



Observatoire régional de la santé

RAPPORT D'ACTIVITE 2012

ORS DU CENTRE
BP 2439 www.orscentre.org
1 rue Porte Madeleine
45032 Orléans cedex 1 Tél. 02 38 74 48 80

AVRIL 2013

SOMMAIRE

1. La lettre du Président	4
2. L'association	6
Les missions.....	6
Les membres fondateurs de l'association.....	7
Les administrateurs au 31 décembre 2012	8
Le Bureau au 31 décembre 2012.....	9
Les salariés	10
La vie associative	12
3. Le partenariat ORS/Creai	14
4. Le budget.....	16
Le rapport financier de l'année 2012	16
Le budget prévisionnel de l'année 2013	24
Détail du budget prévisionnel de l'année 2013.....	25
5. Les travaux.....	26
Temps de travail : analyse synthétique	26
- Diagnostics locaux de santé.....	28
- Observation sociale en région Centre	30
- Détermination des freins à l'accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés en région Centre	32
- Les maladies à caractère professionnel en région Centre - Résultats des quinze jours 2011	34
- Tableau de bord Santé, sécurité et conditions de travail en région Centre	36
- Fnors/EFS - Profils des donneurs de sang en France en 2010.....	38
- Exploitation des certificats de santé du 8 ^{ème} jour 2011	40
- Les usagers des CHRS : profils et parcours vers le logement	42
- Groupes de travail Fnors.....	44
- Appui Creai - Etude sur la prise en compte des travailleurs handicapés en Esat	46
- Actualisation de la base de données d'indicateurs servant à alimenter le portail de l'ARS	48
- Fnors - Démarche qualité	50
- Diagnostic santé de Lorraine en vue de la mise en place d'une MSP	52
- Etude « Prévention Dopage - Danse »	54
- Evaluation des points-station de l'Apleat	56
- Conseils techniques, colloques, congrès, formations	58
6. Les consultations du site internet en 2012	60



1. La lettre du Président

L'année 2012 a été pour l'ORS Centre, dans la continuité des années précédentes, une période de travail intense et fécond par une équipe compétente, soudée, et en outre renforcée grâce à un nouveau CDI (Master en Statistique appliquée), qui porte l'effectif à 7 ETP.

Nos principaux partenaires nous ont maintenu leur soutien et ont continué à nous confier des missions malgré leurs budgets contraints. En particulier, l'ARS a bien voulu maintenir son financement pour élaborer de nombreux diagnostics locaux de santé et l'exploitation des CS8. La DRJSCS nous a confié pour une nouvelle année la réalisation de l'«Observation sociale Centre». Mentionnons également le Conseil régional, qui souhaite étendre l'étude sur la Santé des lycéens à celle des apprentis et nous a demandé une étude sur la Prévention par les pairs, et enfin la Direccte, qui nous a sollicités pour la mise à jour du Tableau de bord santé travail et la continuité des Quinzaines des maladies à caractère professionnel.

Le rapprochement avec le Creai en vue d'une éventuelle fusion a été suspendu en raison des déficits d'exploitation de cette association. De plus, l'ORS ne pouvant pas continuer à fonctionner avec une directrice à mi-temps, a dénoncé la convention de mise à disposition pour récupérer sa directrice à plein temps. En revanche, la convention de partenariat est toujours en vigueur et des travaux ont été menés en commun : une étude conjointe sur les CHRS, commanditée par la DRJSCS, l'appui des techniques de traitements statistiques et en informatique de l'ORS au Creai (en 2013, une étude conjointe avec le Creai est menée dans les maisons relais - pensions de familles).

Pour continuer à envisager toutes les possibilités de développement et éventuellement redéfinir notre projet associatif, nous avons mis en place une commission de prospective qui doit rendre ses conclusions au premier semestre 2013. Nous en attendons des perspectives concrètes pour un projet adapté à l'environnement actuel.

En 2012, nous avons commencé à nous projeter dans l'avenir sous d'autres aspects : l'ORS Centre, avec les 25 autres ORS, s'est investi dans des groupes de travaux prospectifs correspondant à des thématiques ou méthodes d'enquête pour lesquels les ORS avaient considéré qu'il fallait innover (choix établis lors des journées ORS sur Orléans en octobre 2010). Nous devrions recueillir prochainement les fruits de ces réflexions.

Tous les ORS sont confrontés à des difficultés, mais l'union fait la force. Nous attendons beaucoup de notre fédération, la Fnors, dont notre directrice est d'ailleurs secrétaire général élu. La Fnors explore diverses voies de développement et de consolidation.

Enfin, je tiens à remercier du fond du cœur les membres du Bureau, du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale. Toujours présents quand nous avons besoin d'eux, ils ne ménagent ni leur temps ni leurs efforts. Leurs avis sont précieux, leur soutien constant est inestimable et ils peuvent être assurés de toute notre reconnaissance.

Nous terminons l'année 2012 avec un léger déficit. Les perspectives 2013 sont mitigées. Mais nous continuerons notre œuvre avec enthousiasme et efficacité, convaincus de son intérêt pour la collectivité.



Le Pr Jacques WEILL,
Président de l'ORS Centre



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 15 ans maintenant, l'ORS du Centre, qui a pour objet social «l'étude des phénomènes sanitaires et sociaux aux plans régional et infrarégional», 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 ses déterminants 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, CHRO
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 CHRO 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, CHU 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, CHU 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, CHU 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 2012

*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, social et environnemental 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 la Fédération hospitalière 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 régional de l'ordre des pharmaciens,
- le Président du Conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes,
- le Président du Conseil régional de l'ordre des infirmiers,
- le Président du Conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes,
- le Président du Conseil régional de l'ordre des podologues,
- le Président du Conseil régional de l'ordre des sages-femmes,
- le Président de l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux,
- un représentant désigné de chacun des conseils généraux des 6 départements de la région Centre.

Les membres élus :

- M. Jean-Claude BURGAUD, Régime social des indépendants,
- Mme Elisabeth CANTONE,
- Mme Huguette CRUZ-JIMENEZ, Sphéria Val de France Actions,
- Mme Nelly DABEE,
- M. le Dr Claude GROSSIER, Aromsa du Centre,
- M. le Dr Glenn LIMIDO, Direction régionale du Service médical,
- M. le Dr Patrick LEPINAY, CPAM 45 - Centre d'examens de santé,
- M. Jacques PORTIER, Uraf Centre,
- M. Johan PRIOU, Uriopss Centre,
- Mme Christelle QUESNEY-PONVERT, Anpaa Loiret,
- M. le Pr Emmanuel RUSCH, CHRU Bretonneau,
- M. Gildas VIEIRA, Fraps
- M. le Pr Jacques WEILL, ORS Centre,
- Mme Isabelle WOLFF.

Les membres élus sont renouvelés par moitié tous les deux ans (prochaines élections en avril 2014).

Comme suite au renouvellement de la moitié des membres élus lors de l'Assemblée générale du 16 avril 2012, les membres élus sont au nombre de 14, 6 postes restant 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 2012

- M. le Pr Jacques WEILL, Président,
Professeur honoraire du CHRU de Tours
- M. Jean-Claude BURGAUD, 1^{er} Vice-Président,
Directeur de la branche santé du Régime social des indépendants 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 Centre
- Mme Christelle QUESNEY-PONVERT, Trésorière,
Directrice de l'Anpaa 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 maladie du Centre

Les salariés

*Un effectif permanent
consolidé de 7 ETP en 2012*

1 poste de direction en CDI à temps complet :

Céline LECLERC, socio-démographe, recrutée en janvier 2001 et directrice depuis décembre 2004.

Egalement directrice du Creai Centre (dans le cadre d'une convention de mise à disposition initiée en vue du processus de fusion avec le Creai) à mi-temps pendant toute l'année 2012.

Elle reprendra son poste de directrice de l'ORS à temps complet à compter du 9 janvier 2013 suite à la décision du conseil d'administration de l'ORS de suspendre la fusion ORS/Creai et de mettre fin à la convention de mise à disposition de la directrice à mi-temps.

3 postes de chargés d'études en CDI à temps complet :

Clotilde BINET, socio-démographe, en poste depuis le 01/10/2008.

AuréliE ELOY, socio-démographe, en poste depuis le 14/10/2008.

Franck GENITEAU, géographe de la santé, en poste depuis le 11/12/2008.

1 poste d'assistante d'études en CDI à temps complet :

Claire GUILLOUET, statisticienne, recrutée le 01/10/2010, en CDI depuis le 01/01/2012.

1 poste de data manager en CDI à temps complet :

Julien VOSSART, informaticien, en poste depuis le 01/07/2010.

1 poste de secrétariat en CDI à temps complet :

Anne BOURDAIS, assistante de direction, en poste depuis le 07/03/2011.

Accueil d'une stagiaire et d'un interne en médecine en 2012

Valérie HUET - *Stagiaire Master 2 PEPS - Accueillie du 02/04/2012 au 31/07/2012*



Etudiante en Master 2 Promotion et Gestion de la Santé, option Prévention, Education et Promotion de la santé à l'université François Rabelais de Tours. Elle a travaillé, en collaboration avec Franck Géniteau, sur le diagnostic local de santé de Dreux.

Jean CAPSEC - *Interne de santé publique - Accueilli du 02/05/2012 au 02/11/2012*



Etudiant en DES de Santé publique à la faculté de médecine de Tours. Il a travaillé, en collaboration avec Franck Géniteau, sur les diagnostics locaux de santé de St-Amand-Montrond et de la communauté de communes du Romorantinais-Monestois.

L'EQUIPE DE L'ORS CENTRE LE 02 AVRIL 2013



De gauche à droite :

Anne Bourdais, Aurélie Eloy, Julien Vossart
Franck Géniteau, Claire Guillouët, Céline Leclerc

(Absente sur la photo : Clotilde Binet)

Poursuite de la collaboration avec le Simees

La collaboration avec le Service d'Information Médicale, d'Epidémiologie et d'Economie de la Santé, -dirigé par le Pr Emmanuel RUSCH-, se poursuit, dans le cadre de la convention signée en décembre 2006 (coopération pour une quotité temps de 0,20 ETP maximum moyennant un remboursement des frais en personnels - salaires et charges).

Notre correspondant référent :
le Dr Hippolyte KOUADIO, Praticien hospitalier



La vie associative

LES REUNIONS DES INSTANCES ASSOCIATIVES EN 2012

5 réunions de Bureau :

- 16 février 2012
- 11 juin 2012
- 10 juillet 2012
- 25 septembre 2012
- 26 novembre 2012

Une commission prospective

Nouvellement créée par décision du CA du 25 septembre 2012 pour préparer l'avenir de l'ORS, elle a tenu sa première réunion le 10 décembre 2012.

4 conseils d'administration :

- 13 mars 2012
- 16 avril 2012
- 25 septembre 2012
- 17 décembre 2012

*L'Assemblée générale s'est tenue le
16 avril 2012*

L'ASSOCIATION COMPTE 42 MEMBRES, dont 37 font partie du Conseil d'administration. (L'association n'a en effet pas mis en place de communication pour accroître le nombre de ses adhérents).

LE MONTANT DE LA COTISATION ANNUELLE EST DEPUIS 2002 FIXE A 10 € MINIMUM

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, fait partie, depuis juin 2007, du Conseil d'administration de la Fnors, dont elle est Secrétaire général depuis juin 2011. Elle représente également la Fnors au sein du Conseil scientifique de l'Inpes.

L'ORS CENTRE EST MEMBRE DU BUREAU DE LIG'AIR (association de surveillance de la qualité de l'air).

Franck GENITEAU, Chargé d'études à l'ORS Centre, participe aux réunions des instances.



3. Le partenariat ORS/Creai



A la demande de l'ARS et dans un contexte législatif et réglementaire appelant au décloisonnement du secteur sanitaire et médico-social, un processus de rapprochement avec le Creai a été initié en 2009, avec pour objectif la création d'un dispositif régional d'étude, d'observation et d'accompagnement dans les champs médico-social, social et sanitaire.

Cette démarche s'est concrétisée par la mise en place, fin mai 2010, d'une direction commune aux deux associations et par la signature, le 04 octobre 2011, d'une convention de partenariat. Une direction commune a permis dans un premier temps d'organiser des échanges puis de mettre en œuvre un début de collaboration sur des missions d'études menées conjointement.

Si une forme de complémentarité a pu s'exercer sur les quelques projets menés en collaboration en 2011 et 2012 (dont une étude pour la DRJSCS sur les profils et parcours vers le logement des usagers des CHRS), plusieurs points sont apparus comme étant de nature à remettre en question l'opportunité d'un regroupement ORS/Creai : l'asymétrie de compétences entre les deux équipes, le caractère structurel des difficultés financières rencontrées par le Creai et le manque de visibilité par rapport à son projet associatif.

Aussi le président du Creai a-t-il proposé, lors de la commission de suivi du 19 janvier 2012, de confier à un cabinet indépendant la réalisation d'un audit, destiné à mesurer l'opportunité, la faisabilité et la viabilité d'une fusion entre l'ORS Centre et le Creai Centre. Cette mission, réalisée par le groupement Grant Thornton / EQR de fin avril à juillet 2012, comprenait une analyse documentaire, un diagnostic organisationnel et financier et l'étude de différents scénarii en vue d'un rapprochement.

Les résultats de l'audit, présentés au conseil d'administration de l'ORS le 25 septembre 2012, mettent en évidence le risque présenté par la situation financière préoccupante du Creai.

Eu égard au déficit important présenté par le Creai, à la nécessité d'une direction à temps plein pour l'ORS et dans l'attente de la refonte du projet associatif du Creai (dont les orientations seront présentées lors de l'assemblée générale du Creai du 25 juin 2013), le conseil d'administration de l'ORS a voté la fin de la convention de mise à disposition de la directrice à mi temps (la directrice reprendra ses fonctions à temps plein l'ORS le 9 janvier 2013) et la suspension du projet de fusion ORS/Creai.

Toutefois, les collaborations ORS/Creai se poursuivent, dans le cadre de la convention de partenariat, au travers de réponses communes à des appels d'offres ou de mutualisations de moyens.

Une **commission prospective** a par ailleurs été créée au sein du conseil d'administration de l'ORS pour définir le projet de l'ORS et anticiper l'avenir. Composée de 7 membres (M. Priou, qui préside la commission, M. Burgaud, Mme Leclerc, Mme Quesney, le Pr Rusch, le Pr Weill et Mme Wolff), elle a tenu sa première réunion le 10 décembre 2012.

4. Le budget

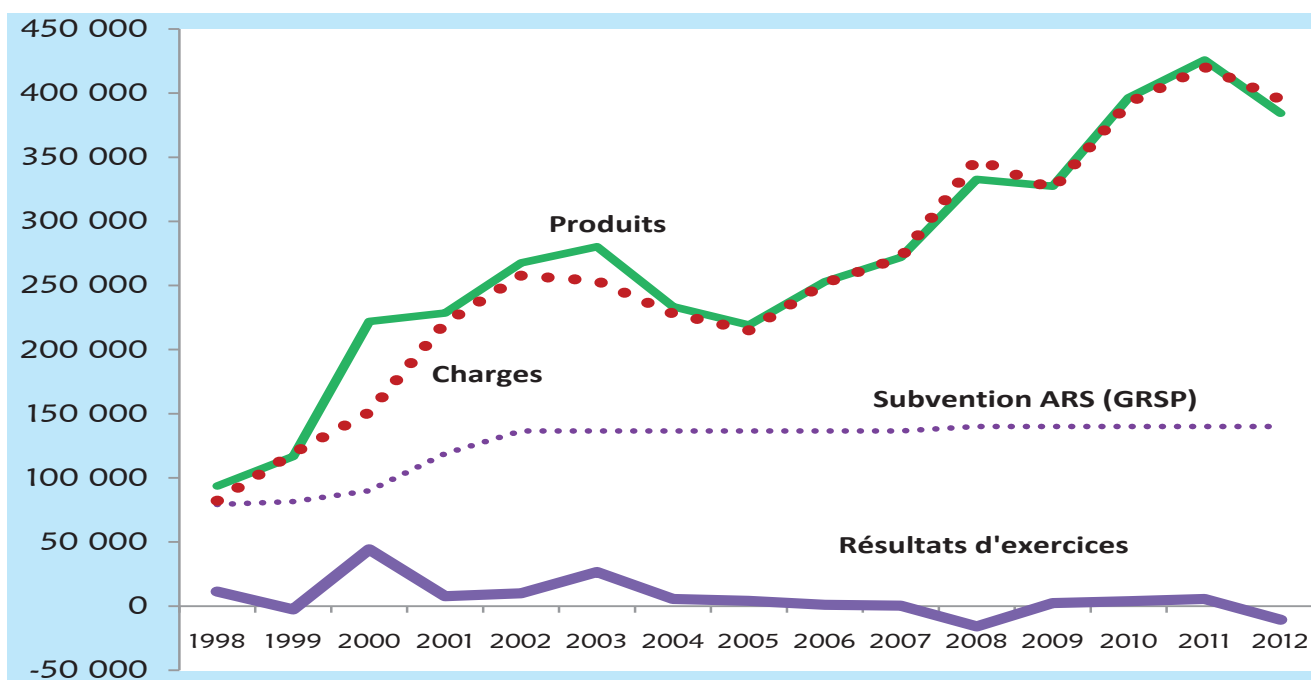
Le rapport financier de l'année 2012

L'année 2012 a été marquée par un léger fléchissement de l'activité, qui n'a pas permis d'atteindre l'équilibre d'exploitation.

Les prestations vendues, inférieures de 23 % au budget prévisionnel, ont diminué de 25 % par rapport à 2011 (173 142 € contre 230 963 €). Un résultat à relativiser puisque la baisse du total des produits reste inférieure à 10 % par rapport à 2011 et de 8 % par rapport au prévisionnel, et que l'augmentation des productions vendues reste à +3 % par rapport à 2009. La charge de travail a été sensiblement la même qu'en 2011, mais le seuil de rentabilité de certains travaux n'a pas toujours pu être atteint, en lien avec la réduction importante des enveloppes financières de nos commanditaires.

Il faut noter de surcroît que les charges, bien que conformes au budget prévisionnel, n'ont parallèlement baissé que de 6 %. Il en résulte un déficit d'exploitation de - 18 192 €, partiellement compensé par le résultat financier (7 056 €), soit un résultat d'exercice de - 10 700 €.

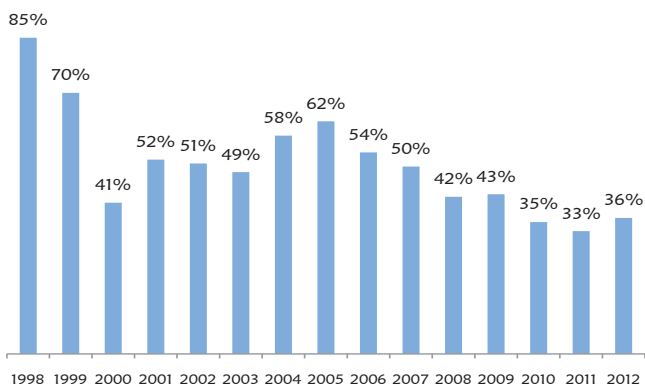
C'est la deuxième fois depuis 1999 que l'ORS présente un résultat déficitaire. Ce déficit s'explique par le contexte de diminution des crédits (même si les conventions ont été renouvelées avec l'ARS, la DRJSCS pour la plateforme sociale, l'InVS et la Direccte pour l'étude MCP et la mise à jour du tableau de bord santé travail) et la baisse d'intensité récente du développement commercial et partenarial du fait de la fusion de direction ORS/Creai.



EVOLUTION DU BUDGET DE L'ORS CENTRE DEPUIS 1998

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012
Produits	93 606	221 968	267 599	233 468	252 851	332 672	396 326	425 773	384 258
dont subventions	79 273	89 945	136 479	136 479	136 500	140 000	140 000	140 000	140 000
Charges	82 146	150 963	257 605	227 940	215 050	348 540	392 505	420 185	394 958
Résultats d'exercice	11 327	44 272	9 994	5 528	4 079	-15 869	3 821	5 588	-10 700

PART DE LA SUBVENTION ARS (ex Drass, GRSP) dans le total des produits de l'ORS depuis 1998

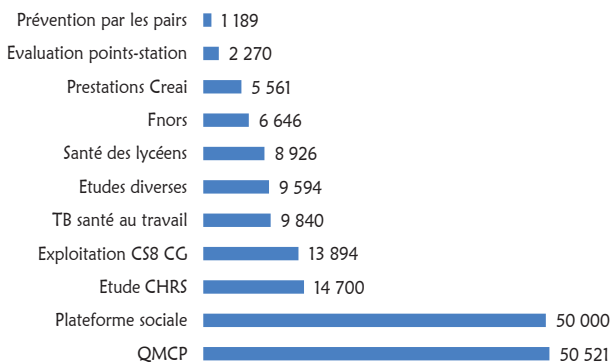


Cette année encore, l'enveloppe correspondant au financement des travaux pour l'Agence régionale de santé est restée stable (140 000 €), stabilité enregistrée depuis 2002. Cette convention représente pour cette année 2012, 36% des produits d'exploitation.

Dans le cadre de cette enveloppe financière, l'ORS a finalisé l'étude sur les freins à l'accueil de jour, poursuivi l'exploitation des données issues des CS8 et la mise à jour des indicateurs de l'ex-GRSP, et travaillé sur la réalisation de diagnostics locaux de santé (Dreux-Vernouillet, communauté de commune du Romorantinais et du Monestois, Pays Touraine côté sud et Saint-Amand-Montrond).

Au-delà de cette convention, l'ARS Centre co-finance également des travaux tels que les MCP, projets à l'initiative de l'InVS et de la Direccte ou encore les études sur la santé des jeunes (lycéens et prochainement sur les apprentis) émanant du Conseil régional.

LES PRESTATIONS VENDUES EN 2012 (en €)

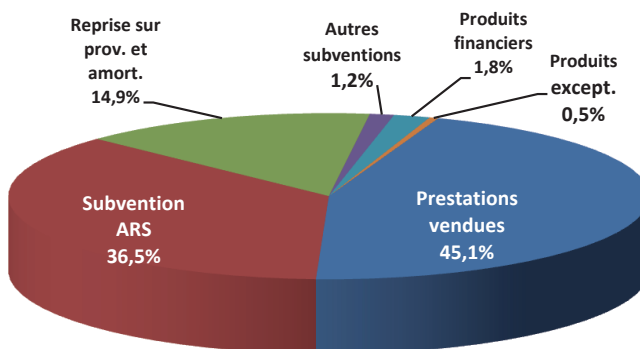


En raison des contraintes budgétaires, les commandes ont été légèrement moins importantes, n'atteignant parfois pas le seuil de rentabilité. Les prestations vendues ont diminué de 25 % au regard de l'exercice 2011 (année exceptionnellement élevée) mais reste au niveau de l'année 2010. Pour cette année 2012, la DRJSCS a maintenu le financement à hauteur de 50 000 € pour la réalisation de la plateforme sociale, incluant la réalisation, la mise en forme et l'impression d'OSCARD et le développement de la cartographie sur le site de la plateforme sociale. Au-delà de cette mission, la DRJSCS a également confié conjointement à l'ORS et au Creai une étude sur le parcours des usagers des CHRS (14 700 €). Pour la 11ème année consécutive, les 6 conseils généraux ont renouvelé leur volonté d'une publication régionale des données départementales des CS8.

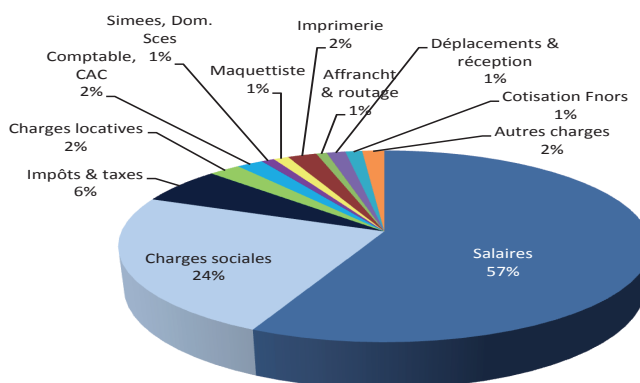
L'année 2012 est marquée également par le souhait de la Direccte de mettre à jour le tableau de bord sur la santé au travail (9 840 €) dont la première mouture avait été réalisée en 2009 (le document sera imprimé et diffusé auprès de l'ensemble des partenaires de la Direccte en 2013). Au cours de cette année, l'ORS est également intervenu en appui au Creai pour la réalisation d'enquêtes quantitatives (appui à la mise en ligne d'un questionnaire et exploitation des données). Il a par ailleurs participé à des travaux émanant de la Fnors (EFS, étude dopage, SCORE-Santé).

L'ORS a également bénéficié d'un financement d'aide à l'embauche dans le cadre du CAP'Asso du Conseil régional. Il s'agissait du dernier tiers de l'enveloppe accordée sur trois années dans le cadre du renouvellement du dispositif. En contrepartie de ce financement, l'ORS a mis en ligne un système de cartographie interactive, accessible depuis le site de l'ORS.

REPARTITION DES PRODUITS EN 2012



REPARTITION DES CHARGES EN 2012



L'essentiel des charges correspond à la masse salariale (81 % des charges), en cohérence avec l'activité de l'association (vente de prestations) et les années précédentes. La masse salariale est inférieure de 6 % à celle de 2011 du fait d'un poste de 3 mois en CDD non reconduit mais reste supérieure de 3 % à 2010 du fait de la mise à disposition sur année pleine du poste de direction (7 mois en 2010), comme en 2011.

Concernant les autres charges, les charges externes sont en diminution (-13,4 % par rapport à 2011) soit - 7 480 €. Cet écart correspond aux non-achats de données (retard de l'arrivée des données de mortalité), aux moindres achats de fournitures administratives, aux moindres locations de véhicules (dépense fonction du type d'enquêtes menées) et moindres frais postaux (l'envoi de questionnaires par voie électronique ayant été privilégié). Le montant total des charges externes de 2012 s'élève ainsi à 48 416 € (contre 55 896 € en 2011).

Bilan actif

ACTIF	Exercice du 01/01/2012 au 31/12/2012			01/01/2011 au 31/12/2011
	Brut	Amort. & Dépréc.	Net	
ACTIF IMMOBILISE				
Immobilisations Incorporelles				
Frais d'établissement				
Concessions, brevets et droits similaires	5 566	5 094	472	
Autres immobilisations incorporelles				
Avances et acomptes				
Immobilisations Corporelles				
Terrains				
Constructions				
Installations techniques, matériels, ...				
Autres immobilisations corporelles	11 895	11 426	469	1 107
Immobilisations grevées de droits				
Immobilisations corporelles en cours				
Avances et acomptes				
Immobilisations Financières				
Participations				
Créances rattachées à des participations				
Autres titres immobilisés				
Prêts				
Autres immobilisations financières				
TOTAL (I)	17 461	16 520	941	1 107
Comptes de liaison				
TOTAL (II)				
ACTIF CIRCULANT				
Stocks				
Matières premières et autres appros				
Marchandises				
Avances & acomptes versés /commandes				
Créances				
Créances redevables et cptes rattachés	26 226		26 226	31 994
Autres	7 309		7 309	12 375
Valeurs mobilières de placement	109 755		109 755	110 685
Instruments de trésorerie				
Disponibilités	138 872		138 872	118 600
Charges constatées d'avance	1 115		1 115	2 359
TOTAL (III)	283 277		283 277	276 013
Charges à répartir sur plusieurs exerc.				
Primes de remboursement des empr.				
Ecarts de conversion actif				
TOTAL GENERAL (I+II+III+IV+V+VI)	300 738	16 520	284 218	277 120

(1) Dont à moins d'un an

(2) Dont à plus d'un an

Rapport «GAMAF» sur les comptes annuels 2012

Bilan passif

PASSIF	Du 01/01/2012 au 31/12/2012	Du 01/01/2011 au 31/12/2011
FONDS ASSOCIATIFS		
Fonds propres		
Fonds associatifs sans droit de reprise		
Ecart de réévaluation sur des biens sans droit de reprise		
Réserves indisponibles		
Réserves statutaires ou contractuelles		
Réserves réglementées		
Autres réserves	139 428	133 840
Report à nouveau		
Résultat de l'exercice (excédent ou déficit)	-10 700	5 588
Autres fonds associatifs		
Fonds associatifs avec droit de reprise		
Ecart de réévaluation sur des biens avec droit de reprise		
Subventions d'investissement sur biens non renouvelables par l'organisme		
Provisions réglementées		
Droits des propriétaires (Commodat)		
TOTAL (I)	128 728	139 428
Comptes de liaison		
TOTAL (II)		
Provisions pour risques et charges		
Provisions pour risques	3 755	3 171
Provisions pour charges		
TOTAL (III)	3 755	3 171
Fonds dédiés		
Sur subventions de fonctionnement		
Sur autres ressources		
TOTAL (IV)		
DETTES		
Dettes financières		
Emprunts obligataires		
Emprunts et dettes auprès des établissements de crédit		
Emprunts et dettes financières divers		
Avances et acomptes reçus sur commandes en cours		
Dettes d'exploitation		
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	9 609	9 477
Dettes fiscales et sociales	80 636	78 292
Redevables créditeurs		
Dettes diverses		
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés		
Autres dettes		
Instruments de trésorerie		
Produits constatés d'avance	61 491	46 752
TOTAL (V)	151 735	134 521
Ecart de conversion passif	(VI)	
TOTAL GENERAL (I+II+III+IV+V+VI)	284 218	277 120

Compte de résultat

		Du 01/01/12 au 31/12/12	Du 01/01/11 au 31/12/11	Variation N / N-1		
				en valeur	en %	
PRODUITS D'EXPLOITATION	Ventes de marchandises					
	Production vendue (biens et services)	173 142	230 963	-57 822	-25	
	Production stockée		-6 400	6 400	100	
	Production immobilisée					
	Subventions d'exploitation	144 667	144 666	1		
	Reprises sur amorts, provisions, transf. chges	57 398	51 755	5 643	11	
	Cotisations					
	Autres produits	261	400	-139	-35	
TOTAL PRODUITS D'EXPLOITATION (I)		375 468	421 385	-45 917	-11	
CHARGES D'EXPLOITATION	Achat de marchandises					
	Variation des stocks de marchandises					
	Achats stockés d'approvisionnements					
	Variation des stocks d'approvisionnements					
	Autres charges externes	48 416	55 896	-7 480	-13	
	Impôts, taxes et versements assimilés	24 203	22 460	1 743	8	
	Rémunérations du personnel	225 407	238 433	-13 026	-5	
	Charges sociales	94 122	101 441	-7 319	-7	
	Dotations aux amortissements et dépréciations	Sur immobilisations : dotations aux amort.	1 510	1 301	209	16
		Sur immobilisations : dotations aux dépréc.				
		Sur actifs circulants : dotations aux dépréc.				
	Dotations aux provisions					
	Subventions accordées par l'association					
Autres charges	1		1			
TOTAL CHARGES D'EXPLOITATION (II)		393 660	419 531	-25 871	-6	
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (I) - (II)		-18 192	1 854	-20 046		
Opération en commun, Bénéfice attribué ou Perte transférée (III)						
Opération en commun, Perte supportée ou Bénéfice transféré (IV)						
PRODUITS FINANCIERS	Produits financiers de participations		124	-124	-100	
	Produits des autres valeurs mobilières et créances					
	Autres intérêts et produits assimilés	7 056	4 264	2 792	65	
	Reprises sur provisions et transferts de charges					
	Différences positives de change					
	Produits nets sur cessions de VMP					
TOTAL DES PRODUITS FINANCIERS (V)		7 056	4 388	2 668	61	
CHARGES FINANCIÈRES	Dotations aux amortissements, dépréc., prov.					
	Intérêts et charges assimilées					
	Différences négatives de change					
	Charges nettes sur cession de VMP					
TOTAL DES CHARGES FINANCIÈRES (VI)						

Rapport «GAMAF» sur les comptes annuels 2012

Compte de résultat (suite)

		Du 01/01/12 au 31/12/12	Du 01/01/11 au 31/12/11	Variation N / N-1	
				en valeur	en %
RÉSULTAT FINANCIER (V) - (VI)		7 056	4 388	2 668	61
PRODUITS EXCEPTIONNELS	Produits exceptionnels sur opérations de gestion	1 734		1 734	
	Produits exceptionnels sur opérations en capital				
	Reprises sur provisions et transferts de charges				
TOTAL DES PRODUITS EXCEPTIONNELS (VII)		1 734		1 734	
CHARGES EXCEPTIONNELLES	Charges exceptionnelles sur opérations de gestion	714		714	
	Charges exceptionnelles sur opérations en capital				
	Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	584	654	-70	-11
TOTAL DES CHARGES EXCEPTIONNELLES (VIII)		1 298	654	644	98
RÉSULTAT EXCEPTIONNEL (VII) - (VIII)		436	-654	1 090	167
	Participation des salariés aux résultats (IX)				
	Impôts sur les bénéfices (X)				
SOLDE INTERMÉDIAIRE (I + III + V + VII) - (II + IV + VI + VIII + IX + X)		-10 700	5 588	-16 288	-291
+ REPORT DE RESSOURCES NON UTILISÉES DES EXERCICES ANTÉRIEUR					
ENGAGEMENTS	Sur apports				
	Sur subventions de fonctionnement				
	Sur dons manuels				
	Sur legs et donations				
- ENGAGEMENTS À RÉALISER SUR RESSOURCES AFFECTÉES					
TOTAL DES PRODUITS		384 258	425 773	-41 515	-10
TOTAL DES CHARGES		394 958	420 185	-25 227	-6
EXCÉDENT OU DÉFICIT		-10 700	5 588	-16 288	-291
ÉVALUATION DES CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE					
PRODUITS	Bénévolat				
	Prestations en nature				
	Dons en nature				
TOTAL PRODUITS					
CHARGES	Secours en nature				
	Mise à disposition gratuite de biens et services				
	Personnel bénévole				
TOTAL CHARGES					
TOTAL		-10 700	5 588	-16 288	-291

Rapport «GAMAF» sur les comptes annuels 2012

Détail du compte de résultat (suite)

	Du 01/01/12 au 31/12/12	Du 01/01/11 au 31/12/11	Variation N / N-1	
			en valeur	en %
PRODUITS D'EXPLOITATION				
Ventes de marchandises				
Production vendue (biens et services)	173 141.76	230 963.27	-57 821.51	-25
<i>Fnors</i>	5 771.39		5 771.39	
<i>Qmcp</i>	50 521.00	36 594.00	13 927.00	38
<i>Sante des jeunes conseil regio</i>		24 000.00	-24 000.00	-100
<i>Etudes diverses</i>	9 560.20	22 588.27	-13 028.07	-58
<i>Prevent risque solaire</i>		12 000.00	-12 000.00	-100
<i>Eval points station</i>	2 270.00		2 270.00	
<i>Sante des lyceens</i>	8 926.00	42 500.00	-33 574.00	-79
<i>8e jour cg</i>	13 894.00	9 448.00	4 446.00	47
<i>Score sante</i>	875.00	14 700.00	-13 825.00	-94
<i>Plateforme sociale</i>	50 000.00	69 133.00	-19 133.00	-28
<i>Prevention par les pairs</i>	1 189.25		1 189.25	
<i>Chrs 2012</i>	14 700.00		14 700.00	
<i>Prestation creai</i>	5 560.92		5 560.92	
<i>Projet tableau bord</i>	9 840.00		9 840.00	
<i>Dons aux oeuvres</i>	34.00		34.00	
Production stockée		-6 400.00	6 400.00	100
<i>Var. en cours prod.servic</i>		-6 400.00	6 400.00	100
Production immobilisée				
Subventions d'exploitation	144 667.00	144 666.00	1.00	
<i>Subvention etat</i>	140 000.00	140 000.00		
<i>C regional cap asso</i>	4 667.00	4 666.00	1.00	
Reprises sur amortis, provisions, transf. chges	57 398.31	51 755.45	5 642.86	11
<i>Transferts charges d'expl</i>	1 447.49	2 575.35	-1 127.86	-44
<i>Mise a disposition creai</i>	47 560.00	47 346.67	213.33	
<i>Remboursement ijss</i>	3 667.95		3 667.95	
<i>Unifaf</i>	4 722.87	1 833.43	2 889.44	158
Cotisations				
Autres produits	260.62	400.00	-139.38	-35
<i>Prod.divers de gest.cour.</i>	0.62		0.62	
<i>Adhesions ors</i>	260.00	400.00	-140.00	-35
TOTAL PRODUITS D'EXPLOITATION (I)	375 467.69	421 384.72	-45 917.03	-11
CHARGES D'EXPLOITATION				
Achat de marchandises				
Variation des stocks de marchandises				
Achats stockés d'approvisionnements				
Variation des stocks d'approvisionnements				
Autres charges externes	48 415.97	55 896.34	-7 480.37	-13
<i>Prestations routeur</i>	2 348.02		2 348.02	
<i>Achats donnees</i>		1 139.00	-1 139.00	-100
<i>Frs entretien/nettoyage</i>	111.62	118.87	-7.25	-6
<i>Frs petits equipements</i>	24.47	230.51	-206.04	-89
<i>Frs administratives</i>	744.33	2 651.90	-1 907.57	-72
<i>Abonnement copies</i>	245.08	775.76	-530.68	-68
<i>Imprimerie</i>	8 125.02	8 101.22	23.80	
<i>Maquettiste</i>	4 207.50	3 773.89	433.61	11
<i>Ss traitance social</i>	2 253.24	2 421.90	-168.66	-7
<i>Location parking</i>	720.00	699.22	20.78	3
<i>Locations mobilières</i>	993.78	2 530.31	-1 536.53	-61
<i>Charges locat.copropriete</i>	5 604.13	5 446.47	157.66	3
<i>Maintenance</i>	1 036.93	1 036.93		

Rapport «GAMAF» sur les comptes annuels 2012

Détail du compte de résultat (suite)	Du 01/01/12 au 31/12/12	Du 01/01/11 au 31/12/11	Variation N / N-1	
			en valeur	en %
<i>Primes d'assurance</i>	490.59	419.19	71.40	17
<i>Documentation generale</i>	133.55	342.15	-208.60	-61
<i>Frais collogues seminaire</i>	200.00		200.00	
<i>Personnel chru tours</i>	1 355.42	903.14	452.28	50
<i>Personnel domicile servic</i>	2 255.40	2 339.40	-84.00	-4
<i>Remunerat.intermed. honor</i>	3 631.08	3 530.24	100.84	3
<i>Honoraires cac</i>	1 488.96	1 498.46	-9.50	-1
<i>Honoraires avocat</i>		538.20	-538.20	-100
<i>Frais d'actes</i>	50.00	50.00		
<i>Frais de repas</i>	1 021.33	1 045.44	-24.11	-2
<i>Depla.missions receptions</i>	3 233.85	3 667.10	-433.25	-12
<i>Deplacement nuitée</i>	619.40	293.25	326.15	111
<i>Reception ca ag bureau</i>	357.44	1 826.58	-1 469.14	-80
<i>Frais postaux</i>	580.70	3 809.42	-3 228.72	-85
<i>Frais telecom</i>	553.48	653.66	-100.18	-15
<i>Frais adsl internet</i>	428.85	421.51	7.34	2
<i>Site internet ors</i>	737.66	717.46	20.20	3
<i>Services bancaires et ass</i>	164.14	215.16	-51.02	-24
<i>Cotisation fnors</i>	4 700.00	4 700.00		
Impôts, taxes et versements assimilés	24 203.20	22 459.74	1 743.46	8
<i>Taxe s/ salaires</i>	16 119.00	16 310.00	-191.00	-1
<i>Formation pro continue</i>	3 967.16	4 502.41	-535.25	-12
<i>Formations effectuees</i>	4 117.04	1 647.33	2 469.71	150
Rémunérations du personnel	225 407.12	238 432.73	-13 025.61	-5
<i>Remunerations personnel</i>	219 153.30	231 832.14	-12 678.84	-5
<i>Ijss cpam</i>	2 859.24	1 790.56	1 068.68	60
<i>Conges payes</i>	3 137.00	1 526.00	1 611.00	106
<i>Indemnitees avantages</i>	257.58	3 284.03	-3 026.45	-92
Charges sociales	94 121.99	101 440.60	-7 318.61	-7
<i>Cotisations urssaf</i>	69 286.63	75 338.67	-6 052.04	-8
<i>Cotisations prevoyance</i>	3 762.29	3 318.00	444.29	13
<i>Cotisations retraite</i>	17 597.54	17 977.65	-380.11	-2
<i>Charges s/ conges</i>	1 223.00	882.00	341.00	39
<i>Medecine du travail</i>	508.33	538.85	-30.52	-6
<i>Indemnitees de stage</i>	1 744.20	2 340.43	-596.23	-25
<i>Cadeaux salaries</i>		1 045.00	-1 045.00	-100
Dotations aux amortissements et dépréciations				
Sur immobilisations : dotations aux amort.	1 510.41	1 301.22	209.19	16
<i>Dot.amort.immo.incorpore.</i>	365.11		365.11	
<i>Dot.amort.immo.corporell.</i>	1 145.30	1 301.22	-155.92	-12
Sur immobilisations : dotations aux dépréc.				
Sur actifs circulants : dotations aux dépréc.				
Dotations aux provisions				
Subventions accordées par l'association				
Autres charges	1.19		1.19	
<i>Charges diverses gestion cour.</i>	1.19		1.19	
TOTAL CHARGES D'EXPLOITATION (II)	393 659.88	419 530.63	-25 870.75	-6
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (I) - (II)	-18 192.19	1 854.09	-20 046.28	
Opération en commun, Bénéfice attribué ou Perte transférée(III)				
Opération en commun, Perte supportée ou Bénéfice transféré(IV)				

Le budget prévisionnel de l'année 2013

Elaboré en séance de bureau du 26 novembre, le budget prévisionnel 2013 a été approuvé en conseil d'administration le 17 décembre 2012.

Les prévisions de charges externes sont établies sur la base des années précédentes, à l'exception des frais de maquettiste, (en vue d'améliorer la présentation des synthèses travaux), d'imprimerie et de routage, en augmentation.

La masse salariale prévisionnelle reste calculée sur 7 ETP mais diminue compte tenu de l'arrêt du versement de la prime trimestrielle liée à la convention de mise à disposition à mi-temps de la directrice au Creai à compter du 9 janvier 2013.

Les productions vendues incluent les travaux déjà engagés en 2012 : suite de l'exploitation des CS8, finalisation des quinzaines MCP 2012, fin de l'étude dopage dans le cadre de la convention signée par la Fnors avec le Ministère des Sports, projet prévention par les pairs, étude sur la santé des apprentis, mise à jour d'indicateurs pour SCORE-Santé.

L'Observation sociale se poursuit également, avec toutefois un financement réduit (- 15 000 €), en raison de budgets contraints.

Il manquait, au moment de la réalisation du budget, 80 000 € d'études diverses pour équilibrer le budget.

Les subventions et autres produits tiennent compte du renouvellement de la subvention de 140 000 € de la part de l'ARS.

<i>en euros</i>	
PRODUITS	
Productions vendues	230 038
Subventions et autres produits	147 029
Total	377 067
CHARGES	
Achats et charges externes	55 437
Salaires, traitements, charges sociales	318 630
Amortissements	3 000
Total	377 067
RESULTAT DE L'EXERCICE	0

BUDGET PREVISIONNEL 2013

Détail du budget prévisionnel de l'année 2013

	En euros
Productions vendues	230 038
8e jour Conseils généraux	13 800
SCORE Santé	3 000
QMCP Finalisation des Quinzaines 6 et 7	19 347
QMCP Finalisation des Quinzaines 8 et 9	18 380
Prévention par les pairs	17 190
Santé des apprentis	10 000
Observation sociale	35 000
Etude Dopage	11 913
Finalisation tableau de bord	11 620
Finalisation Plaquette Apléat	1 436
Projet Datar (Fnors)	6 000
Finalisation Etude EFS	1 303
Etudes diverses	81 049
Subventions et autres produits	147 029
ARS	140 000
CAP'Asso	4 667
Transferts charges (mise à dispo Creai)	1 410
Fhors Secrétariat	762
Adhésions	190
TOTAL PRODUITS	377 067
Charges externes	55 437
Achats données	1 200
Fournitures entretien petit équipement	500
Fournitures administratives	1 500
Maquettiste	3 000
Imprimeur	6 000
Commissaire aux comptes	1 500
Charges locatives	6 500
Entretien réparation matériel	200
Prime d'assurance	500
Documentation générale	200
Frais colloques et séminaires	3 000
Autres frais de formation	1 000
Expert comptable	6 000
Prestation de services OR2S	6 000
Prestation de services (CHU)	1 000
Personnel Domicile service	2 500
Déplacements, missions	4 000
Réception	1 500
Frais postaux	3 000
Frais de télécommunication	700
Abonnement internet	717
Services bancaires	220
Cotisation FNORS	4 700
Charges	321 630
Impôts taxes	15 155
Salaires et charges sociales	303 475
Dotations aux amortissements	3 000
TOTAL CHARGES	377 067

BP présenté au bureau du 26/11/12 et approuvé au CA du 17/12/12,
modifié au CA du 25/03/13

5. Les travaux



Temps de travail : analyse synthétique

Toute l'équipe de l'ORS s'attache à remplir consciencieusement jour après jour un tableau retraçant le temps de travail consacré aux projets. La mise en commun de ces informations permet la réalisation de ce tableau synthétisant les prestations produites. Il met en évidence, cette année encore, le nombre important de projets menés à bien par l'équipe.

Travaux	% sur l'ensemble de l'activité 2012
Gestion interne	20,72%
Diagnostics locaux de santé	10,59%
Creai - Mise à disposition direction	6,90%
Plateforme sociale	5,46%
EHPAD - Accueil de jour	5,46%
MCP	5,24%
Tableau de bord santé au travail	5,19%
Fnors - EFS	4,78%
Santé Lycéens	4,14%
CS8	4,06%
Etude CHRIS (DRJSCS)	3,73%
Fnors - Groupes de travail	3,03%
Informatique - Maintenance et mise à jour site ORS	2,73%
Appui Creai (dont étude Esat)	2,28%
Colloques, séminaires, formation, lecture docs	1,90%
Anpaa 45 (dont site internet)	1,72%
SCORE-Santé	1,64%
Communication externe	1,51%
Projet carto ORS (Cap'Asso)	1,48%
Fnors - Participation aux instances	1,43%
Mise à jour portail ARS	1,33%
Fnors - Démarche qualité	1,09%
Groupes d'experts	1,07%
Diagnostic Lorris	0,64%
Fnors - Etude dopage	0,40%
Orsag - Typologie alimentation	0,33%
Apleat - Points-station	0,28%
Générateur de questionnaire	0,27%
Prévention par les pairs	0,19%
Base mortalité	0,13%
Datar	0,11%
Calculs sur bases de données	0,08%
Santé Apprentis	0,06%
ARS projets divers	0,03%

L'année 2012 aura été marquée par la réalisation de nombreux diagnostics locaux de santé, confiés à l'ORS par l'ARS. Il s'agit d'un travail important, nécessitant la maîtrise de plusieurs dimensions d'enquête : collecte de données existantes et valorisation, calcul d'indicateurs simples (%) à complexes (standardisation, mesure de significativité), identification des promoteurs d'action locale et enquête sur trois ans pour recenser l'ensemble des actions menées en matière de prévention, enfin, enquêtes qualitatives auprès des habitants, des professionnels ou autres acteurs locaux intervenant sur le territoire concerné. Sur 2012, plusieurs collaborateurs ont été mobilisés à la réalisation de ces diagnostics (ne sont pas valorisés dans ce tableau les temps consacrés par les stagiaires présents dans l'année).

Autre point phare de notre activité : la mise en œuvre de l'Observation sociale Centre, pilotée par la DRJSCS. Ce projet représente une charge importante au niveau de la collecte des données, des relations avec les partenaires de la plateforme, de la rédaction d'Oscard, de la mise en ligne du site de la plateforme et de la création progressive du site de cartographie sur cette plateforme. Trois collaborateurs sont mobilisés sur cette plateforme.

L'étude sur les freins à l'accueil de jour, financée par l'ARS dans le cadre de la convention ORS/ARS 2011, a été finalisée en 2012. Il s'agissait pour cette année de mener les entretiens auprès des professionnels des accueils de jour, des assistants sociaux et des aidants familiaux, de retranscrire ces entretiens et d'en effectuer l'analyse.

Autre projet important, récurant depuis quelques années, les QMCP. L'analyse des quinze de l'année 2011 ont été exploitées et valorisées dans un document synthétique. Parallèlement, l'ORS a assuré la gestion, la saisie des données, la vérification des données des deux quinze menées en 2012.

2012 aura également été marquée par la mise à jour du tableau de bord santé au travail commanditée par la Direccte avec à cet effet un énorme travail de recherche de bibliographies et de données régionales. L'impression du document est prévue au cours du premier semestre 2013. Enfin, l'année 2012 aura été consacrée à la finalisation de l'étude sur la santé des lycéens, l'exploitation des CS8, l'exploitation de la base de données EFS, l'étude sur les usagers des CHRS, les groupes de travail prospectifs de la Fnors, le développement du site de l'ORS et l'appui au Creai sur certains projets, à l'Anpaa 45 ou encore l'ORS Guadeloupe.

Le temps consacré à la gestion est en légère augmentation (20 % du temps de travail de l'équipe) en lien avec la légère baisse du volume travaux. Il comprend le temps consacré à la vie associative, aux réunions internes, la recherche de contrats, l'organisation des projets, le management, la gestion administrative et financière, la formation des stagiaires ...



Diagnostics locaux de santé

Dans le cadre de la régionalisation des politiques de santé, l'Agence régionale de santé (ARS) de la région Centre accompagne, par le biais des Contrats locaux de santé (CLS), les collectivités territoriales qui souhaitent mettre en place une dynamique de santé locale reposant sur des actions de promotion / prévention de la santé et d'accompagnement médico-social. Afin d'orienter les choix stratégiques et apporter une base de connaissance à l'élaboration des CLS, des diagnostics territoriaux, mettant en évidence la situation démographique, sociale, médico-sociale et sanitaire des territoires doivent être réalisés.

Les diagnostics « santé territorial » se structurent autour de six grands thèmes :

- **données générales** (situation spatiale et démographique, population précaire : minimas sociaux et soins) ;
- **état de santé** de la population locale (données de mortalité et de morbidité) ainsi que sur la santé de la mère et de l'enfant, la santé mentale et les maladies chroniques ;
- **offre et recours aux soins** (médecins généralistes et spécialistes libéraux, autres professionnels libéraux, offre hospitalière) ;
- **vieillesse de la population** ;
- **comportements** (fiches thématiques sur les addictions, la vie affective et sexuelle ainsi que la nutrition).

Mais, plus qu'un état des lieux descriptif, ces diagnostics s'emploient également à prendre en compte les réponses qui sont apportées aux différentes problématiques sanitaires qui touchent le territoire (associations, acteurs et actions de prévention, réseaux locaux...).

De plus, le choix a été fait de compléter l'approche quantitative par une démarche qualitative. En effet, afin d'explorer des thématiques qui ne sont pas abordées dans les données quantitatives et d'affiner certaines informations issues des données chiffrées, des entretiens avec les professionnels du territoire et la population sont réalisés. Cela présente l'avantage de faire émerger des problématiques spécifiques au territoire, du fait de sa configuration urbaine locale, de l'organisation des ressources, du profil et de l'histoire de la population. Le recueil des données qualitatives est fonction de l'expérience, du vécu et aussi des représentations des acteurs du territoire, professionnels et habitants rencontrés.

Le calendrier de travail prévoyait, pour l'année 2012, 4 DLS à réaliser par l'ORS (Dreux-Vernouillet, communauté de communes du Romorantinais et du Monestois, Pays Touraine côté sud et Saint-Amand-Montrond). Les diagnostics de Dreux-Vernouillet et de la communauté de communes du Romorantinais et du Monestois sont finalisés et ont pu être restitués. Suite au DLS de Dreux-Vernouillet, le CLS a été signé le 22 janvier 2013. Concernant St-Amand-Montrond, tout le travail de recherche, de collecte et d'analyse des indicateurs statistiques sur le territoire a été réalisé conformément à la commande mais la suite du travail (qualitatif) n'a pu être réalisée, du fait, entre temps, du changement de l'échelon territorial du portage politique du contrat local de santé. L'année 2013 prévoit la réalisation de ce même diagnostic mais sur un découpage différent, cette fois-ci à l'échelle du pays Berry-Saint-Amandois. Enfin, des contacts ont été pris avec le pays Touraine côté sud en fin d'année 2012 afin de définir la méthodologie quantitative et qualitative. Parallèlement, le travail de collecte, d'analyse et de valorisation des données a débuté.

Les diagnostics locaux de santé se structurent autour de différentes approches. Différentes sources d'informations sont ainsi mobilisées et utilisées :

- des indicateurs quantitatifs issus des principaux systèmes d'informations (données démographiques et sociales issues des différents recensements de population de l'Insee et également d'autres systèmes d'informations tels que les données Caf, MSA, Pôle emploi, Cnam...

- Des données sanitaires au travers des systèmes d'informations de l'Inserm CépiDc (mortalité), du régime général d'assurance maladie, du régime agricole et du régime des indépendants (ALD), du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) pour les séjours hospitaliers, du fichier Adéli pour l'offre en matière de professionnels de santé...
- Afin d'enrichir l'observation sur certaines thématiques, d'autres producteurs de données sont sollicités (PMI et Inspection académique pour les données sur la santé de la mère et de l'enfant, conseils généraux, Carsat Centre, Mission locale...).

Les données provenant de systèmes d'informations nationaux ou régionaux sont privilégiées afin de permettre une comparaison entre le territoire d'étude et les territoires de référence (département, région, France hexagonale). Chaque fois que possible, une cartographie est présentée afin d'illustrer les indicateurs. Par défaut, des tableaux ou diagrammes sont présentés associés à un commentaire, afin de faciliter la lecture et l'appropriation des données.

- Le recensement des acteurs et actions de prévention réalisées sur le territoire depuis 2009, au regard des thématiques de santé étudiées dans le cadre du diagnostic. Les acteurs de prévention sont contactés par téléphone ou par mail afin de les solliciter sur les actions de santé mises en place localement. Un descriptif des actions et de la structure est demandé. Cette étape présente l'avantage de pouvoir identifier les points forts ou les faiblesses du territoire en matière de prévention. De plus, dans le cadre de la réalisation du futur contrat local de santé et en fonction des thématiques identifiées comme prioritaires au regard du diagnostic, ce recensement pointe les pistes et leviers d'actions disponibles localement.
- L'entretien des personnes ressources du territoire lors des groupes «thématiques ou populationnels». Différentes approches sont possibles. Dans le cadre du diagnostic de Dreux, une approche par thématique a été privilégiée (« Santé mentale », « Santé de la mère et de l'enfant », « Maladies chroniques », « Conduites à risque » et « Nutrition »). Pour celui de la communauté de communes du Romorantinais et du Monestois, une approche « populationnelle » a été privilégiée (« Petite enfance », « Jeunes », « Population active », « Séniors et personnes âgées » ainsi qu'une réunion en soirée spéciale « Professionnels de santé » pour ceux n'ayant pu se libérer lors des journées). Ces entretiens se sont déroulés de manière collective et semi-directive (de 1h30 à 2h00).
- Les entretiens avec les habitants se sont déroulés de façon collective et semi-directive et d'une durée de 1h30 à 2h00. Ils ont abordé leurs problématiques de santé, d'accès aux soins, leur connaissance des acteurs et des dispositifs de prévention, leurs besoins et attentes...
- Une analyse bibliographique des documents produits localement (tableau de bord, précédent diagnostic, rapports de groupes de travail, rapports d'activité...) a été effectuée.





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 des 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 dans la création d'un dispositif d'observation partagée, formalisée et pérenne. Ceci afin de 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 plateforme. Depuis 2010, le pilotage de la plateforme 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 plateforme. L'outil internet qui a été développé auparavant a été entièrement refondu au cours de l'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 plateforme 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.

En 2010, 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).

Pour l'année 2012, les principaux travaux ont concerné le suivi des travaux de refonte du site internet de la plateforme sociale, le suivi de la collecte des indicateurs, la poursuite de la réflexion sur les solutions de visualisation cartographique des données sociales et la réalisation du tableau de bord annuel OSCARD 2012. Ce dernier décrit, analyse les données fournies par les partenaires et met ainsi à la disposition des décideurs un document synthétique reprenant les grandes données clés du champ de l'inclusion sociale.

Le tableau de bord OSCARD 2012 (Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux) est disponible en intégralité ou par grandes thématiques dans l'onglet « Tableau de bord » sur le site internet de la plateforme sociale. Il a également fait l'objet d'une large diffusion sur support papier aux acteurs du champ social de la Région.

La plateforme d'observation des données sociales a souhaité se doter d'un comité scientifique qui a pour objectif d'émettre des préconisations de nature à orienter les politiques et dispositifs mis en œuvre en Région. Il peut pour cela déterminer des domaines d'actions prioritaires (nouvelles études/enquêtes, indicateurs complémentaires ou à enrichir, données infra-départementales, information sur les études/enquêtes réalisées par les membres, construire une vision prospective concertée...). L'installation du comité scientifique de la plateforme d'observation des données sociales a eu lieu au début de l'année 2012.

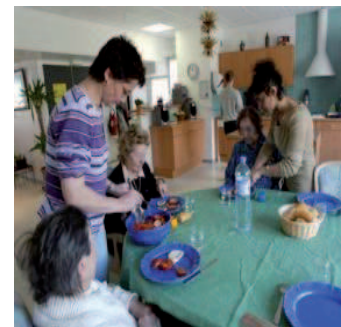


Détermination des freins à l'accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés en région Centre

Cette étude, commandée par l'ARS à l'ORS Centre, a comme objectif opérationnel l'identification de leviers d'action permettant de renforcer le niveau d'utilisation des accueils de jour dans les établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes. Parmi ces leviers d'action, est envisagée la clarification des missions des accueils de jours et des profils des usagers.

L'objectif général de cette étude est d'identifier les principaux freins à l'accueil de jour dans les départements de la région. A partir d'une enquête qualitative, l'Observatoire régional de la santé fournit les éléments permettant de hiérarchiser les freins par territoire, sous réserve que ces freins s'organisent différemment selon les territoires.

En général, les freins à l'accueil de jour relevés dans différentes études sont sensiblement les mêmes : défaut d'information, problème du transport des personnes, coût, politique institutionnelle de l'établissement par rapport à l'accueil de jour, freins du côté des aidants qui sont analysés soit comme l'expression d'une culpabilité soit comme le reflet de la relation spécifique qui unit l'aidant familial au malade tout au long de la maladie. Ces études montrent que les difficultés d'organisation de l'offre de service (transport, coût notamment) apparaissent lorsqu'est prise la décision de recourir à un service de prestations extérieures.



L'enquête repose sur des entretiens semi-directifs individuels menés auprès de travailleurs sociaux des Conseils généraux, de la Carsat et des MSA, auprès des directeurs et de professionnels intervenant dans les accueils de jour et auprès d'aidants familiaux n'ayant pas utilisé les accueils de jour.

Un questionnaire a été adressé aux neurologues libéraux et aux gériatres des consultations mémoires en vue d'obtenir leur point de vue sur l'orientation des patients vers les accueils de jour. Le faible taux de retour des questionnaires a conduit à un abandon de cet outil d'information en accord avec l'ARS Centre.

Résultats

Le problème initialement posé n'était pas cohérent avec les résultats préliminaires : en effet, le principal frein à l'utilisation des accueils de jour dans certains territoires semble être surtout lié à l'absence de services. Une réflexion semble nécessaire sur l'organisation des services dans les territoires ruraux des départements de l'Eure-et-Loir et de l'Indre, particulièrement dépourvus en structures d'accueil.

Il ne ressort pas de problématique réelle quant au financement et au transport du point de vue des accueils de jour et des assistantes sociales. Si l'approche choisie ne permet pas d'évaluer la question du reste à charge pour les familles en raison de la méthode d'enquête (pas de relevés systématiques des prix), on note cependant une forme d'opacité des prix entre les structures. Le transport est le plus souvent organisé par les structures. Il reste un problème majeur d'accès lorsqu'il est de la responsabilité des familles.

3 leviers d'action ont été identifiés :

- Le renforcement de l'information et de l'écoute des familles suite au diagnostic.
- Un travail à mener auprès des aidants-conjoints pour améliorer l'acceptabilité du recours aux aides professionnelles et amener une demande de répit.
- L'importance de l'écoute des aidants-conjoints par les professionnels et la transmission de savoir-faire professionnel.



Cette étude a fait l'objet d'une restitution à l'ARS en mai 2012.



Les maladies à caractère professionnel en région Centre

Résultats des quinze semaines 2011



Les quinze semaines de maladies à caractère professionnel (MCP) ont été initiées en région Centre en 2008.

Ce système de surveillance épidémiologique des risques professionnels a été mis en place par le département santé travail de l'Institut de veille sanitaire (DST-InVS) en collaboration avec l'Inspection médicale du travail (IMT).

Une maladie est dite professionnelle lorsqu'elle est la conséquence de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou à des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à sa santé.

Objectif

Les tableaux de maladies professionnelles indemnisables par la sécurité sociale (MPI) ne recouvrent pas les risques sanitaires réellement encourus par les travailleurs : les pathologies et risques émergents notamment ne sont pas pris en compte, en particulier les pathologies en lien avec une souffrance psychique.

L'objectif général du programme est d'améliorer les connaissances des pathologies en lien avec le travail, de les quantifier et d'en suivre les évolutions dans le temps ainsi qu'une mise en exergue des agents d'exposition professionnelle associés. L'objectif sous-jacent est de repérer l'émergence de nouvelles pathologies et de nouveaux risques professionnels. La mesure de la sous-déclaration des pathologies est également un des objectifs de ce programme.

Méthode

Ce programme repose sur l'expertise de médecins spécialistes en médecine du travail, qui signalent pendant deux semaines consécutives, deux fois par an, toutes les MCP observées. Un tableau de bord répertorie l'ensemble des salariés vus en consultation sur la même période, permettant de calculer la part de salariés atteints d'au moins une MCP. Par ailleurs, la population vue au cours de ces quinze semaines est comparée à la population salariée de la Région afin d'étudier sa représentativité.

Principaux résultats des quinze semaines 2011

Après une forte participation des médecins lors de la 1^{ère} quinzaine en 2008 (52 %), le taux de participation a progressivement diminué pour atteindre 25 % en 2011.

- Après une diminution du taux de signalement depuis 2008 (7,0 % en 2008 ; 6,5 % en 2009 ; 5,9 % en 2010), l'exploitation des données 2011 montre une hausse de ce taux : 7,6 %.
- **Affections de l'appareil locomoteur : 1^{ère} pathologie signalée avec une prévalence de 4,2 %**
 - Plus de 90 % sont des troubles musculo-squelettiques (TMS). Indépendamment de la catégorie sociale, les femmes sont davantage touchées que les hommes. Les prévalences augmentent avec l'âge, la plus élevée étant constatée chez les 45-54 ans. Les salariés les plus affectés sont les ouvriers, puis les employés. C'est dans les secteurs du transport et entreposage et de l'information/communication que l'on retrouve le plus ce type d'affections.

- Environ 85 % des agents d'exposition sont des facteurs de contraintes physiques. Néanmoins, la part des agents organisationnels et relationnels est loin d'être négligeable : environ 15 %.

- **Souffrance psychique : 2^{ème} pathologie signalée avec une prévalence de 2,8 %**

- Le syndrome dépressif est le principal trouble relevé (72 %). Les prévalences augmentent avec l'âge jusqu'à 45-54 ans. Les cadres et professions intellectuelles supérieures puis les professions intermédiaires sont les plus affectées. Quel que soit le secteur, les femmes sont davantage touchées. La prévalence la plus élevée est observée dans le secteur de l'information et de la communication.

- Ce sont, en premier lieu, des nuisances relatives à l'organisation fonctionnelle de l'activité qui sont évoquées, puis des problèmes de qualité des relations de travail et de violence.

- Environ 84 % des pathologies remplissant les critères d'indemnisation en maladie professionnelle (MP) n'ont pas fait l'objet de déclaration, principalement en raison d'un bilan diagnostique insuffisant et de refus des salariés, motivé par la crainte pour l'emploi et la réparation peu attractive.

Conclusion

Ce travail permet de quantifier au niveau régional des réalités pressenties et jusque là exprimées en tant que telles par les médecins du travail : la sous-déclaration des pathologies professionnelles ou la responsabilité de certains facteurs d'exposition comme les facteurs organisationnels. Il permet également de fournir le seul indicateur existant pour certaines pathologies encore non « reconnaissables », comme celles relevant de la souffrance psychique. A un niveau local et régional, ces données doivent servir à élaborer des actions de prévention adaptées.

Santé au travail

Surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en région Centre
Résultats des signalements opérés par les médecins du travail en 2009 et 2010

Passant de 7,0% en 2008 à 5,9% en 2010, le pourcentage de salariés atteints d'au moins une affection en lien avec le travail selon l'expertise des médecins du travail, se rapproche des 6% observés en moyenne dans les autres régions participant au dispositif de veille sanitaire «QMCP». Les principaux enseignements tirés de ce dispositif de surveillance sont les suivants :

- **Même si les signalements augmentent dans les professions intermédiaires, la catégorie « ouvriers » reste la plus concernée.** Toutes catégories socioprofessionnelles confondues, le différentiel hommes/femmes observé dès 2008 se creuse, les femmes étant entre deux et quatre fois plus touchées que les hommes selon la catégorie en 2010 (en particulier chez les employés où le taux pour les hommes est de 2,0% contre 8,0% pour les femmes).
- **L'effet « travailleur sain », consistant en la sortie d'emploi des salariés trop atteints, continue d'être observé au-delà de 55 ans, la prévalence des maladies d'origine professionnelle augmentant jusqu'à la tranche 45-55 ans pour diminuer ensuite.**
- **Les affections de l'appareil locomoteur totalisent 53% des signalements.** Elles restent donc les plus fréquentes mais l'on observe une baisse continue de leur prévalence (3,8% en 2008 et 3,1% en 2010). Il s'agit à plus de 90% de troubles musculo-squelettiques (TMS) qui concernent particulièrement les atteintes du membre supérieur. Les facteurs d'exposition retrouvés restent prioritairement les contraintes posturales et articulaires, puis les manutentions, avec un contexte organisationnel ou relationnel délétère dans 11% des cas.
- **La prévalence des affections en lien avec la souffrance psychique reste stable (prévalence de 2,1% en 2010), avec là aussi un différentiel hommes/femmes qui se creuse.** Ces affections, principalement des syndromes dépressifs, sont plus fréquemment rencontrées dans le secteur



des services, particulièrement information/communication et administration publique. Dans les expositions, les facteurs organisationnels prédominent largement, notamment la charge de travail, ainsi que la qualité des relations de travail.

• **Près de 40% des pathologies relèvent d'une maladie professionnelle indemnifiable mais dans leur grande majorité ne sont pas déclarées en tant que telles, principalement en raison du refus du salarié, refus motivé par une réparation peu attractive et par la complexité de la démarche.**

Pour finir, il faut noter la baisse de participation des médecins du travail à ce dispositif de surveillance, particulièrement en service interentreprises. Cela témoigne de leur manque de disponibilité, conséquence d'une baisse démographique drastique dans la profession.

Consulter l'étude complète (8 pages) sur le site : www.observatoire-santetravail.fr (Rubrique Santé et travail)

Le dispositif « QMCP » de surveillance des maladies à caractères professionnelles

Depuis 2008 en région Centre, il est demandé à des médecins du travail volontaires, de signaler toutes les MCP rencontrées lors de leurs consultations sur une période de 2 semaines consécutives, à raison de 2 sessions (quinzaines) par an.

Les résultats synthétisés ci contre concernent les 2 « quinzaines » de 2009 (avec 134 médecins du travail participant) et la seule « quinzaine » effectuée en 2010 (avec 77 médecins participants). Dans ce cadre, 17 760 salariés ont été vus en 2009 et 64 15 en 2010. Sur les 2 ans, 1538 signalements de MCP ont été effectués et ont permis d'identifier 1681 pathologies, un médecin pouvant signaler jusqu'à trois pathologies par salarié.

LETTRE D'INFORMATION DE LA DIRECTION CENTRE - JUIN 2012

Tableau de bord Santé, sécurité et conditions de travail en région Centre

La Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) a souhaité actualiser le tableau de bord Santé, sécurité et conditions de travail réalisé en 2008 par l'Observatoire régional de la santé du Centre. Un groupe régional de travail, composé de différents intervenants de la prévention des risques professionnels (Direccte, Carsat, MSA), a mis en commun ses informations et ses problématiques.

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

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

La présentation des caractéristiques socioéconomiques de la région (chapitre 1), marquées par l'importance du secteur industriel et du BTP, s'intéresse à l'évolution de l'intérim et au développement de nouvelles formes de travail, dans une période marquée par la crise économique.

Le chapitre 2 dresse un portrait de la pénibilité en région Centre en utilisant les données régionales du dispositif Evrest. Plus de la moitié des salariés sont exposés à au moins une contrainte physique marquée. Les ouvriers et les employés déclarent fréquemment être exposés à des rythmes de travail pénibles (gestes répétitifs, horaires irréguliers ou alternés, travail de nuit). Les ouvriers sont les salariés les plus exposés à un environnement physique agressif.

Si la fréquence des accidents du travail (chapitre 3) est toujours plus élevée en région Centre qu'au niveau national, elle enregistre une baisse depuis 2007, autant pour le régime général que pour le régime de la mutualité sociale agricole. Au sein du régime général, cette baisse est portée par un net recul dans le BTP et la métallurgie. La méconnaissance de l'accidentologie selon le sexe reste un frein pour la prévention des risques professionnels en entreprise. Ces accidents sont principalement liés à des manutentions et des accidents de plain pied. On constate un recul des accidents de plain pied dans le secteur du BTP et du travail temporaire. Au sein du régime agricole, on constate une fréquence élevée dans les secteurs des travaux forestiers et agricoles ainsi que chez les apprentis.

Les maladies professionnelles indemnisées (chapitre 4), que ce soit au titre du régime général ou au titre du régime agricole, sont principalement des troubles musculo-squelettiques. Ces pathologies sont fréquemment sous-déclarées. Le programme Maladies à caractère professionnel permet d'estimer la sous-déclaration chez les salariés du régime général.

Le dernier chapitre aborde la question des risques psycho-sociaux. Le programme Maladies à caractère professionnel permet de mettre en évidence une prévalence élevée de la souffrance psychique en lien avec le travail dans la région. La Carsat et la MSA proposent des évaluations et des accompagnements aux entreprises.



TABLEAU DE BORD

Santé, sécurité, conditions de travail en région Centre



Fnors / EFS - Profils des donneurs de sang en France en 2010

Les besoins en collecte de sang et produits sanguins sont importants : plus d'un million de malades sont soignés en France chaque année, soit 500 000 personnes transfusées et 500 000 soignées avec des médicaments dérivés du sang. Dans ce contexte, la collecte de sang constitue un objectif majeur et des campagnes de communication visent à sensibiliser les citoyens sur cet enjeu de santé.

L'Établissement Français du Sang (EFS), unique opérateur de la transfusion en France, a commandité deux études à la Fnors, afin d'organiser des actions de communication ciblées :

- une étude portant sur l'analyse des receveurs, mise en œuvre par le Creai-ORS Languedoc-Roussillon et l'ORS Pays de la Loire ;
- une étude portant sur l'analyse des donneurs, confiée aux ORS Basse-Normandie, Bourgogne et Centre.

L'objectif de l'analyse des donneurs vise à présenter une analyse cartographique des dons, afin de mettre en évidence les zones dans lesquelles ils sont plus ou moins nombreux, au regard du nombre de donneurs potentiels.

L'EFS a envoyé la base de donneurs de 2010 à l'ORS Centre en juin 2012. Cette base comptait 1 832 379 donneurs (tous types de dons confondus : sang total, plasma et plaquettes).

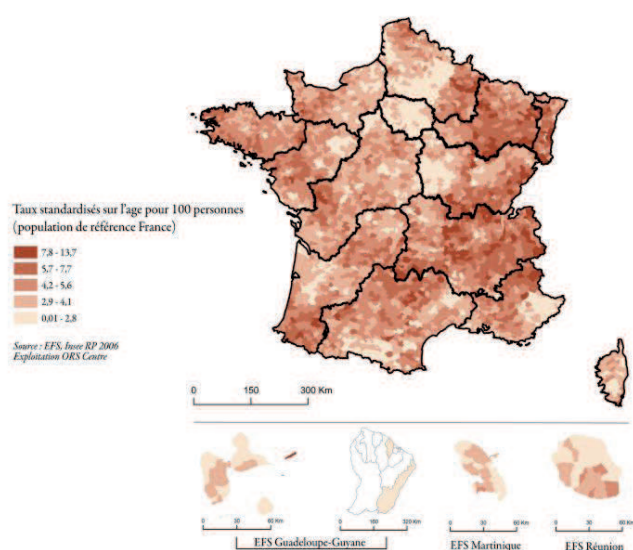
Les ORS Centre et Basse-Normandie ont procédé, pendant plusieurs mois, au nettoyage de la base et au recodage des codes postaux en codes commune Insee pour construire les cantons. Au total, après nettoyage de la base totale, 1 774 723 donneurs ont été retenus pour l'exploitation des données.

- Une analyse descriptive des donneurs a tout d'abord été effectuée par types de dons (sang total, plasma et plaquettes), selon les indicateurs disponibles dans la base EFS.

1 454 043 individus ont effectué au moins un don de sang total en 2010 : 51,2 % sont des femmes et 48,8 % des hommes. L'âge moyen de ces donneurs est de 38,3 ans et l'âge médian de 38 ans. Les personnes âgées de 20 à 24 ans sont plus nombreuses à donner leur sang.

En 2010, 60,9 % des femmes et 52,6 % des hommes qui ont donné leur sang ne l'ont fait qu'une seule fois. Les femmes ont donné en moyenne 1,5 fois et les hommes 1,8 fois leur sang au cours de l'année 2010. A noter que les hommes peuvent donner jusqu'à 6 fois leur sang en une année et les femmes 4 fois, d'où un nombre moyen de dons plus important pour les hommes. Près de 75 % des personnes ayant donné plus d'une fois leur sang au cours de l'année 2010 l'ont fait dans le même lieu (même commune).

Répartition des donneurs de sang total en France en 2010



127 949 individus ont effectué au moins un don de plasma en 2010 : 50,7 % sont des femmes et 49,3 % des hommes. L'âge moyen des donneurs de plasma est de 43,4 ans et l'âge médian de 45 ans. Les personnes âgées de 45 à 49 ans et de 50 à 54 ans sont plus nombreuses à donner leur sang.

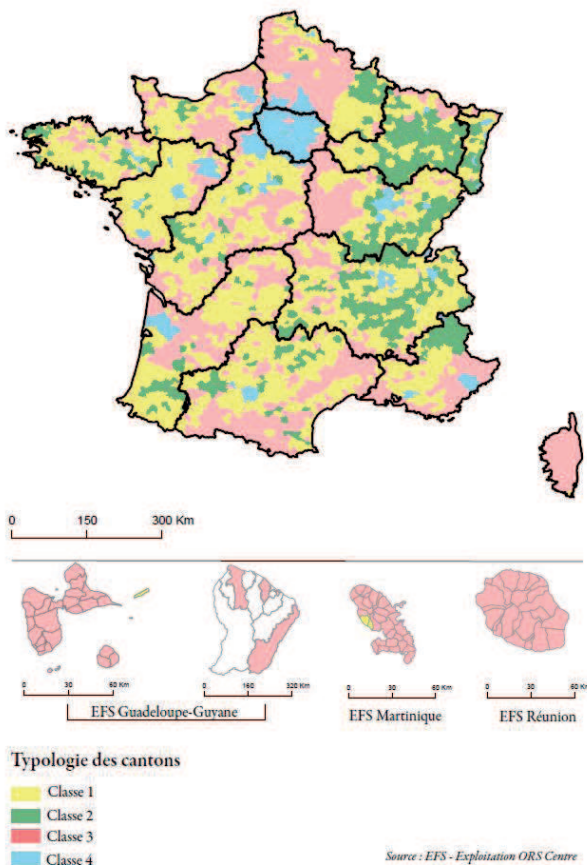
Le nombre moyen de dons de plasma est de 3,2 dons avec une différence selon le sexe du donneur : 2,7 dons pour les femmes et 3,7 pour les hommes. 31,8 % des femmes et 22,0 % des hommes qui ont donné leur plasma ne l'ont fait qu'une seule fois. 76,3 % des personnes ayant donné plus d'une fois leur plasma au cours de l'année 2010 l'ont toujours fait dans le même lieu.

Les données concernant les dons de plaquettes se sont avérées erronées, en raison d'un manque de dons dans certains départements comme le Finistère. L'analyse des dons de plaquettes n'a donc pu être effectuée.

- Dans une seconde partie, les données de la base EFS (dons de sang total et de plasma) ont été analysées à l'échelle des cantons afin de les croiser avec celles utilisées pour l'observation des inégalités cantonales réalisée par la Fnors en 2010.

Après avoir réalisé différents traitements, (ACP et CAH), nous avons abouti à une classification permettant d'identifier quatre classes de cantons, les deux premières se caractérisant par de plus fortes proportions de dons du sang, les deux autres par des plus réduites.

Typologie cantonale des dons de sang selon des caractéristiques sociodémographiques



Classe 1 : zones plutôt rurales, niveau de vie moyen, peu de précarité, de personnes seules et de familles monoparentales, avec de plus fortes proportions de dons de sang total et de plasma.

Classe 2 : zones rurales les moins peuplées, peu de personnes seules et de familles monoparentales, avec les plus fortes propensions aux dons de sang total et de plasma.

Classe 3 : zones moyennement peuplées, les plus marquées par la précarité en termes de formation, d'emploi, de revenu, avec de plus faibles propensions aux dons de sang total et de plasma.

Classe 4 : pôles urbains, caractérisés par les plus fortes proportions de situations socio-économiques favorisées ainsi que de mode vie isolé, avec les plus faibles propensions aux dons de sang total et de plasma.

Exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour 2011

A l'initiative de la Commission régionale de la naissance (devenue en 2012 le Comité technique régional en Périnatalité), 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.

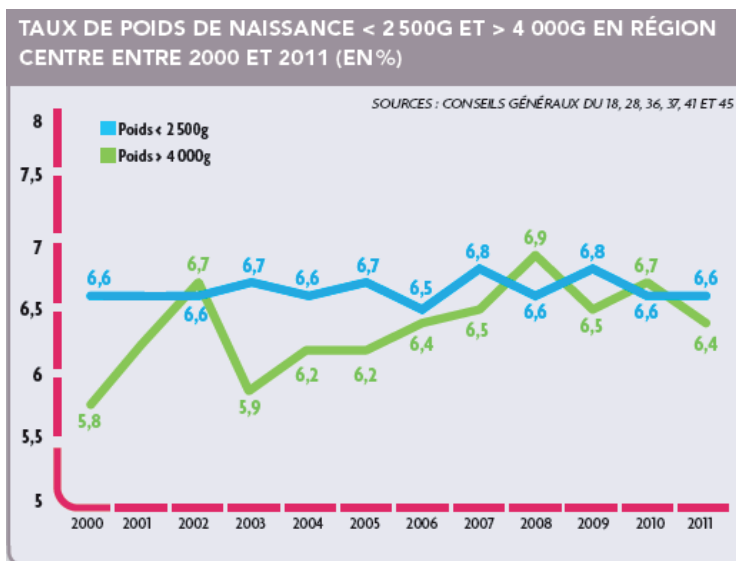
Les objectifs de ce travail sont d'analyser et de suivre les évolutions des principaux indicateurs issus des certificats de santé du 8^{ème} jour. Ces derniers résument pour chaque enfant né vivant les caractéristiques de la mère, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement et l'état de santé de l'enfant dans ses premiers jours de vie.

Les certificats sont le plus souvent remplis à la sortie de la maternité et sont envoyés à la Protection maternelle et infantile (PMI) du département de domicile de la mère. En 2011, 23 589 certificats ont été retournés (hors Eure-et-Loir où les certificats n'ont pas été saisis en totalité). Mis en parallèle avec le nombre de naissances vivantes recensées par l'Insee (29 885), nous atteignons un taux de couverture de 96,9 %.

Principaux résultats

- La part des mères de plus de 37 ans augmente depuis 2002, passant de 5,3 % à 7,2 % en 2011. Le taux de mères mineures, quant à lui, reste stable depuis 2000, autour de 0,5 %. Ce taux, basé sur l'âge des mères au moment de l'accouchement, occulte le fait que 0,4 % des mères ont atteint la majorité en cours de grossesse : au total, ce sont donc 0,9 % des mères qui étaient mineures au moment de la conception.
- En 2011, les mères ont effectué en moyenne 3,3 échographies au cours de leur grossesse. Cette moyenne régionale reste extrêmement stable depuis 2000, comprise en 3,2 et 3,3. 1,5 % des femmes ont réalisé moins de 2 échographies. 40,7 % des mères ont bénéficié de la préparation à l'accouchement, soit une hausse de 11,1 points en 11 ans. On observe toujours des variations importantes selon les établissements : la préparation à l'accouchement est plus fréquente dans les maternités privées (60 % contre 36 % dans le public).
- Le taux d'analgésie péridurale est relativement stable depuis 2000, autour de 63 % (65,8 % en 2011). 37,4 % des accouchements par césarienne sont réalisés sous analgésie péridurale et 56,5 % sous rachianalgésie.
- Après une augmentation constatée entre 2000 et 2002, le taux de césariennes programmées reste plutôt stable, fluctuant autour des 10 % (9,6 % en 2011). Le taux de travail spontané reste stable depuis 2000 (72,1 % en 2000 et 72,2 % en 2011). Le travail déclenché tend à augmenter depuis 2008 (16,6 % à 18,2 % en 2011).

- Le taux de prématurité est de 6,1 %, soit un taux proche de ceux des années antérieures. Le taux d'enfants de petits-poids est lui aussi très stable depuis 2000. Après une tendance à l'augmentation de 2003 à 2008, la proportion de poids de naissance supérieur à 4 000 g semble légèrement diminuer : de 6,9 % en 2008 à 6,4% en 2011.



- En 2011, 61,7 % des mères ont commencé à allaiter au moment du remplissage du certificat. Ce taux était de 47,5 % en 2000, soit une augmentation de 14 points en 11 ans. A noter qu'une légère diminution par rapport à 2010 a été constatée (-0,9 point). Les taux départementaux restent toujours très hétérogènes avec un écart de 15 points entre les deux départements extrêmes : 51,1 % des femmes de l'Indre ont déclaré, lors du remplissage du certificat, avoir fait le choix de l'allaitement maternel, contre 66,5 % dans le Loiret.



Chaque année, les conseils généraux financent une plaquette synthétique reprenant les grandes thématiques du rapport d'étude. Elle a pour objectifs 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 d'exploitation des certificats de santé. Cette plaquette est diffusée auprès de tous les médecins généralistes, des pharmaciens, des sages-femmes, des gynécologues obstétriciens, des échographistes et des pédiatres de la région Centre.

Les usagers des CHRS : profils et parcours vers le logement

Contexte de l'étude

Cette étude a été initiée dans le cadre de la refondation de la politique d'hébergement et d'accès au logement, engagée par Benoist Apparu, alors Secrétaire d'Etat au logement. Il s'agit de favoriser, autant que possible, l'accès direct à un logement pérenne ou adapté, la sortie vers le logement (ordinaire ou adapté) des personnes en difficultés sociales étant une priorité des politiques publiques. Afin de répondre au mieux à ces objectifs, la DRJSCS du Centre, pilote de cette réforme en région, souhaite disposer d'une connaissance plus fine des publics actuellement hébergés dans les structures d'hébergement.

Cette étude a été confiée conjointement à l'ORS et au Creai.



Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude sont de mieux connaître les caractéristiques des publics accueillis au sein des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) de la région Centre, d'appréhender les parcours individuels dans le logement et de déterminer les freins et les limites de l'accès au logement ordinaire par ces publics. Ce type d'enquête permet de fournir des résultats jusqu'alors inexistantes au niveau régional.

Méthodologie de l'étude

- Afin d'avoir une vision la plus exhaustive possible des usagers présents dans les CHRS, une enquête "un jour donné" a été privilégiée. Toutes les personnes majeures accueillies, présentes dans les établissements le 11 septembre 2012, ont été sollicitées pour répondre au questionnaire.
- Deux questionnaires anonymes ont été élaborés :
 - un questionnaire "usager" portant sur la vie personnelle et familiale de l'usager, son niveau scolaire et sa situation professionnelle, ses ressources, sa situation avant l'admission dans la structure, sa situation par rapport au logement et son orientation à venir par rapport à l'hébergement/logement.
 - un questionnaire "structure", à renseigner pour chaque type d'accueil (urgence, stabilisation, insertion), ayant pour objectif de mieux connaître la structure d'accueil grâce à des questions sur le ou les public(s) accompagné(s), les prestations proposées et les orientations réalisées.

Environ 75 % des questionnaires ont été saisis en ligne, sur une application dédiée à l'enquête.

Les missions d'un CHRS

Les CHRS sont chargés d'assurer l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement et l'insertion sociale et professionnelle de personnes en situation d'exclusion connaissant de graves difficultés économiques, familiales, de logement, de santé et ou d'insertion. L'objectif principal des CHRS est d'aider ces personnes à accéder ou à retrouver leur autonomie personnelle et sociale.

Principaux résultats

L'ensemble des établissements concernés par l'enquête ont participé. 546 usagers ont été interrogés, soit un taux de réponse de 89 % (l'ensemble des usagers n'a pu être interrogé au sein des structures).

L'étude a mis en avant l'importante hétérogénéité des profils et parcours des personnes hébergées en CHRS en région Centre. En se situant au niveau de l'individu et de son parcours, cette étude met en lumière la pluralité des situations et problématiques rencontrées par les personnes hébergées en CHRS.

Profils des personnes hébergées

- Des usagers isolés majoritairement masculins : le profil le plus souvent retrouvé est d'être hébergé seul sans enfant. Cet isolement est davantage masculin. Un tiers de ces personnes, majoritairement sans emploi, sont arrivées en CHRS suite à une rupture (familiale ou conjugale).
- Des familles monoparentales : un quart des usagers hébergés en CHRS sont des familles monoparentales qui sont à 90 % des femmes. La fragilité économique et l'absence d'emploi mises en évidence dans l'enquête permettent d'éclairer sur les origines de leurs difficultés d'accès à un logement autonome. A noter que 40 % des personnes hébergées sont des enfants de moins de 18 ans.
- Les jeunes de moins de 25 ans : un quart des personnes hébergées en CHRS a moins de 25 ans. Ces usagers sont majoritairement sans emploi et, pour la moitié d'entre eux, se sont déclarés sans ressource. Leurs difficultés d'accès à un logement sont d'autant plus importantes que l'offre de logements abordables et ses modalités d'accès (garanties demandées notamment) ne correspondent pas aux capacités de ces jeunes.

Ces grands profils mis en évidence par l'étude correspondent aux publics identifiés comme les plus fragiles et vulnérables au sein de la population. Les sortants de rue ou en hébergement de fortune (précaire) représentent une minorité des situations (7,2 % des usagers hébergés en CHRS selon l'enquête).

Raisons d'arrivée en CHRS : une fragilité économique souvent associée à une rupture dans le parcours des usagers

Au-delà de la mise en évidence des profils des usagers, l'étude a permis de mettre en évidence la succession d'événements ayant conduit les personnes à être sans domicile et à recourir à une multiplicité d'hébergements ou de logements. Au total, près de la moitié des usagers a connu 2 hébergements/logements ou plus au cours des douze derniers mois précédant l'enquête.

Plus d'un quart des raisons majeures d'arrivée en CHRS sont la conséquence de situation de ruptures d'hébergement familial ou par un tiers qui font basculer ces personnes vers la précarité et engendrent le recours à des structures d'hébergement. En fonction du sexe, les raisons d'arrivée en CHRS varient de façon significative : les femmes arrivant le plus souvent suite à une fin d'hébergement ou des violences conjugales, les hommes suite à une rupture conjugale.

Ressources insuffisantes et dettes de loyers : principaux freins pour l'accès à un logement

Les principales difficultés évoquées par les usagers et les structures pour l'accès au logement ordinaire sont d'ordre financier : ressources insuffisantes et dettes de loyers. Il s'agit des principales raisons évoquées mais ces difficultés peuvent se cumuler et être associées à d'autres difficultés, notamment des problématiques de santé, non abordées dans cette étude.

La restitution de l'enquête en février 2013 a permis de faire émerger un certain nombre de pistes de réflexion ainsi que la mise en place d'un groupe de travail sur la place des familles au sein des CHRS. Afin de compléter cette photographie des différents publics accueillis, une seconde phase d'enquête a lieu actuellement (avril/mai/juin 2013) et porte sur les personnes hébergées au sein des pensions de famille/maisons relais.



Groupes de travail Fnors

Les 11 et 12 octobre 2011, les membres du conseil d'administration de la Fnors ont décidé d'organiser un séminaire stratégique à Orléans pour définir des axes de travail constituant un potentiel de développement des ORS dans leur région. Il s'agissait donc de voir les outils et produits que les ORS pourraient développer en commun et décliner régionalement. A l'issue de ce séminaire, 7 groupes de travail ont été constitués dont un sur les données sociales.

Groupe données sociales

L'objectif général du groupe « Données sociales » est de pouvoir développer des réponses aux besoins des DRJSCS, DDCS, DDCSPP et conseils généraux en matière de données et d'indicateurs sociaux, de façon à leur faire exprimer un besoin croissant d'observation sociale et d'apporter une réponse structurée, harmonisée et pérenne (éventuellement dans le cadre des plateformes d'observation sociale - ou sanitaire et sociale).

Trois phases distinctes ont mené les travaux du groupe :

- Définition du périmètre actuel de l'observation sociale et de la coordination de cette observation au niveau régional (échelon géographique, acteurs, organisation de l'observation via les POSS...).
- Définition des données sur lesquelles s'appuyer et des indicateurs pertinents.
- Exploration des sources de données complémentaires existant à l'échelle du département mais qu'il serait souhaitable de décliner à un niveau infra (indicateurs sociaux départementaux, indicateurs européens, données associatives...).

La première phase de définition du périmètre actuel a permis de dresser un état des lieux des dispositifs d'observation sociale existants et de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les acteurs de l'observation sociale ?
- A quel niveau territorial opèrent-ils ?
- Quels sont les champs investis ?
- Quels sont leurs commanditaires ?
- Quels axes de travail prioritaires pour les DRJSCS, les conseils généraux...?

La deuxième phase a permis de dresser un état des lieux des sources et indicateurs existants (données de cadrage, données fiscales, données sur la formation et la scolarité, données sur le chômage et l'emploi, données sur les prestations sociales, données sur le logement, données sur l'accès aux soins). Une entrée par source d'indicateurs a été privilégiée, décrivant, pour chaque source d'indicateur, les données, le cadre de la collecte, les conditions d'utilisation, leur définition précise des notions et nomenclatures utilisées, la qualité des données, leurs limites et précautions méthodologiques, la liste des indicateurs retenus et la bibliographie.

Un rapport a ainsi pu être rédigé. Une synthèse des travaux du groupe sera présentée à la journée inter-ORS qui se déroulera juste avant le congrès des ORS de Bordeaux (les 4 et 5 avril 2013).

L'ensemble des membres du groupe a exprimé sa volonté, suite au congrès, de pérenniser ce groupe de travail pour continuer les réflexions communes sur l'observation des données sociales et d'ouvrir ce groupe aux collaborateurs des autres ORS intéressés pour le rejoindre.

Groupe projet profils de santé

Les territoires de santé servent de base à la construction des politiques de santé à l'échelle locale. Or, à ce jour, très peu de comparaisons d'indicateurs sont disponibles entre les territoires de santé. Un document standardisé permettant de comparer les territoires de santé entre eux est donc susceptible de répondre aux attentes des décideurs mais aussi d'un public beaucoup plus large.

L'un des groupes de travail formés à l'issue du séminaire inter-ORS a donc été chargé d'élaborer des profils de territoires de santé, en présentant de manière synthétique les principaux indicateurs de santé de chacun de ces territoires, et permettant de comparer le territoire à l'ensemble des territoires français.

L'objectif de ce projet est de retrouver une dynamique de coopération en proposant un document commun à tous les observatoires, produit dans des délais brefs et permettant d'affirmer l'identité du réseau.

L'ORS Centre s'est chargé du développement de l'application web permettant cette production semi-automatisée de profils de santé.

Concrètement, une fois l'utilisateur connecté à son interface, il peut choisir un profil de territoire de santé parmi ceux de sa région afin d'ajouter des cartes et des commentaires prédéfinis de manière très simple et rapide, et voir les données d'un simple clic.

Des graphiques d'évolution et comparatifs (permettant d'apprécier la valeur du territoire en question par rapport à sa région et à la France) ainsi qu'un tableau présentant les valeurs des indicateurs sont également présents dans ce profil.

Une fois le profil complété, il suffit alors de l'exporter via une interface spécifiquement prévue à cet effet et de le fusionner grâce à une maquette InDesign.



Appui Creai - Etude sur la prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés en Esat

L'Agence régionale de santé a sollicité le Creai Centre en 2011 pour réaliser une étude quantitative et qualitative sur la prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés dans les Esat (établissements et services d'aide par le travail).

Dans le cadre de cette étude, l'ORS Centre a été sollicité pour la création du dispositif de mise en ligne des questionnaires, la saisie des questionnaires renvoyés sur support papier, l'exploitation quantitative des données recueillies ainsi que pour les représentations cartographiques.

Extrait du questionnaire en ligne "établissement"

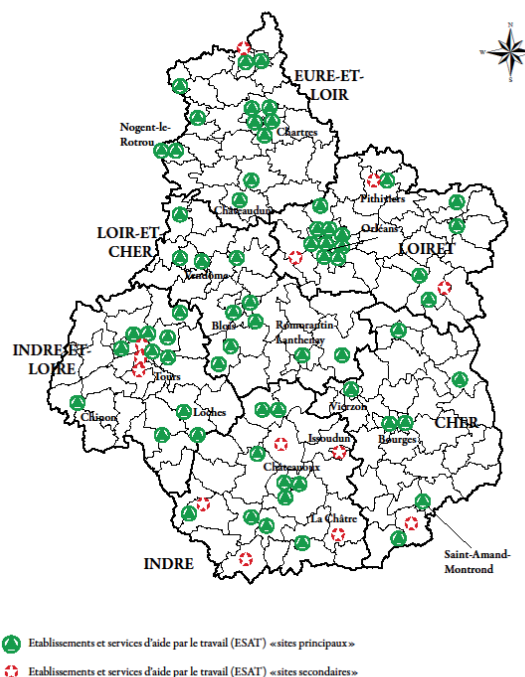
La création du questionnaire en ligne, facilitant la logistique et la saisie des données, s'est déroulée en trois parties :

- création du questionnaire "établissement" ;
- création du questionnaire "usagers" ;
- export des réponses aux questionnaires.

Les questions ont été filtrées au fur et à mesure des réponses de l'utilisateur, empêchant de ce fait les éventuelles réponses incohérentes.

42 établissements ont répondu à l'enquête, ce qui correspond à un taux de retour de 63,6 %, la région Centre comptant 66 Esat. Le questionnaire était composé de différentes parties : identité du gestionnaire, identité de l'Esat, les agréments et autorisations, les types d'ateliers proposés, le personnel et la préparation à la cessation d'activité (anticipation et orientation).

Implantation des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) en région Centre



Source : Creai Centre - Exploitation ORS Centre

L'exploitation quantitative a également concerné les 1009 questionnaires "usager" retournés. Le questionnaire portait sur la situation actuelle de l'utilisateur (activité professionnelle, type de handicap, hébergement, mode de transport), sur l'évolution de sa situation et sur la préparation à la cessation d'activité.



Actualisation de la base de données d'indicateurs servant à alimenter le portail internet de l'ARS

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 2012 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 une note de lecture.

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

- niveaux géographiques : région, départements,
- âge des individus,
- sexe.

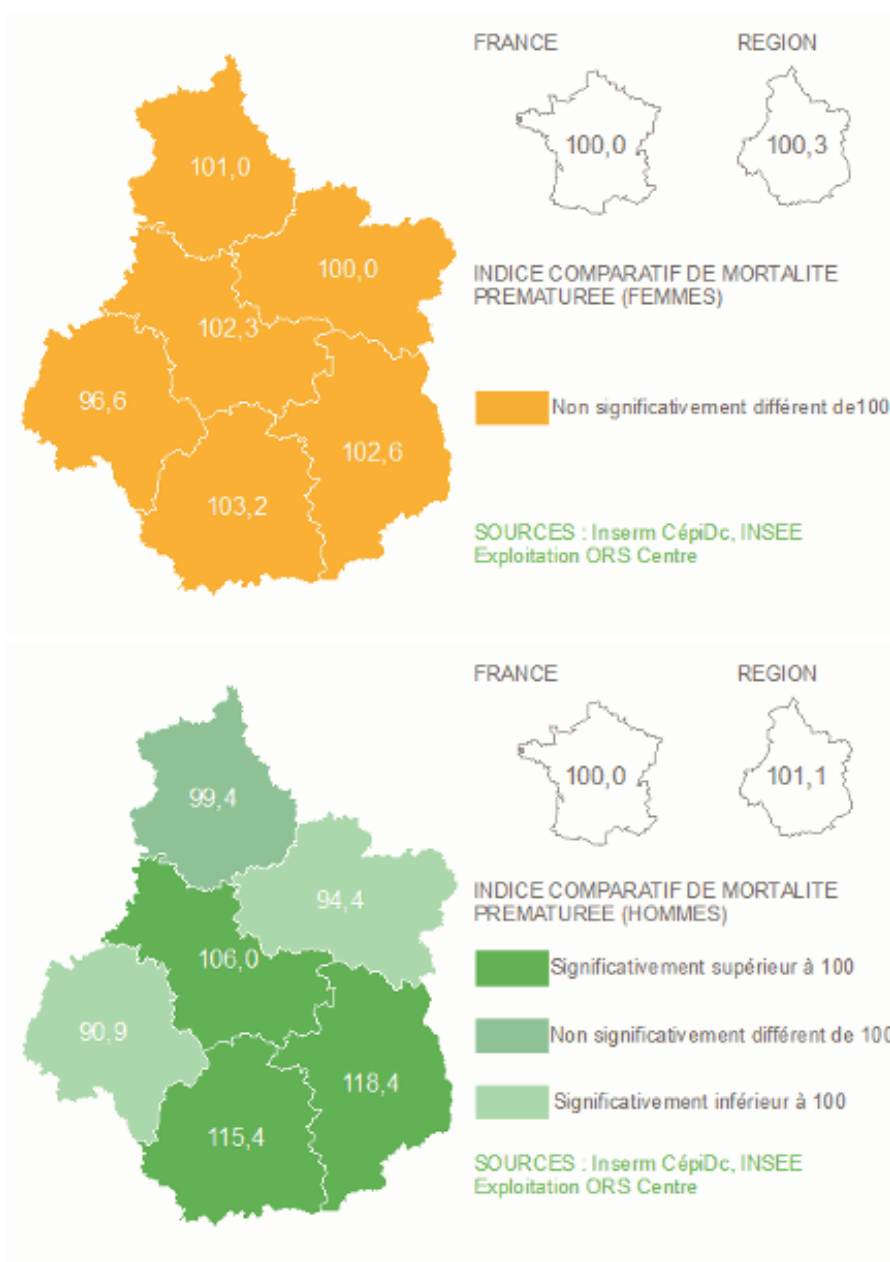
Depuis la mise en place de l'ARS Centre et donc de la disparition du GRSP et de son portail internet, les anciens indicateurs et les nouveaux mis à jour cette année devront être hébergés sur le site internet de l'ORS Centre. Parallèlement, l'ORS poursuit ses travaux quant à la préparation de la migration des indicateurs vers le site de l'ORS.

INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PREMATUREE ET SIGNIFICATIVITE PAR RAPPORT A LA FRANCE (2008)

DEFINITION :

L'indice comparatif de mortalité (ICM) d'une zone géographique est le rapport en base 100 entre le nombre de décès observés dans une zone et le nombre de décès attendus.

Le nombre de décès attendus est le nombre de décès que l'on observerait si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques aux taux de la population de référence (ici, la population de la France entière au RP 2006). Les calculs sont effectués à partir d'effectifs lissés sur 3 ans. La mortalité prématurée représente l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans. Les ICM des hommes et des femmes ne sont pas comparables.



NOTE DE LECTURE :

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



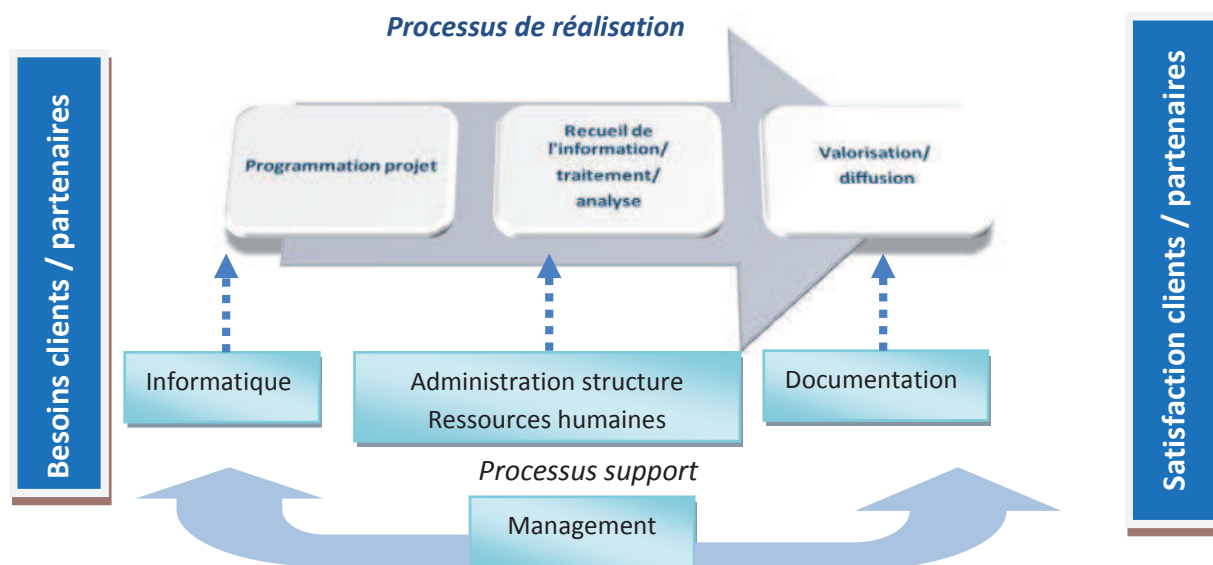
Fnors - Démarche qualité

En 2010, la Fnors a engagé une démarche qualité à la demande du Ministère de la Santé, dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens 2010-2012. La Fédération a demandé à l'ensemble des ORS de s'inscrire dans cette démarche.

Son objectif est de satisfaire les attentes et besoins de nos partenaires internes et externes :

- les commanditaires, utilisateurs et partenaires dans la réalisation de travaux,
- la société civile (grand public, relais d'opinion),
- le personnel des ORS (« partenaires » internes) et de la Fnors,
- les instances dirigeantes et les adhérents

Elle est mise en œuvre à travers une approche Processus, laquelle vise à regrouper les activités des ORS en fonction de la plus-value qu'elles apportent dans la réalisation de la mission. Le schéma ci-dessous résume les processus de direction, les processus de réalisation et les processus-supports retenus dans la démarche :




La démarche qualité s'appuie sur 5 principes :

- l'autonomie des ORS dans la mise en œuvre de la démarche,
- la coordination de la démarche au moyen de référentiels communs,
- la participation effective de tous les ORS et de leurs personnels,
- l'utilisation des ressources internes aux ORS pour la mise en œuvre de la démarche,
- la mutualisation des outils existants au sein des ORS.

La démarche qualité est pilotée par l'instance Qualité, composée de membres de différents ORS, d'un représentant du conseil d'administration de la Fnors et de la coordinatrice Qualité. La coordinatrice Qualité, recrutée par la Fnors, intervient dans l'animation de la démarche auprès des ORS. Chaque ORS a nommé un référent Qualité qui assure le bon déroulement de la démarche au sein de son ORS.

L'ORS Centre a participé à l'élaboration de 3 référentiels : le référentiel « Préparation, suivi et évaluation de projet », le référentiel « Recueil, traitement et analyse de données » et le référentiel « Administration de la structure ».

En 2012, les différents référentiels ont été validés par l'instance Qualité et transmis aux ORS pour qu'ils réalisent leur auto-évaluation. Le bilan de cette auto-évaluation sera effectué courant 2013 au sein de l'ORS Centre. Il doit permettre à l'ORS de s'inscrire au quotidien dans la démarche d'amélioration continue.



Les ORS et la Fnors mettent en œuvre une démarche qualité


L'engagement dans l'amélioration continue de la qualité va permettre aux ORS et à la Fnors :

- de répondre aux attentes de leurs partenaires via une recherche permanente d'une qualité optimale de leur travail et de leur fonctionnement ;
- de favoriser une réponse homogène sur le territoire national et régional, au regard d'un engagement et d'une implication partagés au sein du réseau, dans la démarche qualité.


Cet engagement dans la démarche qualité figure dans la Convention Pluriannuelle d'Objectifs 2010-2012 signée avec le Ministère de la Santé. Elle vise à satisfaire les attentes et besoins de nos partenaires internes et externes :

- les commanditaires, utilisateurs et partenaires dans la réalisation de travaux*,
- la société civile (grand public, relais d'opinion...),
- le personnel des ORS (« partenaires » internes) et de la Fnors,
- les instances dirigeantes et les adhérents des ORS.

* État, agences, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, établissements et professionnels de santé, secteur associatif, Iteps et Codes, Crea, Fnors, les autres ORS...



F N O R S
Fédération nationale des Observatoires
Régionaux de la Santé



26 Observatoires
Régionaux de la Santé

Diagnostic santé de Lorris en vue de la mise en place d'une MSP

La commune de Lorris, la communauté de communes de Lorris, le conseil général du Loiret, le Foyer de vie «Le Clos Roy», la maison d'accueil spécialisée et la maison de retraite de Lorris se sont regroupés en un Groupement de coopération sociale et médico-sociale. Dans une perspective de création d'une maison pluridisciplinaire de santé sur la commune de Lorris, ce groupement souhaite la réalisation d'un diagnostic local de santé ayant pour priorité d'étudier les caractéristiques sociodémographiques de la population du canton de Lorris et l'offre de soins sanitaire et médico-sociale couverte dans ce territoire. En effet, bâtir une maison de santé est un projet complexe qui nécessite la prise en compte de nombreux paramètres, la compréhension du contexte local, celle de l'organisation des soins et des négociations avec les autres acteurs. Il n'existe pas de maison de santé «clés en main». Chaque projet doit être construit de façon spécifique et s'adapter au contexte local géographique, humain et d'organisation des soins. Ce diagnostic local propose de dessiner une photographie des éléments sociodémographiques, sanitaires, médico-sociaux et d'organisation des soins du territoire. Dans un territoire déjà marqué par une faible offre de soins, ce diagnostic apporte également des éléments prospectifs d'organisation des soins.

Chaque indicateur fait l'objet d'une comparaison au territoire de référence (département du Loiret et région Centre). Les différents indicateurs proposés sont calculés à une échelle fine comme la commune lorsque l'information est pertinente et disponible. Par souci de lisibilité, les indicateurs font l'objet d'une représentation cartographique.

Le diagnostic sanitaire du canton de Lorris se structure autour d'éléments de contexte général et sociodémographiques du territoire, sur le vieillissement de la population, l'état de santé, l'offre de soins libérale et la localisation sur le territoire des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Résultats :

D'un point de vue démographique, le canton de Lorris est un territoire rural. Il est observé un accroissement démographique du canton entre 1999 et 2008. Une proportion importante de personnes âgées (population âgée par classes d'âge, indice de vieillissement) est relevée en comparaison aux différents échelons (département, région, France hexagonale). Le vieillissement de la population s'est accru comme sur l'ensemble des territoires, mais de façon plus importante à l'échelle du canton.

La pyramide des âges du canton montre un vieillissement des classes d'âge issues du baby-boom qui va accentuer à moyen et court termes le nombre de personnes âgées et de personnes âgées dépendantes.

D'un point de vue socioéconomique, on observe des proportions d'allocataires de minima sociaux proches ou plus faibles (RSA) par rapport aux échelons départemental, régional et national. Le taux de chômage (au sens de l'Insee) est quant à lui plus élevé que dans le département et en région.

Il y a davantage de demandeurs d'emploi en fin de mois de longue durée sur le territoire et davantage également de jeunes et de seniors demandeurs d'emploi en fin de mois (catégorie A), en proportion, parmi l'ensemble des demandeurs d'emploi, par rapport aux différents échelons.

On observe plus de foyers fiscaux non imposés et un revenu fiscal moyen par foyer fiscal plus faible que sur les différents territoires.

S'agissant de l'état de santé, le taux de mortalité générale et prématurée est proche des différents

Les tumeurs constituent la 1^{ère} cause de décès, suivies des maladies de l'appareil circulatoire, des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (suicides et accidents de la circulation) et des maladies de l'appareil respiratoire. Ce constat est identique à ce qui est relevé aux plans départemental, régional et national.

La part de décès masculins par cancers est proche du département et de la région. Celle des décès masculins par maladies de l'appareil circulatoire et pour les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements est plus faible que dans le département et en région. Mais on observe davantage de décès par maladies d'appareil respiratoire et par consommation excessive d'alcool. Chez les femmes, la part de décès par cancers est proche du département et de la région et celle par maladies de l'appareil circulatoire et par maladies de l'appareil respiratoire est plus faible que dans le département et en région.

Les maladies cardiovasculaires constituent le 1^{er} motif d'admission en affection de longue durée, suivies des cancers et du diabète de type 1 et du diabète de type 2, chez les hommes comme chez les femmes. Le même constat est établi aux plans départemental, régional et national.

Au niveau de l'offre de soins, la démographie médicale libérale (généralistes et spécialistes) est défavorable par rapport au département et à la région, déjà eux-mêmes en déficit par rapport à la France hexagonale. Sur 5 médecins généralistes que compte le canton, 2 partiront à la retraite d'ici 5 ans.

Selon le Conseil national de l'ordre des médecins («*La démographie médicale à l'échelle des Bassins de vie en région Centre*» - *Situation au 1^{er} juin 2011*), le bassin de vie de Lorris présente l'une des densités de médecins généralistes libéraux les plus faibles du Loiret.

A l'exception des infirmiers libéraux et dans une moindre mesure des masseurs kinésithérapeutes libéraux (densité proche du Loiret et de la région mais inférieure au niveau national), l'offre médicale (chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages femmes...) est absente ou inférieure aux différents territoires (département, région, France hexagonale).

Deux chirurgiens-dentistes libéraux sont installés sur le canton. Mais, faute de remplacement, cette activité aura disparu du territoire d'ici 5 ans.

Un des six masseurs-kinésithérapeutes libéraux partira très prochainement à la retraite.

Deux pédicures-podologues libéraux sont également présents sur le territoire du canton, mais partiront à la retraite d'ici 5 ans.

Le territoire n'est pas couvert par une offre hospitalière mais compte à proximité des établissements sanitaires publics ou privés (Montargis, Amilly, Briare, Gien, Beaune-la-Rolande, Sully-sur-Loire).

Etude « Prévention Dopage - Danse »

La Fnors a été sollicitée par le Ministère des Sports et la Fédération française de la danse pour réaliser une étude nationale sur la prévention du dopage dans le milieu de la danse. L'Observatoire régional de la santé du Centre s'est inscrit dans ce projet.

Cette étude qualitative exploratoire a pour objectif principal d'apporter une aide aux acteurs participant à la mise en place d'actions de prévention du dopage chez les danseurs, pour qu'ils puissent mieux orienter et prioriser les actions qu'ils souhaitent mettre en place et renforcer ainsi leur stratégie de prévention.

Elle vise à identifier :

1. Les représentations, les attitudes et les pratiques des sportifs et de leur entourage (parents, encadrants, élus de clubs de danse, professionnels de santé) vis-à-vis des conduites dopantes et des pratiques de dopage chez les danseurs.
2. Les leviers et les freins qui peuvent exister chez ces différents publics, pour développer et améliorer la prévention, compte-tenu des représentations, pratiques et systèmes de contraintes de chacun.

Quatre disciplines de danse sont identifiées et doivent être représentées dans le panel d'entretiens :

- la danse en ligne et country,
- le rock et les danses associées,
- la danse sportive,
- la danse artistique.



La démarche qualitative repose sur des entretiens individuels menés auprès de professionnels de santé, d'élus et d'encadrants, d'entraîneurs et de parents de danseurs. Des entretiens de groupe sont menés auprès de danseurs mineurs et majeurs et auprès de parents.

Des résultats préliminaires doivent être rendus au Ministère des Sports et à la Fédération française de la danse mi-avril 2013.





Evaluation des points-station 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-station » présents dans certains lycées du Loiret. Les résultats de cette évaluation sont diffusés par le Conseil régional via une plaquette synthétique de 8 pages, à paraître en 2013.

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-station dans 18 établissements du Loiret. Ces points-station 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-station 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, le soutien aux équipes et l'information-sensibilisation des élèves.

Le comité de pilotage a défini trois questions évaluatives :



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.

La question évaluative 2 devait être traitée de façon spécifique par le biais d'entretiens auprès de lycéens et d'apprentis bénéficiaires du dispositif, mais cette option d'étude a été abandonnée à la demande du Conseil régional, le comité de pilotage ayant opposé des arguments éthiques à la tenue de cette enquête.

L'évaluation est constituée par la mesure des indicateurs suivants:

- Indicateur 1 : « modes de repérage d'une situation de mal-être ou d'addiction »
- Indicateur 2 : « modes de prise en charge des élèves repérés (individuels) »
- Indicateur 3 : « actions collectives de prévention »
- Indicateur 4 : « champ d'intervention du psychologue de l'Apleat »
- Indicateur 5 : « positionnement du psychologue de l'Apleat »
- Indicateur 6 : « mode d'intervention du psychologue de l'Apleat »

La méthode de recueil de données est principalement qualitative et repose sur des entretiens semi-directifs menés auprès des proviseurs et des infirmières des établissements avec et sans point-station, des psychologues des points-station, ainsi que sur un questionnaire auto-administré adressé aux professionnels des établissements avec et sans point-station.

Outre les proviseurs et les infirmières, les professionnels ciblés par le questionnaire sont :

- 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)

Le taux de retour pour les établissements ayant un point-station est de 31,4 %, soit 349 questionnaires retournés. Ce taux est de 39,1 % pour les établissements n'ayant pas de point-station, soit 121 questionnaires retournés.

Les entretiens semi-directifs visent à recueillir les perceptions des acteurs sur le repérage et l'accompagnement des élèves en mal-être ou ayant des conduites addictives. Cette méthode repose sur une interview approfondie cherchant à mettre à jour la diversité des points de vue, leurs articulations et leurs nuances.

Le rapport d'évaluation a été rendu au Conseil régional et à l'Apleat en août 2011. Les résultats sont en cours de discussion et devraient donner lieu à une publication synthétique.





Conseils techniques, colloques, congrès, formations ...

Groupes d'experts

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

- Comité de prospective thématique « Tableaux de bord et cartographie régionale », organisé par le dispositif d'appui régional Mildt, à la Murec, Blois, 29 mars 2012, Franck Géniteau.
- Comité de pilotage du Contrat local de santé du Pays vendômois, Vendôme, 20 avril 2012, Céline Leclerc.
- Réunion de l'Observatoire personnes âgées à la Carsat, Orléans, 15 mai 2012, Céline Leclerc.
- Présentation de l'ORS au réseau Sentinelles, Orléans, 29 mai 2012, Céline Leclerc.
- Réunions PRAPS, Orléans, 14 juin et 11 octobre 2012, Céline Leclerc.
- Formation de Vanessa Cornely, directrice ORS Guadeloupe, à la gestion/comptabilité, 28 juin 2012, assurée par Céline Leclerc.
- Présentation de l'ORS au Dr Bardot et à Marie Murcia, dispositif Evrest, 4 juillet 2012, Aurélie Eloy et Céline Leclerc.
- Réseau Périnatal Centre, commission de collaboration médico psycho sociale en périnatalité, Blois, 25 septembre 2012, Claire Guillouët.
- Représentation de la Fnors aux réunions du Conseil scientifique de l'Inpes, St-Denis, 27 et 28 septembre 2012, Céline Leclerc.
- Comité de pilotage organisé par la Direction départementale de la protection des populations dans le cadre du Plan de protection de l'atmosphère de l'Agglo orléanaise, 8 octobre 2012, Céline Leclerc.
- 1^{er} comité de pilotage régional tripartite pour l'égalité professionnelle, en présence de Mme Vallaud-Belkacem, Ministre des droits des femmes, région Centre, Orléans, 19 novembre 2012, Céline Leclerc.
- Comité technique régional sur l'autisme, Orléans, 28 novembre 2012, Franck Géniteau.
- Comité technique régional en périnatalité, Orléans, 26 juin, 20 novembre et 13 décembre 2012, Aurélie Eloy.
- Représentation de l'ORS aux instances de Lig'Air, (bureaux des 23 février, 30 mai et 19 novembre 2012, conseils d'administration des 27 mars, 15 juin et 11 décembre 2012), Orléans, Franck Géniteau.
- Participation aux groupes de travail post-séminaire d'Orléans :
 - « Exploitation des données existantes » - Aurélie Eloy
 - « Portraits » - Julien Vossart
 - « Données - indicateurs «social» » - Franck Géniteau
 - « Données - indicateurs « médico-social » » - Céline Leclerc
- Référent de l'ORS Centre au sein de l'instance qualité de la Fnors : Clotilde Binet.

Communications orales

- Intervention lors de la présentation publique des résultats de l'enquête « Santé perçue et comportements des jeunes », Conseil régional du Centre, 20 mars 2012. Présentation de l'enquête par Céline Leclerc et des résultats par thématiques par Aurélie Eloy et Claire Guillouët.
- Intervention lors de la conférence organisée à l'issue de l'assemblée générale de l'Uraf Centre sur « Les enjeux de la démographie médicale pour les familles de la région Centre », Châteauroux, 3 avril 2012, Céline Leclerc : « La démographie médicale : enjeux et perspectives régionaux ».



- Intervention lors de la journée-conférence organisée par la région Centre sur la « Sexualité des adolescents : quelle prévention ? », Tours, 25 mai 2012. Présentation des résultats de l'étude « Santé perçue des lycéens « volet « Sexualité et méthodes contraceptives », Aurélie Eloy et Claire Guillouët.
- Cours sur les réseaux de soins en région Centre dispensé à l'IFSI, Blois, 11 juin 2012, Clotilde Binet.
- Intervention lors de l'assemblée générale de la MSA Berry-Touraine, Blois, sur le thème de « L'impact des politiques de prévention sur l'état de santé de la population en région Centre », 12 juin 2012, Céline Leclerc.

- Intervention lors de la réunion de santé publique organisée à l'université François Rabelais de Tours, « La santé des lycéens en région Centre », 22 novembre 2012, Aurélie Eloy. Présentation par Jean Capsec, interne à l'ORS Centre, des aspects quantitatifs du diagnostic local de santé.
- Stand ORS Centre lors du salon Edile et participation en tant qu'intervenante à la conférence plénière sur « L'avenir de la santé sur les territoires, quels moyens d'action pour maintenir les services de proximité ? », Céline Leclerc, Orléans, 20 juin 2012. Egalement présente : Anne Bourdais.



Le stand ORS Centre (salon Edile)

- Intervention lors de la 10^{ème} journée du Réseau de périnatalité de la région Centre, 27 novembre 2012, Tours, « Activité des maternités en 2011 », Céline Leclerc. Egalement présente : Claire Guillouët.
- Intervention lors de la journée « ARS, territoires et contrats locaux de santé », Bourges, de Franck Géniteau sur le thème « analyser les indicateurs sanitaires et sociaux d'un territoire », 1^{er} décembre 2011. Participait également : Céline Leclerc.

Participations à des colloques, séminaires, formations

- Dans le cadre du DIF, formation Isped « Epiereg, analyse des données en épidémiologie : notions fondamentales et régression logistique », Bordeaux, du 29 mai au 1 juin 2012, Aurélie Eloy.
- 2^{ème} journée régionale de collaboration médico-psycho-sociale en périnatalité, 31 mai 2012, Chartres, Claire Guillouët.
- Dans le cadre de la formation continue, formation de l'Institut François Bocquet « Manager une équipe au quotidien », Paris, du 6 au 8 juin 2012, Céline Leclerc.
- Petit-déjeuner Fidal « Rapprochements, partenariats et restructurations : comment s'adapter sans renier le modèle associatif et les valeurs qui lui sont associées », Orléans, 19 juin 2012, Céline Leclerc.
- Rencontre ORS Centre/CIRE organisée à Orléans, 18 septembre 2012, Anne Bourdais, Jean Capsec, Aurélie Eloy, Franck Géniteau, Claire Guillouët, Céline Leclerc et Julien Vossart.
- Journée d'échanges sur les bonnes pratiques en matière de soins, organisée par l'ARS en partenariat avec l'assurance maladie et la Société française de gériatrie et gérontologie via le programme MobiQual, Fleury-les-Aubrais, 28 septembre 2012, Céline Leclerc.
- Soirée organisée pour les 60 ans de l'Anpaa 45, Orléans, 9 octobre 2012, Céline Leclerc et Julien Vossart.
- Journée « Evrest et les enjeux actuels de santé au travail », Paris, 12 octobre 2012, Aurélie Eloy et Clotilde Binet.
- Colloque « Accès aux soins : quels outils pour les territoires ? » organisé par le Ministère de la Santé, Paris, 16 octobre 2012, Franck Géniteau.
- Journée Médecins du travail, Vineuil, 19 octobre 2012, Clotilde Binet.
- Dans le cadre de la formation continue, formation organisée par la Fnors sur la « rédaction de rapports en santé publique », Paris, 23 octobre 2012, Claire Guillouët.
- Forum de santé publique 2012 organisé par Sanofi, Paris, 30 novembre 2012, Franck Géniteau.
- Journée régionale d'étude Alerte organisée par l'Uriopss, sur le thème « RSA : quels revenus ? quelles solidarités ? quelles activités », Orléans, 7 décembre 2012, Franck Géniteau et Céline Leclerc.
- Cérémonie des vœux du Conseil régional, Orléans, 11 janvier 2012, Céline Leclerc.
- Conférence Anpaa 18 « Les jeunes et le binge drinking, quelle réalité dans le Cher », Bourges, 31 janvier 2012, Claire Guillouët.
- Dans le cadre du DIF, formation de l'Institut François Bocquet « S'affirmer en situation professionnelle », Paris, 22 et 23 mars 2012, Clotilde Binet.

6. Les consultations du site internet en 2012

En 2012, le site de l'ORS Centre a été visité 5 340 fois, par 3 870 visiteurs uniques. Ces chiffres s'approchent sensiblement de ceux de l'an passé (5 400 visites pour 3 800 visiteurs uniques).

Le taux de rebond (le taux de rebond représente la part des internautes quittant le site juste après la visualisation d'une page) évolue également de manière très sensible, passant de 47 % en 2011 à 52 %, taux en adéquation avec celui d'un site spécialisé.

Comme l'année dernière, l'accès au site se fait essentiellement grâce aux moteurs de recherche (68 % des accès, comme en 2011). L'accès direct au site, grâce aux favoris ou en entrant l'adresse directement dans le navigateur, représente 16 % en 2012 contre 17 % en 2011. Enfin, cette année, 16 % (17 % l'année passée) des visiteurs accèdent au site de l'ORS du Centre via des sites référents (sites proposant au moins un lien vers le nôtre).

Les principaux sites référents sont :

- ars.centre.sante.fr (373 visites, soit 43,5 %)
- centre.mutualite.fr (82 visites, soit 9,5 %)
- fnors.org (72 visites, soit 8,5 %)

Le nombre de mots clés (mots entrés dans le moteur de recherche avant d'accéder au site) est stable (1 150 mots pour 2012 contre 1 300 pour 2011).

Comme les années passées, ils correspondent à des dérivés du sigle de l'ORS du Centre.

Les publications les plus consultées en 2012 sont :

- Les inégalités cantonales de santé en région Centre (157 visites).
- Le stress chez les personnes âgées de 60 ans et plus à Orléans : causes et impact quotidien (134 visites).
- Tableau de bord Santé, sécurité, conditions de travail en région Centre (71 visites).

Concernant l'origine des internautes, on dénombre pas moins de 59 nationalités différentes (contre 58 l'année dernière).

Tout comme les autres années, la plupart des visiteurs sont bien sûr français, et en majorité situés à Paris (1 420 visites, soit 26,6 %), Tours (670 visites, soit 12,6 %), Orléans (600 visites, soit 11,2 %).

Pour sa première année complète, le SIG de l'ORS Centre a attiré pas moins de 370 internautes répartis sur plus de 450 visites.

