mobilières de placement	154 514		154 514	183 115
Instruments de trésorerie				
Disponibilités	87 139		87 139	29 585
Charges constatées d'avance (3)	1 115		1 115	1 481
TOTAL (II)	318 262		318 262	247 171
Charges à répartir sur plusieurs exercices (III)				
Primes de remboursement des emprunts (IV)				
Restes de convention actif (V)				
TOTAL GENERAL (I à V)	336 899	16 229	320 670	251 667
(1) doit être au bord				
(2) doit à moins d'un cent				
(3) doit à plus d'un cent				
ENGAGEMENTS RECUS				
Lois non à réaliser :				
- acceptés par les organes statutairement compétents				
- autorisés par l'organisme de tutelle				
Dons en nature restant à vendre				

Rapport «GAMAF» sur les comptes annuels 2010

Bilan passif

		31/12/2010	31/12/2009
		Net	Net
FONDS ASSOCIATIFS			
Fonds propres			
Fonds associatifs sans droit de reprise			
<i>Donations et dons sans contrepartie d'ordre imme., subv. d'évent. affectés à des biens renouvelables</i>			
Ecart de réévaluation			
Réserves statutaires ou contractuelles			
Réserves réglementées			
Autres réserves			
Report à nouveau			
		130 019	127 647
RESULTAT DE L'EXERCICE (excédent ou déficit)			
		3 821	2 372
Autres fonds associatifs			
Fonds associatifs avec droit de reprise			
Résultats sans caractère des fonds financiers			
Ecart de réévaluation			
Subventions d'investissement sur biens non renouvelables			
Provisions réglementées			
Droits des propriétaires (Commodat)			
TOTAL	(I)	133 840	130 019
Comptes de bilan	(II)		
PROVISIONS			
Provisions pour risques			
Provisions pour charges			
TOTAL	(III)		
FONDS DEDIES			
Sur subventions de fonctionnement			
Sur autres ressources			
TOTAL	(IV)		
DETTES (1)			
Emprunts obligataires			
Emprunts et dettes auprès des établissements de crédit (2)			
Emprunts et dettes financières divers (3)			
Avances et comptes reçus sur commandes			
Dettes financières et comptes rattachés			
		13 642	11 648
Dettes fiscales et sociales			
		82 055	46 394
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés			
Autres dettes			
Produits constatés d'avance (1)			
		91 133	63 606
TOTAL	(V)	186 830	121 648
Ecart de conversion passif	(VI)		
TOTAL GENERAL	(I à VI)	320 670	251 667
<i>(1) Dont à moins d'un an (à l'exception des avances et comptes reçus sur commandes en cours)</i>			
<i>(1) Dont à plus d'un an (à l'exception des avances et comptes reçus sur commandes en cours)</i>		186 830	121 648
<i>(2) dont concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques</i>			
<i>(3) dont emprunts participatifs</i>			
ENGAGEMENTS DONTES			

Rapport «GAMAF» sur les comptes annuels 2010

Compte de résultat

		31/12/2010	31/12/2009
		Total	Total
PRODUITS D'EXPLOITATION			
Ventes de marchandises			
Productions vendues			
Prestations de services		195 720	167 902
MONTANT NET DES PRODUITS D'EXPLOITATION		195 720	167 902
Productions stockées		6 400	
Productions immobilisées			
Subventions d'exploitation		144 667	144 446
Reprises sur amortissements, dépréciations, provisions et transferts de charges		46 093	8 447
Collectes			
Cotisations			
Autres produits		80	203
TOTAL DES PRODUITS D'EXPLOITATION (I)	(I)	392 960	320 999
CHARGES D'EXPLOITATION			
Achats de marchandises			
Variation de stocks (marchandises)			
Achats de matières premières et autres approvisionnements			
Variation de stocks (matières premières et autres approvisionnements)			
Autres achats et charges externes (2)		59 919	55 207
Impôts, taxes et versements assimilés		17 910	11 893
Salaire et traitements		216 616	173 863
Charges sociales		85 796	76 565
Autres charges de personnel		6 943	3 937
Dotations aux amortissements sur immobilisations		2 804	3 612
Dotations aux dépréciations sur immobilisations			
Dotations aux dépréciations sur actif financier			
Dotations aux provisions pour risques et charges			
Autres charges			
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION (3)	(II)	389 989	324 966
1 - RESULTAT D'EXPLOITATION	(I-II)	2 971	- 3 968
Quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun			
Excédent attribué ou déficit transféré	(III)		
Déficit supporté ou excédent transféré	(IV)		
PRODUITS FINANCIERS			
De participations (4)			
Autres valeurs mobilières et créances de l'actif financier (4)			
Autres intérêts et produits assimilés (4)		3 136	3 693
Reprises sur dépréciations, provisions et transferts de charges			
Différences positives de change			
Produits nets sur cessions de valeurs mobilières de placement		230	1 427
TOTAL DES PRODUITS FINANCIERS	(V)	3 367	5 120
CHARGES FINANCIÈRES			
Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions			
Intérêts et charges assimilés (5)			
Différences négatives de change			
Charges nettes sur cessions de valeurs mobilières de placement			
TOTAL DES CHARGES FINANCIÈRES	(VI)		
2 - RESULTAT FINANCIER	(V-VI)	3 367	5 120
3 - RESULTAT COURANT AVANT IMPOT	(I-II+III-IV+V-VI)	6 338	1 152

Rapport «GAMAF» sur les comptes annuels 2010

Compte de résultat (suite et fin)

		31/12/2010	31/12/2009
		Total	Total
PRODUITS EXCEPTIONNELS			
Sur opérations de gestion			
Sur opérations en capital			1 220
Reprises sur dépréciations, provisions et transferts de charges			
TOTAL DES PRODUITS EXCEPTIONNELS (VII)			1 220
CHARGES EXCEPTIONNELLES			
Sur opérations de gestion			
Sur opérations en capital			
Dotation aux amortissements, aux dépréciations et provisions		2 517	
TOTAL DES CHARGES EXCEPTIONNELLES (VIII)		2 517	
4 - RESULTAT EXCEPTIONNEL (VII-VIII)		- 2 517	1 220
Impôts sur les bénéfices (IX)			
TOTAL DES PRODUITS (I+III+V+VII)		306 327	327 338
TOTAL DES CHARGES (II+IV+VI+VIII+IX)		302 806	324 946
5 - SOLDE INTERMEDIAIRE		3 821	2 372
+ Report de ressources non utilisées des exercices antérieurs			
- Engagements à réaliser sur ressources affectées			
6 - EXCEDENT OU DEFICIT		3 821	2 372
(1) dont produits afférents à des exercices antérieurs			
(2) dont redevances sur crédits-bail mobilier			
dont redevances sur crédits-bail immobilier			
(3) dont charges afférentes à des exercices antérieurs			
(4) dont produits concernant des entreprises liées			
(5) dont bénéfices concernant des entreprises liées			
EVALUATION DES CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE			
Produits			
Bénévoles			
Prestations en nature			
Donns en nature			
TOTAL			
Charges			
Secours en nature			
Mises à disposition gratuite de biens			
Prestations			
Personnel bénévole			
TOTAL			

Rapport «GAMAF» sur les comptes annuels 2010

Détail du compte de résultat - 1

	31/12/2010	31/12/2009	
	Total	Total	
PRODUITS D'EXPLOITATION			
Produits de services			
704201	FNOMIS	7 286,00	5 000,00
704202	INEGALITES CANTONALES MAJ	21 079,12	10 570,00
704203	ADAMEL	0,34	9 338,66
704204	INTERP THOMAS		7 671,00
704207	QUICP	171 42,20	12 897,00
704208	ANIS INTERMUNICIP	16 000,00	38 000,00
704209	ETUDES DIVERSES	13 533,00	1 225,00
704210	ETUDE DIAG PAYS PERCHE	10 065,00	
704211	PREVENT RISQUE SOLAIRE	1 200,00	
704212	EVAL POINTS STATION	9 670,00	
704215	BEJOUILLIG	24 845,00	
704220	SCORE SANTE	36 400,00	10 000,00
704229	ELASS DIAGNOSTIC ST		6 000,00
704332	PLATEFORME SOCIALE	38 499,50	39 000,00
704333	Observation FNOMIS		14 000,00
704334	ELISABE		14 000,00
	Total	195 720,16	167 902,46
MONTANT NET DES PRODUITS D'EXPLOITATION			
		195 720,16	167 902,46
Production stockée			
713410	VAL. EN COURS PROD.SERVIC	6 400,00	
	Total	6 400,00	
Subventions d'exploitation			
740000	SUBVENTION ETAT	140 000,00	140 000,00
740100	C REGIONAL CAP ASSO	4 667,00	4 446,00
	Total	144 667,00	144 446,00
Reprises sur amortissements, dépréciations, provisions et transferts de charges			
791000	TRANSPORTS CHARGES EXEPL	13 892,82	7 263,56
791100	MISE A DISPOSITION CHERAI	31 280,00	
791130	UNEPAF	920,00	1 184,04
	Total	46 092,82	8 446,60
Autres produits			
758000	PRODUITS DIVERS DE GEST.COCH		43,49
758100	AIDES DIVERSES DIVERSES	80,00	160,00
	Total	80,00	203,49
Total des produits d'exploitation			
		392 959,98	320 998,55
CHARGES D'EXPLOITATION			
Autres coûts et charges externes			
604105	PRESTATIONS ROUTIERE	4 592,28	39,23
605100	ACHATS DIVERSES	757,00	1 509,00
605100	PRESTATIONS ETUDES	777,40	5 623,00
606200	FUS ENTRETIEN NET VOYAGE	178,51	144,79
606300	FUS PETITS EQUIPEMENTS	374,62	1 390,96
606400	FUS ALIMENTS TRAITIVES	3 380,97	2 483,92
606405	ABONNEMENT COPIES	1 528,20	1 191,15
606411	IMPRIMERIE	6 788,20	608,59
606431	MAQUETTES DE	4 378,31	5 956,40

Rapport «GAMAF» sur les comptes annuels 2010

Détail du compte de résultat - 2

		31/12/2010	31/12/2009
		Total	Total
61100	SS TRATTANCE INFO	2 013,66	1 844,66
61300	LOCATION PARKING	683,78	109,53
61300	LOCATIONS MOBILIERES	1 751,06	259,50
61400	CHARGES LOCATION PROPRIETE	5 338,68	5 269,00
61500	MAINTENANCE	1 088,99	516,93
61600	PRIMES D'ASSURANCE	363,00	362,78
618100	DOCUMENTATION GENERALE	664,30	883,75
618500	FRAIS COLLOQUES SEMINAIRE		25,00
618600	CONGRES DES OMS	900,00	
621000	PERSONNEL CHEU TOUS	2 792,55	954,00
621100	PERSONNEL HOMMELE SERVIC	2 085,00	2 194,10
621300	PERSONNEL INTERIMAIRE		4 757,79
622600	REMUNERAT. INTERIMED. HONOR.	2 803,80	3 013,96
622610	HONORAIRES CAC	1 304,84	1 415,88
622700	FRAIS IMPACTES	50,00	150,00
625000	FRAIS DE REPAS	1 561,28	1 326,19
625100	DEPLACEMENTS RECEPTIONS	4 083,14	3 883,03
625101	DEPLACEMENT NUTHE	1 074,89	664,93
625700	RECEPTION CA AG BUREAU	1 084,96	627,17
626100	FRAIS POSTAUX	1 134,20	1 719,98
626200	FRAIS TELECOM	479,07	572,78
626210	FRAIS AISL. INTERNET	394,88	394,68
626220	SITE INTERNET OMS	718,46	566,52
627000	SERVICES BANCAIRES ET ASS	193,62	182,54
628100	CONTRATION FINCES	4 700,00	4 700,00
	Total	59 919,39	55 296,54
Impôts, taxes et versements assimilés			
631100	TAXES/SALARIES	13 177,00	7 737,49
631300	FORMATION PRO CONTINCE	3 813,06	2 472,07
633300	FORMATIONS EFFECTUES	990,00	1 483,04
	Total	17 910,06	11 692,60
Salaires et traitements			
641100	REMUNERATIONS PERSONNEL	206 900,87	154 460,84
641101	USS CPAM	5 660,61	15 159,74
641200	CONGES PAGES	4 055,00	4 202,56
	Total	216 616,48	173 863,14
Charges sociales			
645100	CONTRATIONS URSSAF	55 950,30	43 758,49
645200	CONTRATIONS PREVOYANCE	2 884,00	2 652,00
645300	CONTRATIONS RETRAITE	15 985,31	11 748,96
645400	CONTRATIONS ASSURNC	9 104,32	6 535,87
645800	CHARGES S/ CONGES	1 388,00	1 928,40
645800	COT. AUTRES OMS SOC		9 819,00
647500	MEDICINE DU TRAVAIL	484,20	122,00
	Total	85 796,13	76 564,72
Autres charges de personnel			
648000	INDICENTES DE STAGE	5 430,98	2 144,28
648100	CAIEAUX SALAIRES	1 512,00	1 759,08
	Total	6 942,98	3 937,36

Rapport «GAMAF» sur les comptes annuels 2010

Détail du compte de résultat - 3

	31/12/2010	31/12/2009
	Total	Total
Détails aux amortissements sur immobilisations		
681110 DOT.AMORT.IMMO.INCORPORÉ	1 186,03	1 253,81
681130 DOT.AMORT.IMMO.CORPORÉLL	1 617,56	2 357,98
Total	2 803,59	3 611,79
Total des charges d'exploitation	389 988,63	324 966,15
RESULTAT D'EXPLOITATION	2 971,35	- 3 967,60
PRODUITS FINANCIERS		
Autres intérêts et produits assimilés		
764000 REVENUS VAL.MOR.PLACEMENT	3 136,16	3 692,53
Total	3 136,16	3 692,53
Produits nets sur cessions de valeurs mobilières de placement		
767000 PROD.NETS/CES.VAL.MOR.PLA	230,36	1 427,46
Total	230,36	1 427,46
Total des produits financiers	3 366,52	5 119,99
RESULTAT FINANCIER	3 366,52	5 119,99
RESULTAT COURANT AVANT IMPOT	6 337,87	1 152,39
PRODUITS EXCEPTIONNELS		
Sur opérations en capital		
777000 SUBV.INVEST.VIÉRES RESULT		1 219,59
Total		1 219,59
Total des produits exceptionnels		1 219,59
CHARGES EXCEPTIONNELLES		
Détails aux amortissements, aux dépréciations et provisions		
687400 DOT.AUTR.PROVIS.REGLEMEN	2 517,00	
Total	2 517,00	
Total des charges exceptionnelles	2 517,00	
RESULTAT EXCEPTIONNEL	- 2 517,00	1 219,59
Total des produits	396 326,50	327 338,13
Total des charges	392 505,63	324 966,15
SOLDE INTERMEDIAIRE	3 820,87	2 371,98
EXCEDENT OU DEFICIT	3 820,87	2 371,98

Le budget prévisionnel de l'année 2011

Le budget prévisionnel 2011 a été élaboré en bureau le 6 novembre 2010 et approuvé lors du conseil d'administration du 21 décembre 2010. Ce budget prévisionnel ne prévoit pas de grandes évolutions au niveau des charges externes, à l'exception de la prise en compte de l'augmentation annuelle de l'indice des prix. En ce qui concerne les charges liées à la masse salariale, il prévoit une équipe équivalente au nombre de 6 ETP a minima et le recrutement d'au moins un CDD sur l'ensemble de l'année compte tenu des travaux envisagés sur 2011.

Concernant les productions, toutes les prestations vendues n'étant pas encore déterminées en novembre 2010, le budget prévisionnel fait apparaître un poste d'«études diverses» à prévoir pour un montant de 26 481 €.

Parmi les travaux d'ores et déjà engagés dès la fin d'année 2010, on enregistre : l'exploitation des CS8, la finalisation de l'évaluation du projet d'expérimentation sociale en médecine du travail, l'analyse, la rédaction et la diffusion de trois quinzaines MCP, la finalisation de l'évaluation des points-stations, l'évaluation de l'action de prévention «vivre avec le soleil», la plate-forme sociale, l'étude sur la santé perçue des lycéens et la mise à jour d'indicateurs SCORE-Santé.

Concernant les autres financements, le montant relatif à la convention ORS/ARS reste identique aux trois années précédentes, soit 140 000 €, le renouvellement du CAP'Asso prévoit un financement de 4 666 € par le Conseil régional. Enfin, il est prévu pour cette année 2011 l'indemnisation du poste de direction (salaires, charges, impôts et taxes) pour une quotité de temps équivalente à 0,5 ETP.

en euros	
PRODUITS	
Productions vendues	190 902
Subventions et autres produits	192 120
Total	383 022
CHARGES	
Achats et charges externes	64 019
Salaires, traitements, charges sociales	314 009
Amortissements	5 000
Total	383 022
RESULTAT DE L'EXERCICE	0

Détail du budget prévisionnel de l'année 2011

	En euros
Productions vendues	190 992
De jour Conseils généraux	12 550
Évaluation projet Intermaires	16 000
Exploitation MCP 2, 3 et 4	30 865
Évaluation Points Stations	14 506
Évaluation Sécurité solaire	12 000
Observation sociale	15 000
Tableau de bord observation sociale	14 000
Santé des lycéens	29 700
Développement Score santé	16 800
SCORE Santé	3 000
Études diverses	26 481
Subventions et autres produits	192 120
AIS	140 000
Cap'Asso	5 000
Indemnisation Direction 0,5 ETP Creal	46 920
Adhésions	200
TOTAL PRODUITS	383 022
Charges estimées	64 018
Achats données	2 000
Fournitures entretien petit équipement	2 500
Fournitures administratives	3 000
Maquettiste	4 000
Imprimeur	5 000
Commissaire aux comptes	1 600
Charges locatives	6 200
Entretien réparation matériel	500
Prime d'assurance	400
Documentation générale	900
Frais colloques et séminaires	1 500
Autres frais de formation	2 500
Expert comptable	4 500
Prestation de services (CHU)	11 613
Personnel Domicile service	2 200
Déplacements, missions	4 000
Réception	1 500
Frais postaux	3 000
Frais de télécommunication	1 500
Abonnement internet	700
Services bancaires	200
Cotisation FMOIS	4 700
Charges	219 000
Impôts taxes	14 009
Salaires et charges sociales	300 000
Dotations aux amortissements	5 000
TOTAL CHARGES	383 022

BP présenté au bureau de l'ORS Centre le 06 novembre 2010

4. Les travaux

Temps de travail : analyse synthétique

En 2010, la répartition du temps de travail confirme la tendance observée en 2009 : le temps consacré à la gestion interne reste en-deçà de 8,5 % , soit une augmentation d'à peine 1,5 %, liée au recrutement d'une secrétaire en CDD pour pallier l'absence de secrétariat.

Il faut toutefois également tenir compte du partage du temps de Céline Leclerc entre la direction de l'ORS Centre et la direction du CREAI depuis mai 2010 : le temps consacré au CREAI représente 4,3 %.

Le temps consacré aux études continue d'augmenter, à hauteur de 71,7 %.

Travaux	% sur l'ensemble de l'activité de l'année 2010
SCORE Santé	15,59%
Entretien 4e mois	10,91%
Gestion interne	8,43%
Intérimaires	7,73%
QMCP	7,13%
Plateforme sociale	6,05%
Inégalités cantonales santé	4,99%
CREAI	4,32%
Lecture doc. / Formation / Colloques	3,80%
Vie affective handicap	3,45%
Communications externes	2,57%
Pays Perche	2,56%
Divers (rangement)	2,50%
CSB	2,18%
Santé jeunes	2,11%
Points-stations de l'APLEAT	1,99%
Conseil technique, conseil méthodo., groupes d'experts	1,61%
Observation Fnors	1,49%
Projection méd URML	1,26%
Encadrement stagiaire	1,19%
Maintenance informatique	1,10%
Déplacements FNORS	0,88%
I2sare	0,84%
Pays Vexan	0,63%
Adel	0,66%
ORS Grandloire	0,51%
Carto ARS Suicide	0,50%
Portail GRSP	0,45%
Calculs sur bases de données	0,43%
Créat/ORS rapprochement	0,36%
Prévention / Sécurité enfants	0,28%
Carto Dross Addictions	0,28%
Internet	0,25%
Congrès des ORS Lyon	0,23%
Pays Vendôme	0,17%
CSB CS24	0,16%
Inégalité libre national	0,07%
Démarche qualité	0,07%
Réseau Périvat Indre	0,05%
Documentation, fourniture de données	0,01%

Les deux projets majeurs en 2010, «Système d'information géographique SCORE-Santé» et «Evaluation de l'entretien prénatal précoce, ou entretien du 4^{ème} mois, en région Centre», ont respectivement représenté 15,6 % et 10,9 % du temps de l'équipe, soit au total 26,5 % pour ces deux projets, très chronophages (réalisation de la cartographie dynamique pour SCORE-Santé, traitement des questionnaires, et réalisation d'entretiens pour l'évaluation de l'entretien prénatal précoce).

Viennent ensuite l'évaluation finale du projet expérimental mené auprès des intérimaires vus en consultation à la médecine du travail ;
l'exploitation des données 200 relatives aux QMCP ;
le développement de la plate-forme sociale ;
la finalisation de l'état des lieux de l'observation dans les régions.

==> Système d'Information Géographique SCORE-Santé

L'ORS Centre a été missionné par la Fnors pour le développement d'un Système d'Information Géographique en ligne fonctionnant avec la plateforme d'information SCORE-Santé.

Ce projet a pour objectif d'apporter une dimension géographique et visuelle aux données existantes sur le site de Score-Santé.

Débuté pendant cette année 2010, le projet a tout d'abord été mené par Guillaume Affringue, informaticien à l'ORS Centre jusque fin juillet 2010, avant d'être repris par Julien Vossart, son successeur.

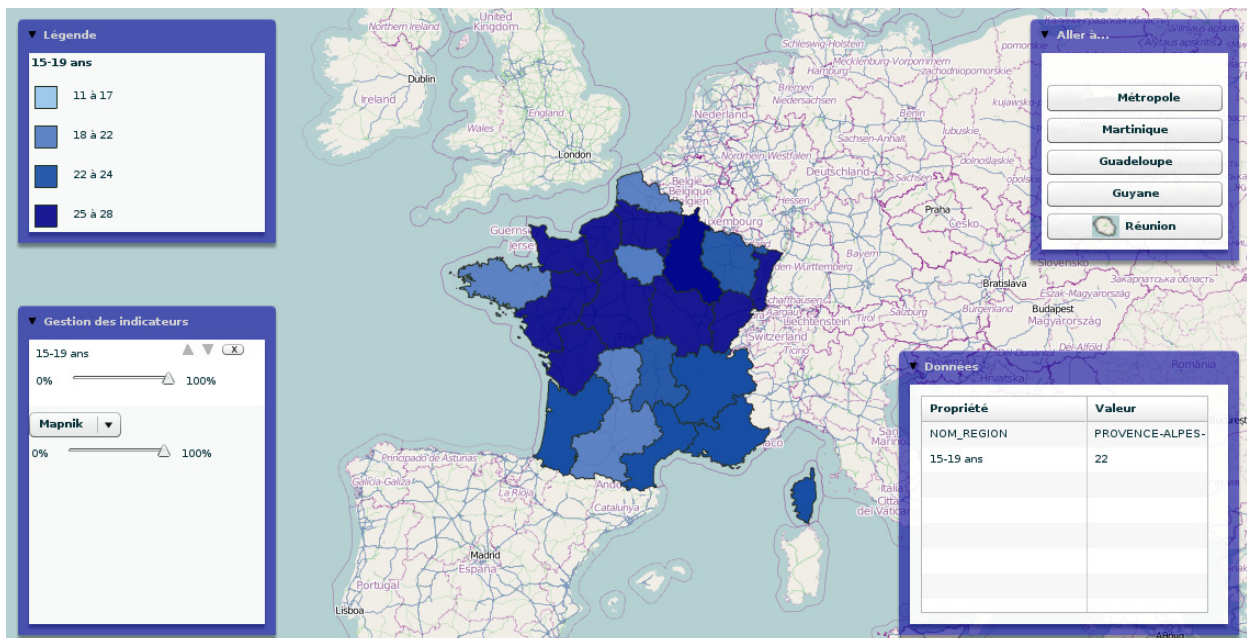
Ce travail a nécessité une collaboration avec la Fnors pour la mise en commun de paramètres. Par la suite, des modifications ont dû être apportées afin d'optimiser les performances et d'alléger le serveur de la Fnors.

Des fonds de cartes ont également dû être achetés auprès de l'Institut Géographique National, afin de créer en interne les différentes échelles géographiques nécessaires au SIG.

Actuellement, le SIG comporte 4 panneaux rétractables :

- le premier contient la légende ;
- le deuxième contient des outils permettant de gérer les couches qui composent la carte ;
- le troisième contient des boutons de navigation permettant de se déplacer facilement entre les différents DOM et la métropole ;
- le quatrième et dernier panneau contient un tableau d'affichage des données.

Lors du survol d'une zone par la souris, les informations correspondantes s'y affichent.



==> Evaluation de l'Entretien prénatal précoce, ou entretien du 4^{ème} mois, en Région Centre

La Commission Régionale de la Naissance, via le groupe de travail « Collaboration médico-psycho-sociale en périnatalité », a sollicité l'ORS pour évaluer l'efficacité de l'entretien prénatal précoce dans son objectif de repérage et d'accompagnement des mères en situations de vulnérabilité.

En vue d'établir le protocole d'étude, des entretiens exploratoires ont été menés auprès de trois sages-femmes (une exerçant en libéral, une autre en PMI et une troisième en secteur hospitalier) en 2009. Ces entretiens ont permis de préciser les éléments à étudier pour comprendre comment s'effectue le repérage des mères vulnérables et comment s'organise leur accompagnement. Ces entretiens suggéraient un décalage entre l'objectif initial de repérage de l'ensemble des situations de vulnérabilité et les situations effectivement identifiées par les professionnels. En outre, les conditions dans lesquelles les femmes se présentent à l'entretien prénatal précoce (calendrier de la grossesse, orientation ou non par un professionnel de santé, présence du père) semblaient également conditionner les attentes des femmes vis-à-vis de cet entretien et les échanges qui vont s'établir avec la sage-femme.

Enfin, du point de vue des sages-femmes rencontrées, il était nécessaire de créer un lien de confiance avec les mères pour pouvoir identifier au fur et à mesure les difficultés qu'elles peuvent rencontrer durant leur grossesse.



Les modalités du suivi de grossesse et la manière dont l'entretien prénatal précoce s'intègre dans le parcours des femmes sont des éléments à prendre en compte pour comprendre le contexte de repérage des situations de vulnérabilité et les accompagnements proposés.

Dans le cadre de cette évaluation, l'efficacité de l'entretien prénatal précoce est analysée du point de vue des bénéficiaires en vue d'identifier les conditions de leur adhésion à cet accompagnement ou au contraire les freins limitant leur engagement dans cet accompagnement. De ce point de vue, la mise en œuvre effective d'un accompagnement peut dépendre :

- de la femme elle-même, qui est considérée non seulement comme un bénéficiaire du service mais également comme un acteur de ce service. Son investissement dans le dispositif d'accompagnement dépend de la manière dont elle perçoit sa situation et ses enjeux, de la manière dont elle décrit sa situation au professionnel et de ce qu'elle-même souhaite voir mettre en œuvre.
- De facteurs externes à l'entretien prénatal précoce concernant la femme : sa situation familiale, l'orientation vers une autre offre de services, une évolution de la grossesse... Tous ces facteurs externes ne pourront pas être identifiés dans cette étude. Les évolutions de la grossesse (décès intra-utérin, avortement thérapeutique) ne seront par exemple pas prises en compte dans cette étude.
- Du déroulement de l'entretien entre la femme et le professionnel de santé : les écarts de représentations de la situation de vulnérabilité et de ses enjeux entre la femme et le professionnel peuvent être un facteur limitant ou favorisant l'efficacité des accompagnements proposés.
- Il convient en outre de s'intéresser à la manière dont la femme perçoit les propositions d'accompagnement faites par le professionnel de santé (en termes de légitimité, de pertinence, d'efficacité, d'accessibilité).

La méthode proposée repose sur une enquête par entretien semi-directif auprès de sages-femmes réalisant les entretiens prénataux précoces, une enquête par questionnaire auprès de femmes venant d'accoucher et des entretiens complémentaires auprès de mères ayant bénéficié de cet entretien et ayant été repérées en situation de vulnérabilité.

Une vaste enquête par questionnaire a été menée en octobre 2009 dans toutes les maternités de la région. Cette enquête avait pour objectifs d'identifier les caractéristiques des femmes les plus à même d'avoir bénéficié d'une orientation après l'EPP et d'identifier les perceptions qu'ont les femmes des prises en charge proposées suite à cet entretien. Le questionnaire a été proposé à toutes les femmes venant d'accoucher sur une période de quinze jours. Les étudiantes sages-femmes de l'Ecole de Sage-Femmes de Tours ont été mobilisées pour présenter le questionnaire dans certaines maternités où elles réalisaient leur stage pratique. Dans les autres maternités, nous nous sommes appuyées sur une sage-femme référente pour cette enquête. Le questionnaire était auto-administré, les femmes le remplissant seules. 985 questionnaires nous ont été retournés sur un total de 1 372 questionnaires transmis aux maternités. Cette différence s'explique principalement par une surestimation de l'échantillon.

Les entretiens auprès de sages-femmes ont pour objectif d'identifier les enjeux perçus par le professionnel de l'EPP, la perception de son intérêt, de ses inconvénients pour identifier les situations de vulnérabilité et la perception de l'utilité et de l'efficacité des accompagnements mis en place pour les femmes. Ils ont aussi permis de recueillir leur perception des éléments facilitant le déroulement de l'entretien prénatal précoce et la mise en place d'accompagnements, des difficultés rencontrées à ces deux niveaux, ainsi que leurs attentes et perspectives sur cette prise en charge.

Trente sages-femmes réalisant des entretiens prénataux précoces ont été interviewées : dix intervenaient en PMI, 10 autres en maternité et 10 avaient essentiellement une activité libérale. Ces entretiens ont été réalisés entre juin et juillet 2009.

Les entretiens auprès de mères ayant été repérées en situation de vulnérabilité doivent permettre de comprendre les facteurs participant à l'adhésion à un parcours d'accompagnement médico-psycho-social pendant la grossesse et durant les 6 premiers mois suivant la naissance de l'enfant. Ces entretiens retracent le déroulement de la grossesse et les parcours de prise en charge pendant la grossesse et après la naissance en analysant la perception qu'ont eu les femmes de leur situation et de la prise en charge proposée par le personnel médical rencontré. Ils conduisent à identifier les attentes des femmes en termes de prise en charge, les éléments positifs et négatifs perçus de l'entretien prénatal précoce, les enjeux perçus, les éléments (d'ordre familial, social, économique, institutionnel) favorisant et freinant la mise en place de l'orientation à la suite de cet entretien.

Ces entretiens visaient des mères ayant été accompagnées par une équipe médico-psycho-sociale pendant leur grossesse et auprès de mères identifiées par l'équipe comme étant en situation de vulnérabilité mais n'ayant pas participé à ce suivi. Seules des mères ayant adhéré au suivi ont pu être interviewées. Les sages-femmes, qui faisaient le lien entre l'ORS et ces personnes, n'ont pas pu nous mettre en relation avec des mères n'ayant pas participé au suivi. Le rapport d'évaluation doit être finalisé et remis à la Commission Régionale de la Naissance pour septembre 2010.

===> Evaluation du projet «Réduire les inégalités d'accès à la santé des travailleurs intérimaires»

En 2008, la Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle en région Centre a reçu un financement du Haut commissariat aux solidarités actives pour mener un projet d'expérimentation sociale visant à réduire les inégalités de santé des travailleurs temporaires. Ce projet est porté par deux services de santé au travail de la région Centre : le CIHL sur le département du Loiret et l'AIMT sur le département de l'Indre-et-Loire. L'Observatoire régional de la santé du Centre a été mandaté pour réaliser l'évaluation de ce projet entre 2008 et 2010.

Le projet d'expérimentation sociale sur la réduction des inégalités de santé des intérimaires comporte trois objectifs spécifiques :

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

Pour répondre à ces objectifs, différents outils ont été prévus mais trois seulement ont été mis en place : un carnet de suivi du parcours professionnel délivré aux intérimaires, qui doit permettre de retracer le parcours du salarié dans ses emplois successifs et son suivi médical ; un questionnaire permettant d'identifier les situations de précarité, validé au niveau national (questionnaire EPICES) ; une assistante sociale mise à disposition des services de médecine du travail qui intervient auprès des intérimaires en situation de précarité orientés par les médecins du travail.

Un rapport intermédiaire est paru en 2009 présentant les conditions de mise en œuvre du projet.

Ce rapport final vise davantage à évaluer la pertinence et l'efficacité du projet par rapport à ses objectifs. En termes de pertinence, il s'agit de voir dans quelle mesure les objectifs fixés par le projet renvoient à des besoins perçus par les différents acteurs du projet, les acteurs impliqués

dans le suivi médico-social des intérimaires et par les intérimaires eux-mêmes.

En termes d'efficacité, il s'agit de voir dans quelle mesure le projet a répondu à ses objectifs par la mise en œuvre des outils prévus et par l'effet de ces outils sur la réduction des inégalités de santé des intérimaires.

Ce rapport est organisé en trois parties. La première partie présente les objectifs du projet et la méthode d'évaluation. Dans une seconde partie, nous interrogeons la pertinence du projet en vue de définir sa plus-value et ses limites. La troisième partie s'intéresse à l'évaluation de l'efficacité du projet en termes de repérage, de prise en charge et de prévention.

Le service proposé par la médecine du travail vise à renforcer le repérage pour améliorer la prévention de la désinsertion professionnelle et proposer des prises en charge spécifiques aux intérimaires ayant des difficultés liées à la santé. En effet, en ce qui concerne la santé au travail, si les intérimaires émargent au niveau de la fréquence des accidents de travail, ce n'est pas le cas au niveau des maladies professionnelles. Les services de santé au travail notent également une faible déclaration des intérimaires en inaptitude ou de demandes d'aménagement de poste pour cette population. Afin d'analyser l'efficacité du service au niveau des prises en charge proposées, il paraissait intéressant de s'interroger sur les mécanismes conduisant à cette invisibilité. Comment ces intérimaires présentant des problèmes de santé échappent-ils au repérage des services médico-sociaux et plus particulièrement aux services de santé au travail ?

Le rapport conclut à un défaut de repérage par les services de santé au travail et par les services médico-sociaux. Ce défaut de repérage fait écho à un processus de vulnérabilité intrinsèque à l'intérim, conduisant les personnes à adapter le plus possible leurs problèmes de santé à leur situation de travail et à masquer leurs difficultés aux médecins du travail.

Les services de santé au travail participent à cette invisibilité des problèmes de santé au travail en posant des aptitudes dans un contexte de faible appréciation des risques et en négociant certaines aptitudes avec les intérimaires au bénéfice de leur activité professionnelle mais au détriment parfois de leur santé.

A ce défaut de repérage s'ajoute un défaut de prise en charge. L'absence d'outils permettant d'assurer le suivi médical au travail des intérimaires conduit à un suivi médical partiel, certainement inadapté à l'intérim. Les services médico-sociaux ne sont ensuite pas à même de proposer une prise en charge adaptée en l'absence de liens étroits avec les services de santé au travail et de démarches d'accès aux droits complexes pour des personnes aux revenus instables. Ces difficultés de prise en charge sont à même de conduire les intérimaires présentant de graves problèmes de santé à une sortie précoce de l'emploi.

Dans ce cadre, les outils créés sur le projet doivent permettre de renforcer le repérage des intérimaires présentant un risque de désinsertion professionnelle et de leur proposer une prise en charge par des organismes adaptés (assistantes sociales du projet, centres d'examen de santé). L'effet de ces outils est évalué au niveau des transformations induites dans la pratique médicale et dans l'organisation des services de santé au travail. Les entretiens réalisés permettent de mesurer la plus-value et les limites de ces prises en charge internes aux services de santé au travail.

Dans le champ médico-social, tous les médecins n'avaient pas identifié de besoin auprès de leur population intérimaire. Les secrétaires étaient plus sensibles à cette problématique. Au bout de deux ans d'expérimentation, les réticences quant à la présence d'une assistante sociale dans le service ont disparu et beaucoup regrettent que le projet ne se prolonge pas. L'évaluation de la plus-value de ce projet porte sur la manière dont les équipes concernées des services de santé au travail ont collaboré avec les assistantes sociales. La mise en œuvre de cette collaboration varie selon les médecins. On observe pour certains une collaboration spécifique dans le domaine de la santé au travail qui a consisté dans la prise

en charge de problématiques de handicap, d'invalidité et de maladies professionnelles. D'autres l'ont mobilisé sur des thèmes sociaux. Il n'y avait donc pas nécessairement de liens entre l'orientation proposée par le médecin et une vulnérabilité sur le plan de la santé.

Ces modes de fonctionnement induisent une intervention sur des champs très larges par les assistantes sociales. Dans le champ strict de la santé au travail, cette globalité de l'accompagnement est nécessaire. Sur des problématiques de vulnérabilité, leur prise en charge se présente comme de la prévention de la désinsertion professionnelle et sociale en remobilisant les personnes dans leurs démarches d'accès aux droits.

Sur le plan du suivi médical au travail et de la prévention des risques professionnels, des besoins avaient été identifiés par tous les médecins. Toutefois, dans l'ensemble, les outils ne leur ont pas paru pertinents pour résoudre les difficultés rencontrées.



Pages 1 à 3 de ce document à lire en fin de rapport.

===> 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, relative aux libertés et responsabilités locales, 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 disposition des décideurs des informations objectives, fiables et nécessaires à la conduite de 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,
- 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 œuvre de cette plate-forme. Depuis 2010, le pilotage de la plate-forme sociale est assuré par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale du Centre.

Pour participer à cette démarche, des partenaires avaient initialement été identifiés : des collectivités territoriales (conseil régional, conseils généraux), des organismes de protection sociale (caisses d'allocations familiales, mutualité sociale agricole, régime social des indépendants, caisses primaires d'assurance maladie), des services de l'Etat...

En 2008, un site internet avait été créé. La mise en ligne des données s'effectuait par l'envoi d'un fichier excel à la base de données de la plate-forme.

L'outil internet qui a été développé auparavant a été entièrement refondu au cours de cette année 2010. Il est toujours disponible à l'adresse suivante : <http://observationsociale-centre.org>.

Un onglet « partenaires » permet de visualiser les différents membres qui composent la plate-forme d'observation sociale en région Centre.

Une fiche présente en quelques lignes leurs missions en matière d'inclusion sociale. Un lien hypertexte oriente vers les sites internet des partenaires. Un onglet « publications » rend possible la consultation d'études et de rapports dans les domaines sociaux et médico-sociaux.

Les différents comités de pilotage ont permis la validation des données partagées par les partenaires. La partie « indicateurs » permet en outre la consultation des données disponibles, leur exportation (unique ou de plusieurs conjointement), et leur représentation sous différentes formes (tableaux, graphiques).

Le choix du comité de pilotage s'est porté sur la réalisation d'un tableau de bord annuel décrivant, analysant les données et permettant aux décideurs de se doter d'un document synthétique reprenant les grandes données clés du champ de l'inclusion sociale. Le tableau de bord nommé OSCARD (Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux) sera disponible soit en intégralité soit par grandes thématiques dans l'onglet « Tableau de bord ».



Observation Sociale du Centre



Accueil



Partenaires



Publications



Indicateurs



Tableau de
bord



Administration

Vous êtes actuellement en mode invité(s), cliquez ici pour vous connecter



L'Observation Sociale du Centre



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

L'observation des données sociales revêt aujourd'hui une importance capitale. En disposant de données fiables il est possible d'anticiper les tendances, de mieux cerner les enjeux et faciliter la mise en œuvre de réponses concrètes et adaptées.

L'observation des données sociales donne des clés pour comprendre, mesurer la réalité, identifier les évolutions. Elle doit éclairer la décision publique et donner du sens à l'action.

A la croisée de l'action publique, des compétences territoriales, de l'expertise de multiples partenaires et dans un environnement complexe, l'Observation Sociale du Centre se veut être un espace fédérateur des données sociales en région Centre.

La Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale s'est associée à l'Observatoire Régional de la Santé - riche d'un précédent partenariat avec la DRASS Centre - afin de créer ce site internet, vitrine de la coopération régionale des acteurs du champ social.

A travers cet espace public il vous est possible d'interroger la base de données et ses 103 indicateurs retenus, d'en extraire des tableaux, de s'informer sur les partenaires sources des chiffres et de consulter la section « études et publications ».

==> Les inégalités cantonales de santé en région Centre



L'Observatoire Régional de la Santé du Centre a été sollicité par le Groupement Régional de Santé Publique pour mettre à jour l'étude des inégalités cantonales en matière de santé en région Centre datant de mars 2004. Cette étude a débuté en 2009 et a été finalisée en 2010.

Cette nouvelle mise à jour de l'étude sur les inégalités cantonales de santé en région Centre permet la mise en évidence de zones homogènes au profil socio-sanitaire semblable. L'étude précédente (datant de mars 2004) portait sur 35 indicateurs socio-démographiques, d'offre de soins et de mortalité. Enrichie de nouvelles données sur l'état de santé de la population (admissions en ALD, séjours hospitaliers), la nouvelle typologie cantonale porte sur 57 indicateurs et décrit 5 classes.

L'objectif de cette étude consiste à mettre à jour les indicateurs, ceci afin de dégager une typologie cantonale par le biais d'une analyse en composante principale (ACP). Par souci de lisibilité, chaque indicateur fait l'objet d'une représentation cartographique et d'un commentaire.

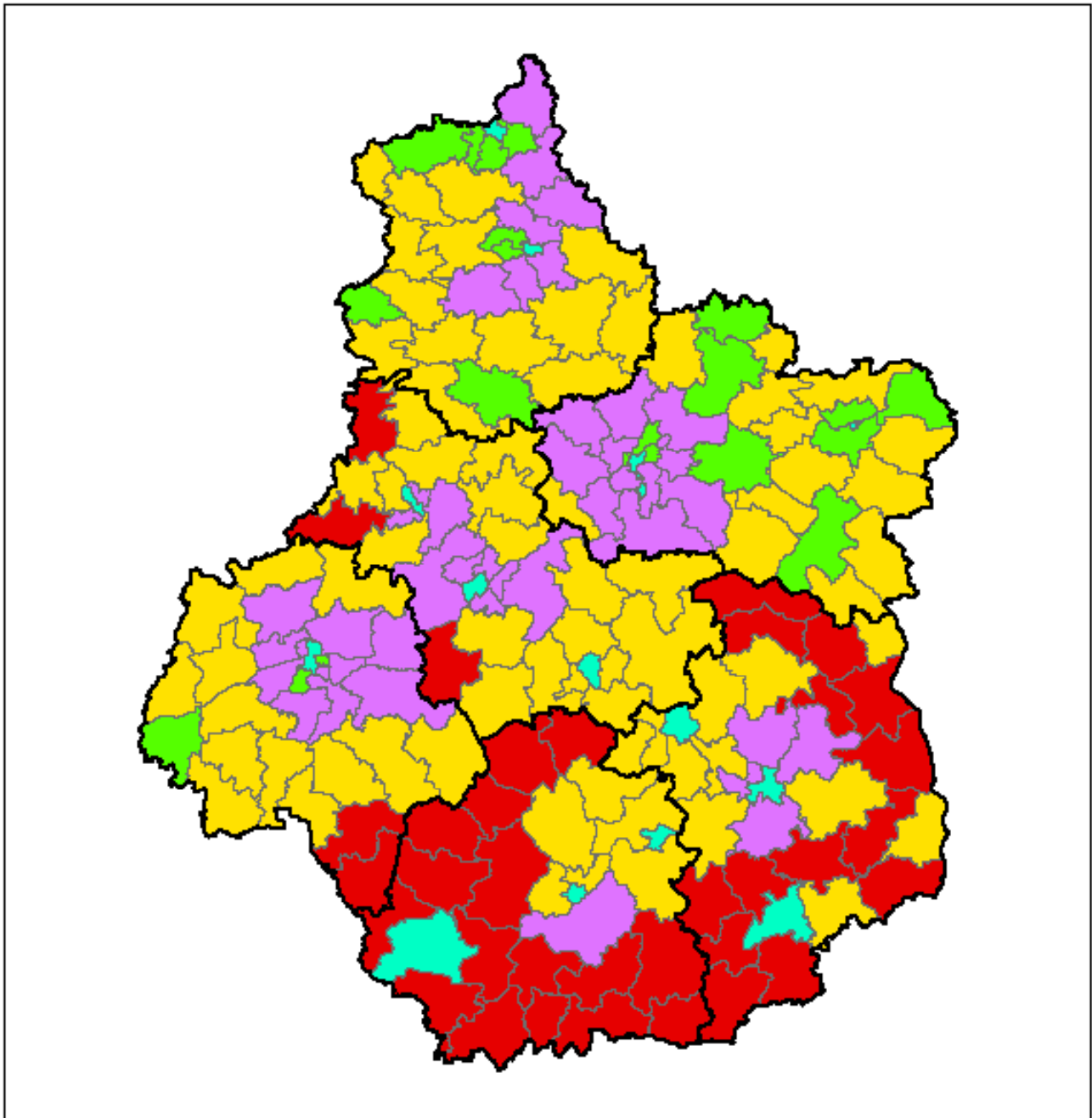
Une comparaison aux territoires de référence (départements, région, France hexagonale dans la mesure du possible) est effectuée.

Les éléments de l'étude s'articulent autour de trois thématiques :

- Des données sociodémographiques (densité de population, population âgée, catégorie socioprofessionnelle, bénéficiaires de minima sociaux...)
- Des données sur l'offre de soins (densité d'omnipraticiens libéraux, taux d'équipement en hébergement pour personnes âgées, temps d'accès moyen à un service d'urgences et de maternité...)
- Des données d'état de santé (taux comparatif de mortalité générale, taux comparatif d'admissions en affections de longue durée, taux comparatif de séjours hospitaliers...)

Cette dernière a permis de renforcer et d'affirmer les constats et clivages récurrents de la région présentés lors de l'étude précédente. La représentation cartographique des indicateurs vient enrichir la typologie. Elle présente l'avantage d'apporter un complément d'information pour chaque territoire de la région et de pouvoir ainsi dégager des problématiques propres au niveau local.

Etude réalisée suite à la demande du GRSP dans la perspective de la mise en place de l'Agence Régionale de Santé (ARS), elle devrait permettre à l'ARS de disposer de pistes de réflexion permettant d'orienter ses choix stratégiques et servir de base à la définition de la politique territorialisée en matière de santé publique en région Centre.



- Cantons socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, avec une offre de soins satisfaisante (Classe A)
- Villes-centres, forts contrastes sociaux, en surmortalité prématurée, très bonne offre de soins (Classe B)
- Cantons avec de fortes proportions de jeunes peu ou pas diplômés, beaucoup de séjours hospitaliers et d'ALD, en sous-mortalité générale, bien desservis par les services hospitaliers (Classe C)
- Cantons avec une faible offre de soins, en surmortalité par morts violentes (Classe D)
- Cantons ruraux, en surmortalité générale et prématurée, avec une très faible offre de soins (Classe E)

==> L'accompagnement dans la vie affective et sexuelle des personnes handicapées mentales accueillies en établissement en région Centre

Vue affective et sexualité des personnes handicapées mentales

Quel accompagnement dans les établissements de la région Centre ?

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU CENTRE

Cette étude a été réalisée à la demande du groupe de travail « Vie affective et sexuelle » de la Commission régionale de la Naissance - Contraception - IVG - a souhaité effectuer un état des lieux régional sur l'accès à la vie affective et sexuelle dans les établissements spécialisés pour les personnes handicapées mentales permettant d'approfondir les connaissances en ce domaine et d'affiner les actions concernant le développement et les adaptations nécessaires. Cette étude part du constat de changements législatifs récents (lois de 2002 et de 2005) dans le secteur médico-social qui impliquent une reconnaissance du droit à la sexualité des personnes handicapées mentales et un changement pour les établissements et les professionnels dans leurs interventions sur la question de la sexualité.

Pour cela, une enquête régionale a été réalisée afin de mettre en évidence les caractéristiques de l'accompagnement dans la sexualité pour les personnes accueillies en foyers d'hébergement, foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisée et instituts médico-éducatifs.

Cette étude présente une typologie des établissements selon les accompagnements proposés sur la sexualité et analyse la manière dont cette question est perçue et travaillée par les professionnels.

Des changements dans l'approche du handicap : du médical au médico-social

L'émergence de la question du handicap sur le plan de l'égalité des droits et des chances a marqué une rupture avec le modèle biomédical d'évaluation clinique du handicap. La loi de 2005 a permis de reconnaître le handicap du côté de la personne, l'approche médico-sociale considère au contraire le handicap comme une situation. La notion d'accompagnement tend aujourd'hui à se substituer à celle de prise en charge dans les établissements médico-sociaux.

Des changements législatifs allant dans le sens d'une reconnaissance du droit à la sexualité des personnes handicapées

La loi du 2 janvier 2002 réaffirme la prise en considération des droits fondamentaux de chaque individu et détermine les droits spécifiques mis en œuvre au sein des établissements et services. La loi du 11 février 2005 dite « loi sur l'égalité des droits et des chances et la promotion de la citoyenneté des personnes handicapées » introduit les notions de compensation et d'accessibilité comme fondement de promotion des droits individuels et garantit aux personnes handicapées la détermination des éléments de leur projet de vie, véritable programme d'intervention répondant aux aspirations et souhaits de chacun.

Une large enquête qualitative auprès des professionnels, doublée d'un questionnaire aux établissements

- Une enquête qualitative auprès des professionnels sur leurs pratiques et leurs perceptions concernant la sexualité des personnes handicapées mentales
- des entretiens de groupe auprès d'éducateurs, d'AMP, d'infirmières,
- des entretiens individuels auprès de psychologues, de chefs de service, de directeurs et d'administrateurs d'établissements.
- Une enquête quantitative concernant tous les foyers d'hébergement, foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-éducatifs.

Sur 208 établissements identifiés, 53 ont répondu à l'enquête se répartissant de la manière suivante : 11 MAS, 15 FAM, 20 IME.

Type d'établissement	Taux de retour (%)
1	94.6
2	62.5
3	42.6
4	42.4
5	33.8
6	44.7

Suite aux travaux du sous-groupe de travail de la Commission Régionale de la Naissance « Contraception-IVG », il est apparu nécessaire d'effectuer un « état des lieux régional » sur l'accès à la vie affective et sexuelle dans les établissements spécialisés pour les personnes handicapées, permettant d'approfondir les connaissances en ce domaine et d'affiner les actions concernant le développement et les adaptations nécessaires. L'Observatoire régional de la santé a été mandaté pour réaliser cette étude en partenariat avec le Centre de ressources pour les enfants et les adultes inadaptés.

L'objectif de cette étude est de voir dans quelle mesure les établissements accueillant des personnes handicapées mentales ont adopté une démarche d'accompagnement des personnes dans la vie affective et sexuelle.

Nous avons fait l'hypothèse que les réponses apportées par les professionnels intervenant dans ces établissements dépendent étroitement de la réflexion institutionnelle et de la perception qu'ont les professionnels de la sexualité des personnes accueillies.

L'étude porte sur les établissements médico-sociaux proposant un hébergement aux personnes adultes atteintes de handicaps mentaux (foyers d'hébergement, foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisées) et sur les instituts médico-éducatifs avec ou sans hébergement.

Elle repose sur une double méthode :

- une enquête qualitative prenant la forme d'entretiens de groupe, menée auprès de professionnels (éducateurs, AMP, infirmières) et d'entretiens individuels semi-directifs menés auprès de directeurs, de chefs de service, de psychologues et d'administrateurs d'établissements.
- une enquête quantitative envoyée à l'ensemble des établissements de la région : le taux de retour est globalement satisfaisant puisque 93 établissements ont répondu à cette enquête, soit un taux de retour de 45 %.

En région Centre, la plupart des établissements pour adultes n'interdisent plus les relations sexuelles entre les résidents. L'interdit concerne majoritairement les IME, ce qui n'exclut pas pour autant un travail important d'éducation à la sexualité mené dans de nombreux établissements. L'annulation de l'interdit dans les établissements pour adultes a conduit les équipes à adopter un autre positionnement professionnel par rapport à la vie affective et sexuelle des résidents. Cependant, si des changements sont perceptibles dans de nombreux établissements, de nombreux freins institutionnels persistent et limitent la systématisation d'une réflexion sur ces sujets.

Cette étude met en évidence trois formes principales de travail de la sexualité :

- la gestion collective, qui passe par le maintien des manifestations dans la sphère de l'intimité et par la mise à disposition de lieux spécifiques favorisant l'intimité,
- l'accompagnement collectif, qui prend la forme de groupes de parole et de formations en direction des résidents essentiellement,

- l'accompagnement individuel des résidents par les professionnels de l'établissement ou par des professionnels extérieurs.

La sexualité semble traitée comme une dimension « médicale » de la prise en charge des personnes et l'accompagnement porte davantage sur l'information et la prévention des risques (violences, grossesse, IST).

On constate que les modèles d'accompagnement sont très différenciés entre les types d'établissements. Les foyers de vie et les foyers d'hébergement mènent davantage d'accompagnements (collectifs ou individuels) alors que les foyers médicalisés comme les MAS et les FAM mènent très peu d'actions sur la sexualité.

La sensibilité des professionnels, leur perception de la sexualité ainsi que les possibilités d'échanges sur cette thématique en réunion pluridisciplinaire alimentent la qualité des observations menées sur la sexualité et la mise à jour d'une demande des résidents sur ce thème. Certains professionnels ont ainsi émis l'hypothèse que l'absence de manifestations observées sur la sexualité ne renvoie pas nécessairement à l'absence d'une demande sur le sujet de la part des résidents.

L'accompagnement concerne d'abord des relations « stables » reposant sur un lien amoureux. Ces choix d'accompagnements semblent principalement s'expliquer par leur adéquation avec les représentations qu'ont les professionnels et les administrateurs d'une sexualité socialement acceptable. La contraception est bien souvent imposée de fait bien qu'elle ne soit plus obligatoire dans une majorité d'établissements. L'obligation de contraception est présentée par les professionnels comme un moyen d'éviter les grossesses mais aussi comme un moyen de se protéger eux-mêmes vis-à-vis des familles si la femme se retrouve enceinte.

La maternité peut être pour certaines femmes une stratégie pour accéder à l'autonomie.

Une synthèse de l'étude a été diffusée aux établissements médico-sociaux de la région Centre et aux acteurs intéressés par cette question. Suite à ce rapport, la Commission régionale de la naissance organise en 2011 une Journée régionale sur ce thème à l'attention des professionnels des établissements médico-sociaux de la région et des familles des usagers.

EN CONCLUSION...

La sexualité : une approche en termes de « gestion des risques »...
En région Centre, le travail de la sexualité dans les établissements est orienté autour du concept de « gestion des risques ». La sexualité y est traitée comme une dimension médicale de la prise en charge des personnes et l'accompagnement porte davantage sur l'information et la prévention des risques (violences, grossesse, IST) que sur l'accompagnement des personnes dans leur vie affective et sexuelle. Les accompagnements individualisés concernent surtout des couples stables, bien identifiés par les professionnels au niveau de l'établissement. Parmi ces risques ce sont surtout les risques de violence et les risques de grossesse qui sont travaillés par les professionnels. La prévention des ISTs, qui concernent autant la sexualité hétérosexuelle qu'homosexuelle, est peu prise en compte.

Les modèles de travail de la sexualité sont donc encore loin de s'inscrire dans une démarche d'accompagnement. Les freins à l'accompagnement sont principalement liés à l'absence d'une réflexion collective sur ce sujet permettant un changement dans les représentations qu'ont les professionnels de la sexualité des personnes accueillies et dans leurs perceptions des actions possibles dans ce domaine. Des modèles diffé-

rentiels s'observent : les foyers d'hébergement et les foyers de vie sont plus à même de mener des actions collectives et individuelles auprès de leurs résidents que les établissements médicalisés. Toutefois, ces résultats doivent être nuancés : moins de 50% de ces établissements ont répondu à l'enquête. On peut faire l'hypothèse que les établissements répondants sont plus à même d'être sensibles aux enjeux de ce sujet.

... Impliquant pour les professionnels du quotidien une gestion essentiellement collective des manifestations de la sexualité
Les professionnels semblent davantage engagés dans une réflexion sur leurs pratiques et leur positionnement professionnel par rapport à la sexualité que sur la mise en place d'actions ou d'accompagnements spécifiques. La sexualité est perçue comme une dimension de la vie intime des personnes et le travail par les professionnels du quotidien porte sur le maintien de la vie sexuelle dans les espaces d'intimité. Dans ce cadre, l'infirmière joue un rôle essentiel puisqu'elle est l'interlocuteur privilégié pour les professionnels et pour les résidents sur les questions relevant de l'intimité. Toutefois, on retrouve dans le discours de certains professionnels la recherche d'un accompagnement plus adapté sur la sexualité. C'est surtout sur la masturbation, sur l'accès à la prostitution ou sur la mise en place de lieux adaptés que portent ces discours. Ces accompagnements impliquent surtout des changements institutionnels et législatifs et n'apportent pas à une évolution des pratiques professionnelles au quotidien.

« Mais la question sexuelle, c'est extrêmement compliqué ! Jusqu'où on peut aller, ce qu'on voit, ce qu'on peut laisser faire... on ne peut pas non plus les mettre en danger parce que pour certains, c'est quand même tout un questionnement... On a beaucoup de craintes par rapport à ça, faut pas se voiler la face. » (AMF)

Le droit des personnes face au devoir de protection
« Ça part de la loi de 2002 le droit à la sexualité, le droit des personnes. Mais ça se traduit en termes d'accompagnement c'est vrai que nous on est un peu malade qu'on a le droit mais finalement faut faire attention, faut protéger l'un faut protéger l'autre, qu'est-ce que... donc l'intimité et son accès de s'imposer et tout... et on peut leur donner des conseils de part les formations qu'ils vont avoir ou des mises en alerte pour les rapports sexuels sans les protéger mais on n'est pas derrière eux non plus dans l'intimité pour vérifier tout ça... ce n'est pas devant dans le cadre de la protection des personnes, si c'est vraiment dans l'intérêt des personnes... » (Educateurs)

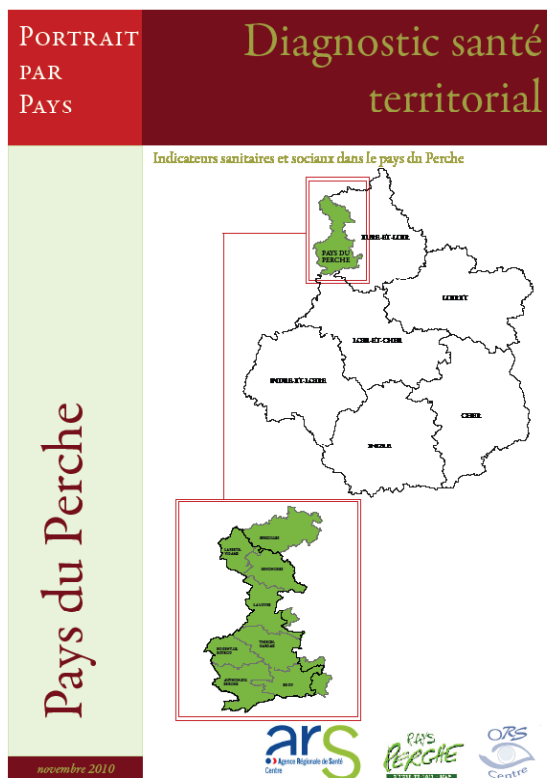
8

Directeur de publication : M. E. Sallat (ORS Centre)
Comité de pilotage : Commission régionale de la Naissance à travers la naissance - VSD/Généraliste
Rédaction en chef : C. Lacroix (ORS Centre)
Rédaction de la synthèse : C. Baret (ORS Centre)
Rapport d'élaboration : E. Buisson, S. Lamoignon et C. Lacroix, 2009.
L'accompagnement porte sur la gestion et l'absence des personnes handicapées accueillies en établissements spécialisés en région Centre, L'ORS Centre.
Création graphique : Anne-Joëlle Gauthier - Oris 100
Illustration : Isabelle Fontaine - www.isabellefontaine.com - 2010
www.orscentre.org et www.crcvalcentre.org

ORS Centre
ars
ARS
ARS



==> Diagnostic santé territorial du Pays du Perche



- **données générales** (situation spatiale et démographique, population précaire : minima 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'urgence 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 du Perche se situe en région Centre, dans le département de l'Eure-et-Loir.

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'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de la région Centre a été mandaté pour la réalisation de ce diagnostic.

Nous nous sommes attachés dans ce diagnostic 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 :

Résultats observés :

Le pays du Perche présente une faible densité de population comparativement aux échelons départemental et régional. Un accroissement démographique comparable au département de l'Eure-et-Loir et à la région est relevé entre les recensements de la population de 1999 et 2006 (+0,41 % par an dans le pays et +0,46 % aux niveaux départemental et régional). Le pays est composé d'une proportion importante de personnes âgées et des projections de population (à l'horizon 2030) montrent un vieillissement élevé de la région Centre et de ses départements (notamment en Eure-et-Loir dans le Dunois-Perche).

Sur le volet social, le pays du Perche ne présente pas de proportion d'allocataires des minima sociaux (RMI, AAH et API) différente des territoires de référence (département, région). On recense moins de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) qu'aux niveaux départemental et régional.

S'agissant de la mortalité, pour la période 2000-2007, on y observe une mortalité générale et prématurée (notamment chez les hommes) supérieure à celle du département et de la région Centre. Pour les grandes causes de décès, le pays apparaît en surmortalité féminine significative par rapport à la région pour les maladies cardio-vasculaires. Chez les hommes comme chez les femmes, on recense davantage de décès par suicide dans le Perche qu'en région Centre. On note également une surmortalité (principalement masculine) pour consommation excessive d'alcool par rapport à la région Centre.

Un taux de mortalité infantile proche des taux départementaux et régionaux et moins d'enfants prématurés et/ou de petit poids ont été recensés sur le pays.

Les données de morbidité départementales, admissions en affection de longue durée (ALD), sont supérieures à celles observées au niveau régional (notamment pour les admissions pour maladies cardio-vasculaires, troubles mentaux, pathologies liées à la nutrition).

S'agissant de l'offre de soins pour personnes âgées, le territoire présente un taux de structures d'hébergement pour personnes âgées supérieur à celui observé au niveau régional.

L'offre hospitalière en médecine est supérieure à la moyenne départementale, mais très nettement inférieure à la région (en termes de lits d'hospitalisation). L'offre sur le pays y est relativement diversifiée (médecine générale, psychiatrie générale, structures de soins spécialisés en alcoologie, toxicologie). Cependant, malgré la présence d'un centre périnatal de proximité, les femmes du pays restent relativement éloignées d'un service de maternité.

La démographie médicale libérale est défavorable par rapport à la région, déjà elle-même en déficit par rapport à la France hexagonale. A l'exception des infirmiers (densité supérieure aux territoires de référence) et des masseurs-kinésithérapeutes (densité inférieure au département et à la région), l'offre médicale est proche de celle observée au niveau régional. Un déficit important de psychiatres libéraux est observé en Eure-et-Loir et plus particulièrement dans le Perche.

Enfin, de nombreuses actions de prévention sont organisées par les différents partenaires associatifs présents sur le territoire du pays du Perche. Des réseaux sont implantés ou œuvrent sur le territoire regroupant ainsi des professionnels des champs sanitaire, social, médico-social et associatif.

====> Exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour (CS8 de 2008 et 2009)



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^{ème} 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^{ème} jour. Ces derniers résument pour chaque enfant né vivant les caractéristiques sociales des parents, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement et l'état de santé de l'enfant dans ses premiers jours de vie.

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 2010, nous avons exploité les certificats de santé de 2008 et également ceux de 2009. **Nous présentons ici les derniers résultats disponibles : ceux obtenus pour l'année 2009.**

En 2009, 23 709 certificats ont été renvoyés (hors Eure-et-Loir où les certificats n'ont pas été saisis en totalité). Si l'on met en parallèle le nombre de naissances vivantes recensées par l'Insee (30 093), nous atteignons un taux de couverture de 96,7 %.

Principaux résultats

- Le taux de mères de plus de 37 ans a augmenté d'environ 1,5 point en 7 ans. Le taux de mineures, quant à lui, n'a pas évolué depuis 2000, restant stable à 0,6 %. 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 1,2 % des mères qui étaient mineures au moment de la conception.
- En 2009, 1 % des femmes ont réalisé moins de 2 échographies. Ce taux a légèrement augmenté par rapport à 2008 où il était de 0,8 %. Le taux de préparation à l'accouchement continue sa progression : il s'élève en 2009 à 41,1 % (38,2 % en 2008). On observe toujours des variations importantes selon les établissements : la préparation à l'accouchement est moins fréquente dans les maternités publiques (37 % contre 58 %) et dans les maternités de niveau III (39 % contre 42 % dans les autres).

- Après une légère baisse des césariennes programmées observée en 2008, on constate cette année une hausse de ce mode d'accouchement (10,5 % contre 9,8 % en 2008). Cette légère augmentation se trouve dans la continuité de la hausse progressive observée depuis 2003. Le taux de travail spontané connaît, quant à lui, une diminution après une période d'augmentation (+2,3 points entre 2006 et 2008). Cette baisse est liée à la hausse du travail déclenché qui passe de 16,6 % en 2008 à 17,6 % en 2009.
- 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 depuis 2006 (34,3 % en 2009 contre 43 %), cela étant dû à l'arrivée d'un nouvel item dans le nouveau certificat sur les rachianesthésies, qui représentent 58,7 % des analgésies en 2009.
- Le taux de prématurité est de 5,9 %, soit un taux proche de ceux des années 2003 à 2006. Les taux de petits poids sont eux-aussi très stables depuis 2000, tandis que la proportion de poids de naissance supérieurs à 4 000 g augmente légèrement : de 5,8 % en 2000 à 6,5 % en 2009. Cette dernière proportion a cependant connu une légère baisse par rapport à 2008 (6,9 %).
- Le taux d'allaitement régional est, en 2009, de 62,0 %. Sur un plus long terme, on peut constater que ce taux était de 47,5 % en 2000 soit une augmentation de 15 points en 9 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 : 54,8 % des femmes du Cher ont déclaré à la sortie de la maternité avoir fait le choix de l'allaitement maternel contre 66,1 % dans le Loiret.

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.

===> Evaluation des points-stations de l'Apleat

Le Conseil régional et l'Apleat ont sollicité l'Observatoire régional de la santé pour réaliser l'évaluation du dispositif des « points-stations » présents dans certains lycées du Loiret.

Pour prévenir les conduites addictives et réduire les conséquences et dommages liés à ces pratiques dans les lycées, l'Apleat a mis en place des points-stations dans 18 établissements du Loiret. Ces points-stations ont pour objectif d'éviter l'aggravation via le repérage précoce de l'usage et de l'usage nocif, de proposer des aides à l'arrêt des usages problématiques et de former les professionnels de ces lycées. Ces points-stations ont pour mission l'accueil, l'écoute, l'information et l'évaluation des jeunes ayant des pratiques addictives avec ou sans produits, le travail en partenariat et le soutien aux équipes et l'information-sensibilisation des élèves.

A l'origine, l'évaluation s'orientait sur trois questions :

- 1) Quelle est la plus-value et quels sont les inconvénients perçus par les professionnels des lycées et des CFA ayant un point-station, vis à vis de ce point-station ?
- 2) Quelle est la plus-value retirée par les lycéens et les apprentis ayant bénéficié d'une intervention précoce dans un lycée ou un CFA ayant un point-station ?

La question est à creuser autour de la notion de plus-value apportée : connaissance, compétence, motivation au changement.

- 3) Quelle est la différence de prise en charge et/ou d'accompagnement faite par les professionnels face à un jeune en situation de mal-être ou à un jeune consommateur, selon que le lycée ou le CFA a ou n'a pas de point-station ?

En vue d'établir le protocole et la méthode d'évaluation, l'ORS a réalisé une série d'entretiens exploratoires auprès de douze proviseurs de lycées et CFA ayant un point-station. Ces entretiens ont été menés dans les établissements ayant un point-station auprès des proviseurs avec la participation ou non de professionnels impliqués sur le point-station (infirmières, AS, CPE).

Ils avaient pour but de comprendre le contexte de mise en place du point-station, les objectifs qui lui sont associés et l'évolution de ces objectifs au cours du temps, l'organisation des parcours d'orientation des lycéens vers le point-station, la perception de l'apport global du point-station.

L'évaluation repose sur une enquête par questionnaire auprès de professionnels intervenant dans les lycées ayant un « point-station » et de lycées n'ayant pas le dispositif ainsi que sur des entretiens auprès d'infirmières dans les lycées avec point-station, des psychologues de l'Apleat intervenant sur les « points-stations » et de proviseurs de lycées sans point-station.

L'enquête repose sur un questionnaire auto-rempli par les professionnels des lycées du Loiret. Ce questionnaire est identique pour tous les lycées et CFA concernés et pour tous les professionnels.

Il est organisé autour de 3 modules qui mesurent :

- la perception qu'ont les professionnels des repérages de mal-être et d'addictions qu'ils peuvent être amenés à faire chez les lycéens et apprentis,
- les actions menées par les professionnels lorsqu'ils sont confrontés à une situation de mal-être ou d'addictions ainsi que leurs perceptions de l'efficacité de leur action,
- les orientations qu'ils proposent à ces élèves et apprentis.

Il comporte un module supplémentaire pour les lycées avec point-station qui mesure :

- la perception qu'ont les professionnels du champ d'intervention du psychologue de l'Apleat,
- la perception qu'ils ont de son mode d'intervention,
- les échanges qu'ils ont avec lui.

Tous les professionnels intervenant dans les établissements scolaires ne sont pas concernés par l'enquête. Si le repérage peut être effectué par les différents professionnels présents dans les lycées, la prise en charge et l'orientation est menée par certaines catégories spécifiques de professionnels. Les questions d'évaluation portant essentiellement sur les prises en charge différenciées et sur l'efficacité de celles-ci, il est pertinent de cibler pour cette enquête les professionnels les plus impliqués dans la prise en charge et l'orientation des élèves et apprentis.

Les professionnels ciblés par l'enquête sont :

- Les proviseurs
- Les conseillers principaux d'éducation (CPE)
- Les infirmières
- Les assistantes sociales
- Les conseillers d'orientation psychologues (COP)
- Les professeurs principaux
- Les personnels de vie scolaire (éducateurs, surveillants)

Cette enquête est complétée par des entretiens auprès des psychologues de l'Apleat sur la perception de l'efficacité de leur action auprès des lycéens et des apprentis accompagnés au point-station ainsi que par l'utilisation des rapports d'activité produits par l'Apleat en tant que données quantitatives complémentaires. Les entretiens auprès des infirmières analysent leur perception du point-station et la manière dont elles travaillent avec celui-ci.

Des entretiens complémentaires doivent être menés auprès de dix proviseurs de lycées et de CFA sans point-station. Ils ont pour objectif d'analyser leur perception des actions des professionnels de l'établissement en termes de repérage et de prise en charge des lycéens et des apprentis en mal-être ou présentant des addictions.

====> Projection de la démographie des médecins généralistes libéraux en région Centre à l'horizon 2030

L'ORS a été sollicité par l'Union régionale des médecins généralistes (URML) afin de mener une étude sur la démographie des médecins généralistes libéraux à l'horizon 2030 en région Centre. Ce travail a été réalisé via une base de données fournie par l'URML dans laquelle étaient recensés l'âge des médecins et celui auquel ils souhaitaient partir à la retraite (recensement réalisé au préalable par l'URML).

Les projections de population Omphale 2005 (scénario central) de l'Insee ont été utilisées afin de réaliser les estimations de médecins généralistes libéraux. Les densités de médecins généralistes libéraux ont été calculées à l'échelle des zones d'emploi, des départements et de la région. Ce choix se justifie par la disponibilité de projections de population Omphale 2005 à partir d'un seuil de 50 000 habitants par territoire.

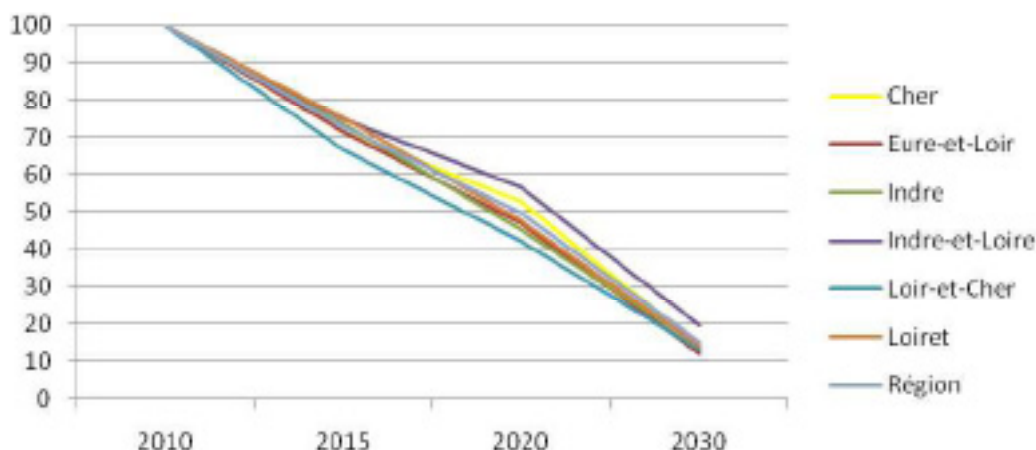
Les densités ont été représentées à l'échelle de la zone d'emploi et leur localisation au niveau de la commune.

Dans la base fournie par l'URML, certains médecins n'avaient pas indiqué l'âge auquel ils souhaitaient prendre leur retraite. Pour pallier ce manque d'informations, deux hypothèses ont été utilisées :

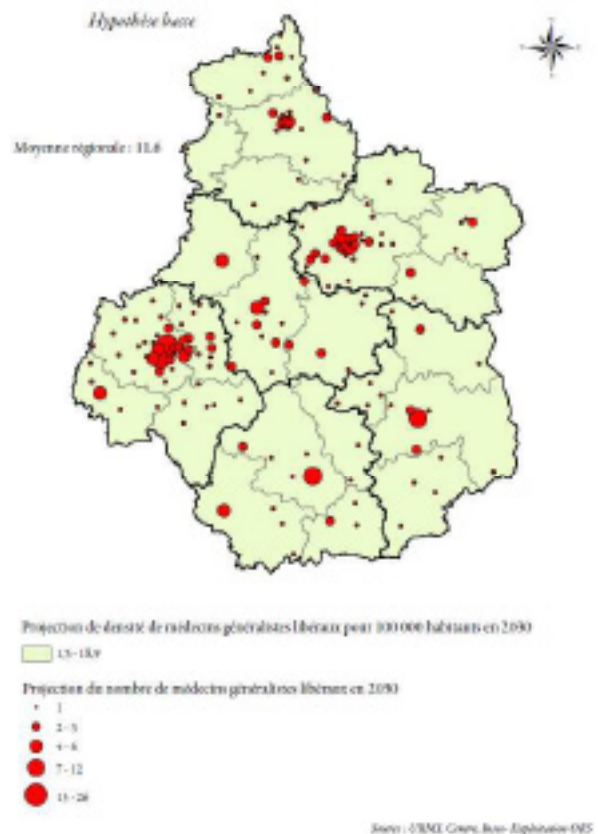
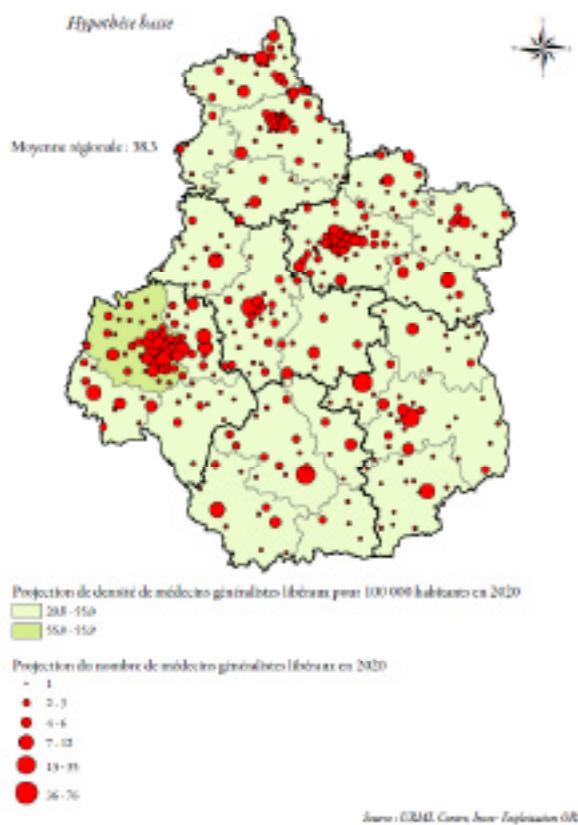
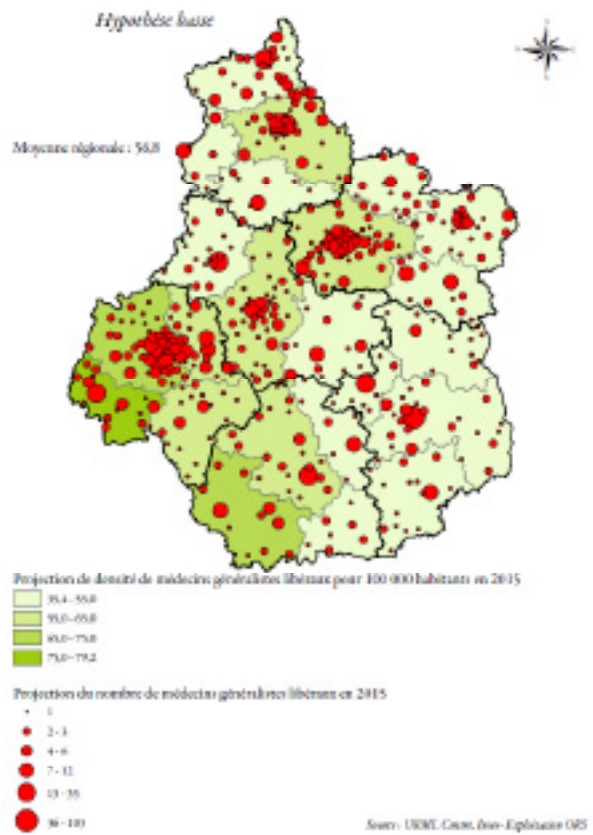
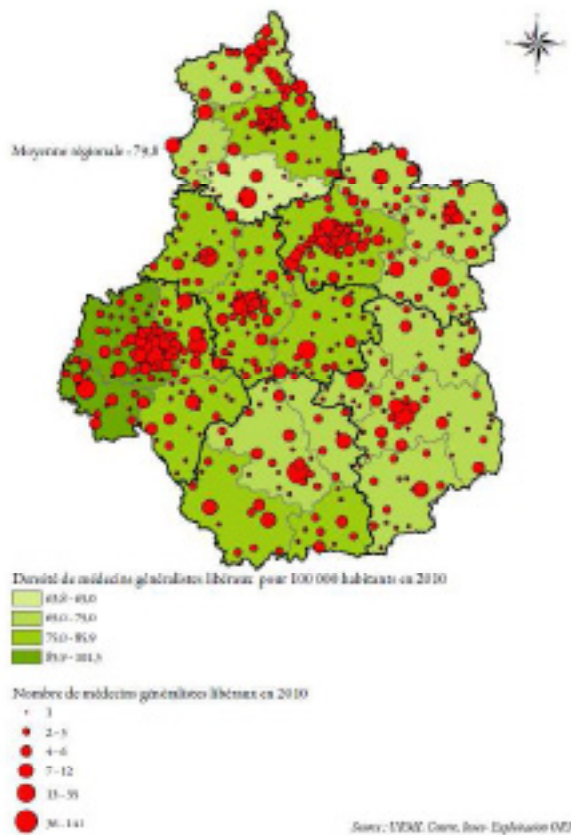
- l'hypothèse basse, qui considère que ces médecins sont tous partis à la retraite au 1^{er} janvier 2015 ;
- l'hypothèse haute, qui considère qu'ils sont toujours en activité au 1^{er} janvier 2030.

Les projections de médecins généralistes libéraux ne tiennent pas compte des futurs arrivants dans la profession.

Projection en base 100 du nombre de médecins libéraux en activité (hypothèse basse)



Projection des médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants aux horizons 2015, 2020 et 2030



===> Bilan des projets de promotion et de prévention de la santé financés par l'Agence Régionale de Santé en 2010

Suicide et santé mentale et maladies transmissibles

Chaque année, une procédure d'appel à projet est mise en œuvre, permettant à tout promoteur ou acteur de santé de déposer une demande de financement. Dans le but d'optimiser les moyens mis en œuvre et garantir une bonne adéquation entre les actions financées et les besoins de santé, l'Agence Régionale de Santé (ARS) est engagée dans une procédure de contractualisation avec les promoteurs par territoires.

A cette fin, l'Agence Régionale de Santé a souhaité pouvoir disposer d'un outil cartographique recensant par territoire les promoteurs et les actions financées. Pour l'année 2010, ce travail a été réalisé sur les thématiques « Suicide et santé mentale » et « Maladies transmissibles ».

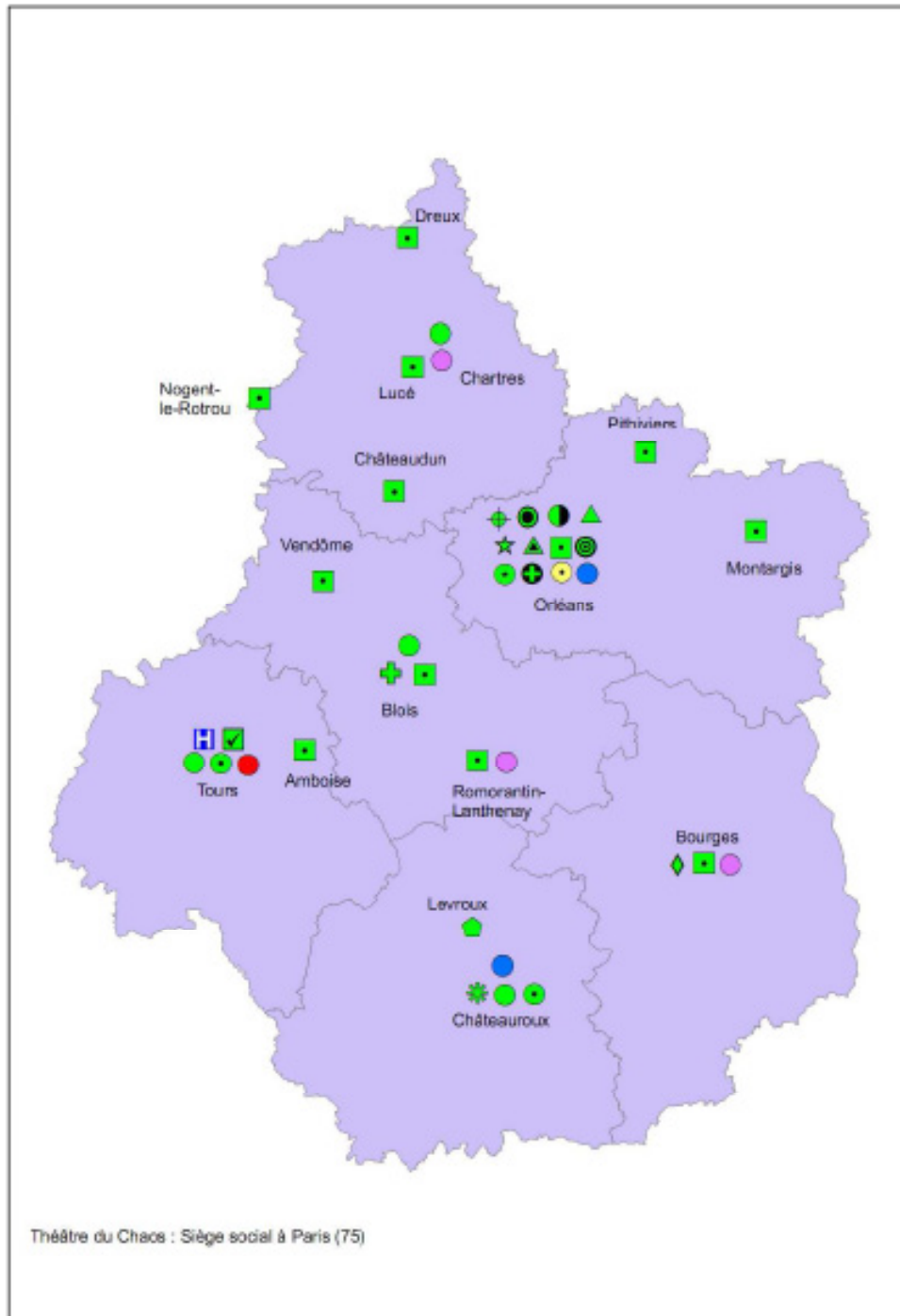
L'étude doit permettre une meilleure visibilité des actions et des promoteurs financés par l'ARS. Le but étant de pouvoir donner des éléments lui permettant de déterminer une stratégie d'actions et de financement adaptée par territoires.

Les informations sont issues des requêtes effectuées sur le Système d'Information « BRIQUES » de l'ARS. Ce système d'informations est une base de données qui contient tous les projets des différentes thématiques ayant reçu un financement lors de l'appel à projets 2010. Des requêtes sur le système d'information permettent donc d'obtenir différents éléments d'informations sur les projets :

- Les projets et leurs promoteurs
- La thématique et la (les) sous-thématique(s) associée(s) au projet
- La couverture territoriale des projets
- Le(s) public(s) cible(s)
- Les modalités d'intervention
- Le budget alloué au projet par l'ARS et les co-financiers.

Associations / Groupement d'intérêt public (GIP) : <ul style="list-style-type: none">  Comité d'Education pour la Santé (Codes)  Mouvement français pour le planning familial (MFPF)  Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM)  Mission locale/PAJO/Association d'insertion  Association promotion de la santé  Association Osons nous soigner  Association Gay et lesbienne  Réseau Prévention du suicide du Loiret  Réseau Etre Indre  Visite Malades en Etablissement hospitalier et en maison de retraite (VMEH)  Ateliers de la Paësiine  Initiatives et développement  Interstioe  Association SOS Amitié  Dormilune  Association Pleyades  Association LEA 	Organisme gérant un régime de protection sociale : <ul style="list-style-type: none">  Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) Etablissement d'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none">  CHRU (Réseau Vies 37) Etablissement public administratif : <ul style="list-style-type: none">  Centre communal d'action sociale (CCAS) Collectivité territoriale : <ul style="list-style-type: none">  Commune Etablissement public d'enseignement : <ul style="list-style-type: none">  Collège
--	---

Localisation des promoteurs agissant sur la thématique «Suicide et santé mentale» en région Centre en 2010



===> Actualisation de la base de données d'indicateurs servant à alimenter le portail internet du GRSP

L'ORS a été sollicité dans le cadre de la mise en place du portail internet du Groupement Régional de Santé Publique de la région Centre.

Entre autres fonctionnalités, cet outil propose notamment une rubrique Observation, regroupant :

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

La mission de l'ORS pour l'année 2008 consistait à actualiser la base de données. Il devait pour cela recueillir ces données auprès des différents partenaires et en valoriser la présentation à l'aide d'une charte graphique définie au préalable.

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 d'une note de lecture.

Ces indicateurs sont déclinés, lorsque l'information est accessible, par :

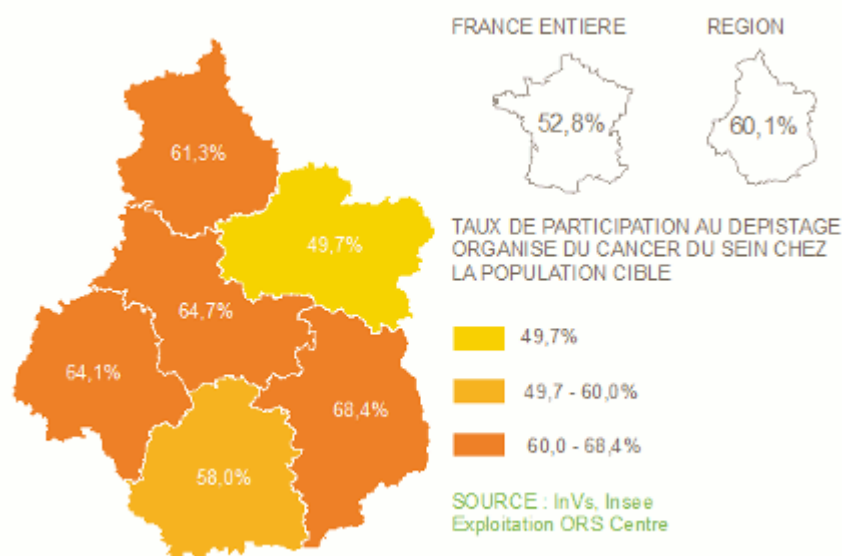
- Niveaux géographiques : région,
départements
- Age des individus
- Sexe

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez la population cible (2008-2009)

DEFINITION :

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez la population cible :

Taux de participation = Nombre de femmes dépistées / Population cible Insee x 100



FRANCE ENTIERE	52,8%
CENTRE	60,1%
CHER	68,4%
EURE-ET-LOIR	61,3%
INDRE	58,0%
INDRE-ET-LOIRE	64,1%
LOIR-ET-CHER	64,7%
LOIRET	49,7%

SOURCE : InVs, Insee
Exploitation ORS Centre

NOTE DE LECTURE :

Sur la période 2008-2009, en région Centre, 60,1% des femmes de la population cible (50 à 74 ans) ont participé au dépistage organisé du cancer du sein.

Conseils techniques, colloques, congrès, formations ...

GROUPES D'EXPERTS

- Commissions Régionales de la Naissance (CRN), Orléans, 2010, Clotilde Binet et Aurélie Eloy.
- Sous-groupe «IVG-Contraception» dans le cadre de la CRN, Orléans, 2010, Clotilde Binet.
- Comité de pilotage «Autisme», Creai, 2010, Clotilde Binet.
- Représentation aux CA et AG de Lig'Air, Orléans, 2010, Franck Géniteau.
- Groupe projet ARS «Analyse des besoins de santé», Orléans, 2010, Franck Géniteau.
- Section prospective CESER, 16 mars 2010, Franck Géniteau.
- Conseil méthodologique en géographie pour la CIRE, 14 avril et 19 mai 2010, Franck Géniteau.

COMMUNICATIONS ORALES

- Présentation, dans le cadre du groupe de travail experts - Projet territorial de santé du pays de Vierzon, le 1^{er} avril 2010, à Vierzon, par Franck Géniteau, du diagnostic de territoire réalisé par l'ORS - Participait également : Céline Leclerc.
- Intervention dans le cadre de la journée de Villes au Carré, «L'observation locale en santé et ses déterminants - Quels outils disponibles, quels enjeux pour les territoires ?», Tours, 25 mai 2010 - Présentation par Céline Leclerc des premiers résultats d'une étude réalisée en 2009/2010 par la FNORS «Etat des lieux de l'observation en santé et de ses déterminants dans les régions» ainsi que, (en binôme avec Julien Giraud, ORS Poitou-Charentes), «Les outils proposés par les ORS».
- Présentation par Aurélie Eloy, lors de l'Assemblée Générale de l'Adael le 25 mai 2010, à Chartres, de l'étude «Evaluation de l'orientation des patients après un sevrage alcoolique : parcours de soins et avenir ».
- Intervention dans le cadre de la journée «Approche multidisciplinaire en gériatrie», organisée par Novartis, le 29 mai 2010, à Montbazou en Touraine, de Céline Leclerc, sur la «Démographie des populations en région Centre et les causes de mortalité après 65 ans».
- Dans le cadre du Comité de pilotage santé du Pays Vendômois, le 08 juillet 2010, rappel par Franck Géniteau de la démarche santé et territoire du Pays Vendômois et des principaux enseignements du diagnostic santé du territoire. Participait également : Céline Leclerc.

- Présentation par Céline Leclerc, dans le cadre du colloque collectivités territoriales et santé publique organisé par le CNFPT, les 29 et 30 septembre 2010 à Nancy, de l'étude Fnors «Etat des lieux de l'observation en santé et de ses déterminants dans les régions».
- Dans le cadre du 12^{ème} congrès national des ORS organisé par l'ORS Rhône-Alpes et la FNORS, à Lyon, les 9 et 10 novembre 2010, (thème «Territoires et santé des populations»), présentations par Céline Leclerc, de «L'état des lieux de l'observation dans les régions», et par Franck Géniteau, du «Diagnostic du Pays du Vendômois».
- Dans le cadre de la formation «Evaluation des risques professionnels - Gérer les risques professionnels liés aux consommations de substances psycho-actives», organisée par l'Anpaa Centre le 18 novembre 2010 à Orléans, intervention de Céline Leclerc : «Approche épidémiologique - substances psycho-actives et travail».
- Intervention, dans le cadre de la conférence organisée par la CPAM, Bourges, 7 décembre 2010, sur le thème «Maladies cardiovasculaires êtes-vous à risque ?» d'Aurélie Eloy et Franck Géniteau : «Maladies cardiovasculaires : état des lieux».

PARTICIPATIONS À DES COLLOQUES, SÉMINAIRES, FORMATIONS

- Colloque «Réduire les inégalités sociales de santé», 11 janvier 2010, Paris - Franck Géniteau.
- Colloque collectivités territoriales et santé publique organisé par le CNFPT sur le thème «l'Organisation territoriale de la santé au cœur des réformes», les 29 et 30 septembre 2010, Nancy - Céline Leclerc.
- Formation EHESP «Piloter des évaluations», Paris, du 27 au 29 octobre 2010 - Clotilde Binet.
- 12^{ème} congrès national des ORS, Lyon, 9 et 10 novembre 2010, organisé par l'ORS Rhône-Alpes et la Fnors, sur le thème «Territoires et santé des populations» - Céline Leclerc, Clotilde Binet, Aurélie Eloy, Franck Géniteau et Julien Vossart.
- Conférence de la Direccte «L'inspection du travail en région Centre : évolutions et perspectives 2011», 23 novembre 2010 - Clotilde Binet.
- Formation Afnor «Les fondamentaux de la qualité», Paris, les 6 et 7 décembre 2010, dans le cadre de la formation des référents qualité - Clotilde Binet.

5. Les consultations du site internet 2010



L'année 2010 montre une **augmentation du nombre de visites** sur le site de l'ORS Centre.

En effet, nous avons enregistré **4 600 consultations**, ce qui correspond à **3 100 visiteurs uniques** (contre 3 700 consultations pour 2 600 visiteurs uniques en 2009, soit une **augmentation d'environ 19 %** de visiteurs uniques).

Le **taux de rebond** (part des internautes qui quittent le site directement après la visualisation d'une page) a également connu une légère augmentation, passant de 36 % pour l'année 2009 à **40 %** (ce qui n'est pas significatif), et reste tout de même très bon.

Rappelons que, pour un site spécialisé, le taux de rebond est d'environ 50 % et celui d'un site d'actualité ou d'un blog est de 80 %.

L'accès au site de l'ORS Centre se fait, cette année encore, majoritairement par **moteurs de recherche (67 % pour l'année 2010** contre 65 % en 2009).

La seconde façon d'y accéder est par **accès direct**, grâce aux favoris ou adresse tapée directement (**20 % pour l'année 2010**, comme pour 2009).

La dernière façon d'accéder au site de l'ORS Centre sont les **sites référents** (sites qui contiennent un lien vers notre site), qui représentent **13 %** des visites.

Parmi ces sites référents, nous pouvons citer les plus importants :

- **fnors.org**
(107 visites, soit 2,34 %) ;
- **ars.centre.sante.fr**
(44 visites, soit environ 1 %) ;
- **chu-tours.fr**
(36 visites, soit environ 0,80 %);

Le nombre de mots-clés conduisant au site de l'ORS est lui aussi en légère augmentation.

De 937 pour 2009, ils passent cette année à 1 005. En grande majorité, ils correspondent à des dérivés du sigle de l'ORS Centre (environ 59 %).

Cette année, les pages les plus consultées sont :

- L'équipe de l'ORS Centre,
(1 173 consultations) ;
- Les missions de l'ORS Centre,
(905 consultations) ;
- Le conseil d'administration de l'ORS Centre
(487 consultations) ;
- Le rapport sur les inégalités cantonales en région Centre,
(80 consultations) ;
- Le diagnostic santé territorial du Pays vendômois,
(68 consultations).

En ce qui concerne l'origine des internautes, on remarque que le site de l'ORS Centre est visité par **43 nationalités** différentes, tout comme l'année précédente.

En France, **30 %** des visiteurs sont à **Paris**, puis vient **Orléans** avec **16 %**, **Tours** avec **14 %**, et enfin les grandes villes de la région Centre.

Tout comme l'année passée, le reste des visiteurs est réparti de façon homogène sur tout le territoire métropolitain.



Santé des intérimaires	02
Une expérimentation inédite conduite à Orléans et Tours	
Risques professionnels	04
La prévention des TMS dans le secteur de la propreté	
la rupture conventionnelle	06
Un recours de plus en plus important en région Centre	
Campagne nationale	07
Contrôle des risques d'exposition aux rayonnements ionisants	
Campagne européenne	08
Les risques liés aux produits chimiques dangereux	

Edito

Le 9 novembre, l'ensemble des inspecteurs et contrôleurs du travail, qui ont manqué durant l'année qui s'achève leur engagement et leur motivation, ont participé à un séminaire interne régional. C'était la première réunion de l'inspection du travail depuis la fusion des inspections en janvier 2009 et la création de la DIRECCTE en février 2010. Ce fut aussi l'occasion pour les agents de l'inspection du travail de rencontrer les autres corps de contrôle de la DIRECCTE, ceux de la concurrence et de la métrologie et ceux du service régional de contrôle de la formation professionnelle.



Parmi les champs d'intervention de l'Inspection, qu'il s'agisse du contrôle des transports, du BTP ou de l'agriculture, de la lutte contre le travail illégal ou de la promotion du dialogue social, ce numéro met plus particulièrement en lumière la santé au travail et les conditions de travail, avec la mise en place pour début 2011 du « Plan régional de santé au travail 2010-2014 ». Celui-ci a été discuté avec nos partenaires tout au long de l'année 2010 et sera présenté aux partenaires sociaux lors du forum régional de l'inspection le 23 novembre à Tours ainsi qu'au Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) du 21 décembre.

Bonne lecture à tous et merci

Michel Derrac, Directeur régional de la DIRECCTE Centre

Lettre d'information del'inspectiondu travail en région Centre

n°4 - novembre 2010

AMÉLIORER LA SANTÉ DES INTÉRIMAIRES LES PLUS PRÉCAIRES

Une expérimentation inédite conduite à Orléans et Tours



Initiée par l'ex Direction régionale du Travail, cette expérimentation vise à réduire les inégalités d'accès à la santé des intérimaires et bénéficie du financement du Haut commissaire aux solidarités actives. Programmée de septembre 2008 à fin 2010, elle s'appuie sur l'intervention de deux services de santé au travail, le CIHL (Loiret) et l'AIMT (Touraine) qui ont mobilisé, chacun dans ce cadre, une assistante sociale et une vingtaine de médecins du travail et secrétaires médicales. Son objectif : améliorer le suivi médical au travail mais aussi l'accès aux soins et à la prévention d'une population cible de 5400 intérimaires en grande précarité.

Le projet est parti d'un double constat. Tout d'abord, le suivi médical en entreprise des intérimaires est difficile à mettre en œuvre car il est partagé entre le médecin de l'établissement de travail temporaire (ETT) et celui de l'entreprise utilisatrice où le salarié effectue sa mission. Comme ce dernier, de part son statut, est amené à changer fréquemment de mission, les médecins ne disposent pas le plus souvent de traçabilité de son exposition aux risques professionnels sur les différents postes de travail occupés. D'où la création, dans le cadre de l'expérimentation, d'un « carnet de suivi du parcours professionnel » délivré à chaque intérimaire afin de retracer ses emplois successifs et les types de risques encourus.

Deuxième constat : beaucoup d'intérimaires vivent des situations sociales difficiles (instabilité des revenus, problèmes de logement, de transports...) qui, dans bien des cas, parasitent leur accès aux soins et ne favorisent pas leur maintien en emploi. Inversement, les difficultés de santé peuvent aussi être elles mêmes une cause d'exclusion sociale et professionnelle. Pour rompre ce cercle vicieux, les salariés les plus précaires ont donc été orientés vers une assistante sociale (AS) par chacun des deux services de santé au travail impliqués dans le projet. A Orléans, l'action de Sandrine Foucher, assistante sociale, ➤



AMÉLIORER LA SANTÉ DES INTÉRIMAIRES LES PLUS PRÉCAIRES

➤ a d'emblée été très bien perçue par les médecins. « Vous savez, l'emploi du temps de nos médecins est très tendu car ils doivent assurer en moyenne une vingtaine de visites par jour » précise Bruno Antoinet, Directeur du CIHL. « La présence de Mme Foucher les décharge d'un rôle social qu'ils n'ont ni le temps ni les moyens d'assumer. Le résultat est si bénéfique pour notre service que nous étudions la possibilité de pérenniser ce poste d'AS en 2011 sous réserve de nos disponibilités budgétaires bien évidemment ».

Des intérimaires fragilisés par la crise

De fait, ce type de prestations d'appui social correspond à un réel besoin de la part d'intérimaires qui, crise oblige, se voient contraints d'accepter des missions de plus en plus courtes et espacées, d'une semaine, voire d'une seule journée, ce qui renforce leur vulnérabilité. En 2009, 385 personnes ont été reçues par l'AS du CIHL. Un quart des demandes exprimées avaient trait à des problèmes de santé (défaut de mutuelle, pas de médecins traitants, soins repoussés, handicap, invalidité...), 18% à des difficultés de logement, 18% à des questions administratives (relations avec la CAF, Pôle emploi...), 15% à des questions liées à la vie au travail (droit à la formation, transports...) et enfin 15% concernaient des problèmes financiers (accès aux prêts, difficultés de gestion...).

« Les intérimaires que je reçois ont pour beaucoup un niveau scolaire très faible et certains sont illettrés » témoigne Sandrine Foucher. « Ils ne sont donc pas en mesure de solliciter directement le Fonds d'Action Sociale des Travailleurs Temporaires (FASTT) et beaucoup n'entrent d'ailleurs pas dans les critères définis par le FASTT pour bénéficier de ses prestations (voir encadré page 3).

En fait, près d'un tiers d'entre eux sont des ouvriers du BTP. Cela s'explique par les gros chantiers en cours sur Orléans, le tramway, l'hôpital... Un autre quart est composé de salariés des transports et de la logistique, autre secteur phare de l'agglomération.

Ce qui m'a frappée, c'est de voir l'incertitude constante dans laquelle ces salariés vivent. Ils ne savent pas ce qu'ils feront la semaine prochaine ou même demain. Dans ce contexte,



il est difficile pour eux de fixer à l'avance un rendez-vous avec une administration, un centre de soins et, fréquemment, ils doivent négocier avec l'agence d'intérim pour qu'elle les autorise à se rendre à leur rendez-vous.

Leur situation professionnelle change sans cesse et ils doivent le signaler aux administrations, sinon cela provoque des indus et donc par la suite des problèmes de budget. Ils sont contraints d'être inscrits en permanence à Pôle emploi afin de ne pas perdre leurs droits. À défaut, ils doivent reconstituer une demande d'assurance chômage entre chaque mission et le délai de traitement de leur demande est supérieur à 1 mois.

Améliorer le suivi médical au travail

Si la plus value d'un suivi social renforcé des intérimaires semble donc être aujourd'hui reconnue par tous les acteurs du projet, l'objectif d'améliorer leur suivi médical au travail, autre volet de l'expérimentation, n'a pas rencontré à ce jour un succès identique. Pourtant, l'instauration d'un « carnet individuel de suivi professionnel » semblait pertinente. Il devait permettre aux médecins de visualiser l'historique des emplois occupés

par le salarié et, à partir des fiches de poste que devaient leur transmettre les établissements de travail temporaire (ETT), d'évaluer le niveau de risques encourus (inhalation de produits chimiques, bruit, manutention de charges lourdes...).

Lors de leur première visite, tous les intérimaires ciblés devaient remplir eux mêmes le carnet en indiquant pour chacune de leurs 3 dernières missions, le poste occupé, la durée et le nom de l'entreprise utilisatrice. Les secrétaires médicales précisaient bien qu'il fallait le ramener lors de la visite

suivante. Or, aujourd'hui, force est de constater que très peu d'intérimaires le renseignent, ou même le rapportent comme demandé. Problème de compréhension (illettrisme) ou plus simplement de disponibilité d'esprit, ce carnet n'a pas été perçu comme plus important qu'autre chose par des personnes qui ont déjà « plein de soucis dans la tête ».

Autre difficulté rencontrée par le dispositif : les agences d'intérim n'ont pas été en mesure de transmettre systématiquement comme prévu aux SST le descriptif du poste et le CV de leur intérimaire. Le rapport d'évaluation de l'expérimentation à mi-parcours réalisé par l'Observatoire régional de la santé du Centre (ORS) indique à ce sujet que les agences ne sont généralement pas en possession des fiches de postes détaillées telles que souhaitées par les médecins. Certaines ne savent même pas toujours, lorsqu'elles envoient un salarié à la visite médicale, dans quelle entreprise il sera in fine affecté.

Par ailleurs, si le carnet de suivi professionnel donne au médecin un aperçu du niveau de précarité du salarié au regard du nombre de missions effectuées et de leur durée, il ne permet pas d'enregistrer la traçabilité des risques

Ils ne savent pas ce qu'ils feront la semaine prochaine ou même demain

02

La population cible du projet

Elle concerne 5400 intérimaires (soit 30% de la population intérimaire vue par les deux SST). Pour identifier au sein de cette population les intérimaires en situation de précarité sociale et les orienter ensuite vers l'assistante sociale (AS), les salariés ciblés ont dû remplir un bref questionnaire (11 questions fermées) intitulé « Epices ». À l'origine du projet, tous les intérimaires dont le score « Epices » s'avérait supérieur à 30 devaient être orientés vers l'AS. Mais en réalité, les médecins ne tiennent pas compte systématiquement de ce score et orientent les salariés selon leur propre appréciation de la situation.

professionnels associés à chaque poste de travail. En effet, ce type d'information est confidentiel et ne peut être consigné sur un carnet consultable par tout un chacun comme le confirme Stéphane Malandain, responsable du service prévention technique du CIHL : « Ces données appartiennent à l'entreprise. Elles ne peuvent donc être retranscrites que sur le dossier médical confidentiel de chaque salarié ».

Un réel besoin d'accompagnement social

Au final, cette expérimentation aura néanmoins généré plusieurs avancées positives. Tout d'abord la reconnaissance du bien fondé d'un suivi social d'une population d'intérimaires souvent confrontée à une réelle précarité. Ceux-ci n'ont en effet généralement pas choisi d'exercer en intérim, hormis certains travailleurs qualifiés ou spécialisés (caristes, chauffeurs, peintres en bâtiment...), et ne sont souvent pas en mesure de faire appel eux mêmes à un service d'aide social.

Certaines démarches comme la « reconnaissance du statut de travailleur handicapé » sont très complexes, notamment pour un salarié précaire, et nécessitent à l'évidence l'intervention d'une assistante sociale du travail. Et puis, grâce au carnet de suivi qui indique les adresses des centres d'examen de santé gratuits existant sur le Loiret et l'Indre et Loire, les médecins ont été sensibilisés à la nécessité d'orienter plus souvent les intérimaires vers ces centres ou vers leurs médecins traitants. En effet le projet visait aussi l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins pour une population qui, de fait, est moins attentive en règle générale à sa santé que les autres salariés en CDI.

Certes, la plupart des médecins déplorent encore de ne pas avoir de retour des centres de santé sur les examens subis par les intérimaires orientés par leurs soins. Mais il semble que peu à peu des conventions d'échanges d'information se mettent en place. Ainsi, à Tours, l'IRSA (Institut Inter Régional pour la Santé) s'est engagé à envoyer le compte-rendu des examens réalisés aux médecins de l'AIMT.

Une expérimentation confrontée à la pénurie de médecins

En définitive, seul le volet visant l'amélioration du suivi médical au travail des intérimaires n'a atteint que partiellement ses objectifs. « Cela est dû avant tout aux problèmes de démographie médicale » explique Michèle Marchais, directrice adjointe du travail et initiatrice à la DIRECCTE Centre de cette expérimentation. « La pénurie de médecins entraîne dans certains SST un turn-over élevé qui a pu parasiter le suivi médical régulier des intérimaires tel que prévu dans le projet initial ». Constat partagé par Bruno Antoinet, directeur du CIHL d'Orléans qui confirme que son

Le pilotage du projet

Le projet a été initié par l'ex Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) et est porté par le Groupement régional de santé publique (GRSP).

Un comité de pilotage est constitué de représentants de la DIRECCTE Centre (Ex DRTEFP), du GRSP, des deux services de santé au travail (CIHL et AIMT), du syndicat professionnel des établissements de travail temporaire (PRISME), de l'Observatoire régional de la santé (ORS) en tant qu'évaluateur et de la Caisse d'assurance retraite et santé au travail (CARSAT), ex CRAM.

Les services du FASTT

Le Fonds d'action sociale des travailleurs temporaires (FASTT) est une association loi 1901 gérée par les partenaires sociaux des "professionnels de l'intérim et des services et métiers de l'emploi" (PRISME). Il propose diverses prestations pour faciliter la vie des intérimaires dans le domaine de l'aide à la mobilité (hébergement, location de véhicule, aide au permis de conduire...), de la garde et des loisirs des enfants, de l'accès au logement (garanties pour sécuriser les propriétaires, aide pour financer le dépôt de garantie et les honoraires d'agences...), de l'accès au crédit et des couvertures santé (mutuelle des intérimaires...).

Problème : beaucoup de ces prestations (ex : mutuelle) nécessitent que l'intérimaire ait effectué a minima 400 heures de travail par an.

service est en grand déficit de « temps médical » et qu'il ne peut satisfaire toutes les demandes des établissements de travail temporaire. Ceux-ci se voient donc contraints de choisir les intérimaires qui bénéficieront d'une visite médicale. Un responsable d'agence d'intérim interrogé par l'ORS indiquait ainsi « qu'il ne disposait que de deux visites par semaine et qu'il était obligé de choisir les salariés affectés sur les postes les plus à risques ». Suivant cette même logique, on peut penser que les agences sont aussi amenées à privilégier les salariés ayant les missions les plus longues. En ce sens

la population étudiée depuis le début du projet pourrait ne pas avoir pris en compte une partie des intérimaires les plus touchés par la précarité. Le rapport final d'évaluation de l'expérimentation attendu début 2011 apportera, espérons le, des réponses à ces interrogations.

Pierre DUSSIN



03